

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
**акушерство
и
ГИНЕКОЛОГИЯ**



4 /2020

ПРИЛОЖЕНИЕ

■ Тезисы XXVI Всероссийского конгресса с международным участием и специализированной выставочной экспозицией «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы»

Scientific and practical journal **AND**
OBSTETRICS
GYNECOLOGY
(Moscow)

Supplement

■ Abstracts of the XXVI All-Russian Congress with international attendance and a specialty exhibition «Outpatient care at the epicenter of women's health from menarche to menopause»

Оргкомитет конгресса принял решение о публикации тезисов конгресса несмотря на то, что конгресс был перенесен на другие даты, в связи с эпидемиологической обстановкой в мире, в частности в РФ. О датах проведения конгресса оргкомитет сообщит дополнительно.

The Congress Organizing Committee plans to publish the abstracts, although the Congress has been canceled due to the epidemiological situation in the world and the Russian Federation. The Organizing Committee will announce a rescheduled date for the Congress in due course.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ. АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА МИНЗДРАВА РФ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ



акушерство гинекология

ПРИЛОЖЕНИЕ

4 / 2020

Главный редактор

Г.Т. СУХИХ

акад. РАН, проф., д.м.н., чл. EASE, Москва

Зам. главного редактора

В.Н. СЕРОВ

акад. РАН, проф., д.м.н., Москва

Зам. главного редактора

Е.Г. ХИЛЬКЕВИЧ

д.м.н., чл. EASE, Москва

Ответственный секретарь

А.И. ШЕГОЛЕВ

проф., д.м.н., Москва

Научный редактор

Э.Р. ДУРИНЯН

доц., к.м.н., Москва

Зав. редакцией

Е.А. ДЕГТЯРЁВА

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

117997, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

Телефон: (495) 438-69-46

E-mail: ea_degtyareva@oparina4.ru

Зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор)
ПИ № ФС77-36074 от 23 апреля 2009 г.

<https://aig-journal.ru>

Основан в 1922 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Е.Н. БАЙБАРИНА, проф., д.м.н. (Москва)
Н.В. БАШМАКОВА, проф., д.м.н. (Екатеринбург)
А.В. ДЕГТЯРЕВА, проф., д.м.н. (Москва)
А.Е. ДОННИКОВ, к.м.н. (Москва)
Р.М. ЕСАЯН, к.м.н. (Москва)
С.Н. ЗАНЬКО, проф., д.м.н. (Витебск)
В.В. ЗУБКОВ, д.м.н. (Москва)
Т.С. КАЧАЛИНА, проф., д.м.н. (Н. Новгород)
В.В. КОВАЛЕВ, проф., д.м.н. (Екатеринбург)
Е.А. КОГАН, проф., д.м.н. (Москва)
И.Н. КОСТИН, проф., д.м.н. (Москва)
А.М. КРАСНЫЙ, к.б.н. (Москва)
Ш.М. КУРБАНОВ, проф., д.м.н. (Душанбе)
В.Н. ЛОКШИН, проф., д.м.н. (Астана)
И.И. МАЛЫШКИНА, проф., д.м.н. (Иваново)
А.И. МЕДВЕДЕВ, проф., д.м.н. (Челябинск)
Т.А. НАЗАРЕНКО, проф., д.м.н. (Москва)
М.А. НИКОЛАЕВА, д.б.н. (Москва)
С.В. ПАВЛОВИЧ, к.м.н. (Москва)
О.Г. ПЕКАРЕВ, проф., д.м.н. (Москва)
Г.А. ПЕНЖОЯН, проф., д.м.н. (Краснодар)
И.И. РЮМИНА, проф., д.м.н. (Москва)
И.А. САЛОВ, проф., д.м.н. (Саратов)
Д.Н. СИЛАЧЕВ, д.б.н. (Москва)
Е.В. УВАРОВА, чл.-корр. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
И.Ф. ФАТКУЛЛИН, проф., д.м.н. (Казань)
Т.Х. ФАТХУТДИНОВ, д.м.н. (Москва)
О.С. ФИЛИППОВ, проф., д.м.н. (Москва)
З.С. ХОДЖАЕВА, проф., д.м.н. (Москва)
С.В. ХОХЛОВА, д.м.н. (Москва)
Г.Е. ЧЕРНУХА, проф., д.м.н. (Москва)
Е.Л. ЯРОЦКАЯ, проф., д.м.н. (Москва)
А. ГРАЦИОТТИН, проф. (Милан, Италия)
Х. ВИЛЛАР, проф. (Оксфорд, Великобритания)
С. КЕННЕДИ, проф. (Оксфорд, Великобритания)
Т. МАХМУД, проф. (Керколди, Великобритания)
Д.Ж. ДИ РЕНЦО, проф. (Перуджа, Италия)
В. СЕНИКАС, проф. (Оттава, Канада)
Д.Ж. ШЬЯРРА, проф. (Чикаго, США)

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Л.В. АДАМЯН, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
И.А. АПОЛИХИНА, проф., д.м.н. (Москва)
Л.А. АШРАФЯН, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
О.Р. БАЕВ, проф., д.м.н. (Москва)
В.С. БАРАНОВ, чл.-корр. РАН, проф., д.б.н. (Санкт-Петербург)
И.И. БАРАНОВ, проф., д.м.н. (Москва)
Е.Л. БОКЕРИЯ, д.м.н. (Москва)
М.Ю. ВЫСОКИХ, к.б.н. (Москва)
А.И. ГУС, проф., д.м.н. (Москва)
В.В. ДАВЫДОВ, проф., д.м.н. (Москва)
Д.Н. ДЕГТЯРЕВ, проф., д.м.н. (Москва)
Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, проф., д.м.н. (Москва)
Н.В. ДОЛГУШИНА, проф., д.м.н. (Москва)
Э.Р. ДУРИНЯН, доц., к.м.н. (Москва)
Е.Ф. КИРА, проф., д.м.н. (Москва)
И.Ю. КОГАН, чл.-корр. РАН, проф., д.м.н. (Санкт-Петербург)
В.И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
Л.В. КРЕЧЕТОВА, д.м.н. (Москва)
С.А. ЛЕВАКОВ, проф., д.м.н. (Москва)
Л.С. ЛОГУТОВА, проф., д.м.н. (Москва)
А.Д. МАКАЦАРИЯ, акад. РАН, проф., д.м.н.
И.Б. МАНУХИН, проф., д.м.н. (Москва)
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, проф., д.м.н. (Москва)
Т.В. ПРИПУТНЕВИЧ, д.м.н. (Москва)
А.В. ПЫРЕГОВ, д.м.н. (Москва)
В.Е. РАДЗИНСКИЙ, чл.-корр. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
Д.В. РЕБРИКОВ, акад. РАН, д.б.н. (Москва)
Г.М. САВЕЛЬЕВА, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
С.А. СЕЛЪКОВ, проф., д.м.н. (Санкт-Петербург)
А.Н. СЕНЧА, д.м.н. (Москва)
И.С. СИДОРОВА, акад. РАН, проф. д.м.н. (Москва)
А.Е. СОЛОПОВА, д.м.н. (Москва)
А.Н. СТРИЖАКОВ, акад. РАН, проф., д.м.н. (Москва)
Н.К. ТЕТРУАШВИЛИ, д.м.н. (Москва)
Д.Ю. ТРОФИМОВ, проф. РАН, д.б.н. (Москва)
А.З. ХАШУКОВА, проф., д.м.н. (Москва)
Т.А. ФЕДОРОВА, проф., д.м.н. (Москва)
В.Е. ФРАНКЕВИЧ, к.ф.-м.н. (Москва)
Р.Г. ШМАКОВ, проф. РАН, д.м.н. (Москва)
М.П. ШУВАЛОВА, к.м.н. (Москва)

Журнал входит в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Импакт-фактор РИНЦ: 5-летний – 1,120, 2-летний – 0,831.

Журнал «Акушерство и гинекология» представлен в следующих международных информационных изданиях:

Abstracts of Bulgarian Scientific Medical Literature; Experta Medica; Ulrich's International Periodicals Directory;

включен в продукты EBSCO; входит в Russian Science Citation Index, Emerging Sources Citation Index; представлен в базе данных SCOPUS.

УЧРЕДИТЕЛИ

Федеральное государственное
бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр
акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(член Ассоциации научных редакторов и издателей – АНРИ)
Общероссийская общественная организация
«Российское общество акушеров-гинекологов»

Журнал «Акушерство и гинекология»
член Международного Комитета по публикационной этике
(COPE)

Дата выхода 27.04.2020

Формат 60x90 1/8. Печ. л. 16. Отпечатано в ООО «Борус-Принт». Тираж 10 000 экз. Адрес: 300041, г. Тула, ул. Соффера, д. 6.
Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций в печатном или электронном виде из журнала «Акушерство и гинекология»
допускается только с письменного разрешения Издателя ООО «Бионика Медиа»

Акуш. и гин. 2020. №4 (Приложение)

**ИЗДАТЕЛЬ ООО «Бионика Медиа»**

Адрес для корреспонденции:
Адрес: 117485 Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
www.bionika-media.ru
Председатель Совета директоров: И.Г. Красивская
Генеральный директор: Н.Г. Елисеев

Размещение рекламы:

ООО «Бионика Медиа»

Руководитель департамента по рекламе
в медицинской прессе: Н.И. Дивлекеева

Руководитель направления Женское здоровье:

Михню О.А.

Департамент по рекламе

в медицинской прессе:
А.Д. Луковкина, А.А. Пантелеева

Арт-директор: М.А. Лындина

Отдел дизайна и верстки:
М.Н. Григорьева, Н.С. Борлакова,
М.И. Полякова, А.И. Смирнов
Корректор — Е.В. Семеновская

Подписка и распространение:

Тел.: (495) 786-25-57, доб. 400
E-mail: podpiska@bionika.ru
Свободная цена

Индексы по каталогу «Роспечать»

71400 — подписка на полгода

© ООО «Бионика Медиа»

NATIONAL MEDICAL RESEARCH CENTER FOR OBSTETRICS,
GYNECOLOGY AND PERINATOLOGY NAMED AFTER ACADEMICIAN V.I. KULAKOV
OF MINISTRY OF HEALTHCARE OF RUSSIAN FEDERATION
RUSSIAN SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS



OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

AKUSHERSTVO I GINEKOLOGIYA (MOSCOW)

SUPPLEMENT
4 / 2020

<https://aig-journal.ru>

Scientific and Practical Journal

Founded in 1922

EDITORIAL BOARD:

EDITORIAL COUNCIL:

L.V. ADAMYAN, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
I.A. APOLIKHINA, prof., MD (Moscow)
L.A. ASHRAFYAN, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
O.R. BAEV, prof., MD (Moscow)
V.S. BARANOV, corr. member RAS, prof., Sc.D. (St. Petersburg)
I.I. BARANOV, prof., MD (Moscow)
E.L. BOKERIYA, MD (MOSCOW)
M.Yu. VYSOKHIKH, PhD (Moscow)
A.I. GUS, prof., MD (Moscow)
V.V. DAVIDOV, prof., MD (Moscow)
D.N. DEGTYAREV, prof., MD (Moscow)
Yu.E. DOBROKHOTOVA, prof., MD (Moscow)
N.V. DOLGUSHINA, prof., MD (Moscow)
E.R. DURINYAN, PhD (Moscow)
E.F. KIRA, prof., MD (Moscow)
I.Yu. KOGAN, corr. member RAS, prof., MD (St. Petersburg)
V.I. KRASNOPOLSKIY, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
L.V. KRECHETOVA, MD (Moscow)
S.A. LEVAKOV, prof., MD (Moscow)
L.S. LOGUTOVA, prof., MD (Moscow)
A.D. MAKATSARIYA, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
I.B. MANUKHIN, prof., MD (Moscow)
V.N. PRILEPSKAYA, prof., MD (Moscow)
T.V. PRIPUTNEVICH, MD (Moscow)
A.V. PYREGOV, MD (Moscow)
V.E. RADZINSKY, corr. member RAS, prof., MD (Moscow)
D.V. REBRIKOV, acad. RAS, PhD (Moscow)
G.M. SAVELYEVA, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
S.A. SELKOV, prof., MD (St. Petersburg)
A.N. SENCHI, MD (Moscow)
I.S. SIDOROVA, Acad. RAS, prof. MD (Moscow)
A.E. SOLOPOVA, MD (Moscow)
A.N. STRIZHAKOV, Acad. RAS, prof., MD (Moscow)
N.K. TETRUASHVILI, MD (Moscow)
D.Yu. TROFIMOV, prof. RAS, Sc.D. (Moscow)
A.Z. KHASHUKOEVA, prof., MD (Moscow)
T.A. FEDOROVA, prof., MD (Moscow)
V.E. FRANKEVICH, PhD (Moscow)
R.G. SHMAKOV, prof. RAS, MD (Moscow)
M.P. SHUVALOVA, PhD (Moscow)

Editor-in-Chief
G.T. SUKHIKH
Acad. RAS, prof., MD, member of EASE,
Moscow

Deputy Editor-in-Chief
V.N. SEROV
Acad. RAS, prof., MD, Moscow

Deputy Editor-in-Chief
E.G. KHILKEVICH
MD, member of EASE, Moscow

Executive secretary
A.I. SHCHEGOLEV
prof., MD, Moscow

Science editor
E.R. DURINYAN
assoc. prof., PhD, Moscow

Managing Editor
E.A. DEGTYAREVA

EDITORIAL OFFICE:
4, Academician Oparin Street, Moscow,
Russia 117997
Telephone: (495) 438-69-46
E-mail: ea_degtyareva@oparina4.ru

The journal is registered by the Federal Service
for Supervision of Communications, Information
Technology, and Mass Media (Roskomnadzor)
PI No FS77-36074, April 23, 2009

E.N. BAYBARINA, prof., MD (Moscow)
N.V. BASHMAKOVA, prof., MD (Ekaterinburg)
A.V. DEGTYAREVA, prof., MD (Moscow)
A.E. DONNIKOV, PhD (Moscow)
R.M. ESAYAN, PhD (Moscow)
S.N. ZANKO, prof., MD (Vitebsk)
V.V. ZUBKOV, MD (Moscow)
T.S. KACHALINA, prof., MD (N. Novgorod)
V.V. KOVALEV, prof., MD (Ekaterinburg)
E.A. KOGAN, prof., MD (Moscow)
I.N. KOSTIN, prof., MD (Moscow)
A.M. KRASNYI, PhD (Moscow)
Sh.M. KURBANOV, prof., MD (Dushanbe)
V.N. LOKSHIN, prof., MD (Astana)
A.I. MALYSHKINA, prof., MD (Ivanovo)
B.I. MEDVEDEV, prof., MD (Chelyabinsk)
T.A. NAZARENKO, prof., MD (Moscow)
M.A. NIKOLAEVA, PhD (Moscow)
S.V. PAVLOVICH, PhD (Moscow)
O.G. PEKAREV, prof., MD (Moscow)
A.G. PENZHOYAN, prof., MD (Krasnodar)
I.I. RYUMINA, prof., MD (Moscow)
I.A. SALOV, prof., MD (Saratov)
D.N. SILACHEV, PhD (Moscow)
E.V. UVAROVA, corr. member RAS, prof., MD (Moscow)
I.F. FATKULLIN, prof., MD (Kazan)
T.Kh. FATHUDINOV, MD (Moscow)
O.S. FILIPPOV, prof., MD (Moscow)
Z.S. KHODZHAIEVA, prof., MD (Moscow)
S.V. KHOKHLOVA, MD (Moscow)
G.E. CHERNUKHA, prof., MD (Moscow)
E.L. YAROTSKAYA, prof., MD (Moscow)
A. GRAZIOTTIN, prof. (Milan, Italy)
J. VILLAR, prof. (Kirkcaldy, United Kingdom)
S. KENNEDY, prof. (Oxford, United Kingdom)
T. MAHMOOD, prof. (Oxford, United Kingdom)
G.C. DI RENZO, prof. (Perugia, Italy)
V. SENIKAS, prof. (Ottawa, Canada)
J. SCIARRA, prof. (Chicago, USA)

The journal is included in the list of Russian peer-reviewed scientific journals in which major scientific results of dissertations for the degree of doctor and candidate of sciences should be published. RISC impact factor: 5 years – 1.120, 2 years – 0.831.

The journal is presented in the following international publications: Abstracts of Bulgarian Scientific Medical Literature; Experta Medica; Ulrich's International Periodical Directory; included in EBSCO products; presented in Russian Science Citation Index, Emerging Sources Citation Index; included in SCOPUS database.

FOUNDERS

National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology
and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov
of Ministry of Healthcare of Russian Federation
(member of Association of Science Editors and Publishers)

Russian Society of Obstetricians and Gynecologists

Journal Obstetrics and Gynecology (Moscow)
member of Committee on Publication Ethics

Date of issue 27.04.2020



PUBLISHER

Bionika Media Ltd.
Address for correspondence:
30/1 bldg. 2 Obrucheva str., Moscow, Russia, 117485
Chairman of the Board of Directors: I.G. Kravivskaya
General manager: N.G. Eliseev

Advertising
Bionika Media Ltd.
Head of the department of advertising in the medical press:
N.I. Divlekeeva
Head of department Women's health:
Mikhno O.A.

The department of advertising in the medical press:

A.D. Lukovkina, A.A. Panteleva

Art Director: M.A. Lyndina

Department of design and page-layouts:

M.N. Grigoryeva, N.S. Borlakova,
M.I. Polyakova, A.I. Smirnov

Proof reader – E.V. Seliverstova

Subscription and distribution:

Telephone: (495) 786-25-57, доб. 400
E-mail: podpiska@bionika.ru

Open price
Indexes in Rospechat catalogue
71400 – half-year subscription

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



XXVI

Москва

XXVI
ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ

**АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ В ЭПИЦЕНТРЕ
ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ОТ МЕНАРХЕ
ДО МЕНОПАУЗЫ**

Москва, ул. Академика Опарина, д.4
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Сборник тезисов

XXVI ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА

с международным участием и специализированной выставочной экспозицией «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы»

М., 2020 – 251 с.

Министерство Здравоохранения Российской Федерации

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

Российское общество акушеров-гинекологов

Общероссийская общественная организация «Российское общество по контрацепции»

Международная общественная организация «Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии»

ПРИ УЧАСТИИ:

Европейского общества гинекологов (ESG)

Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC)

Европейской федерации по кольпоскопии и патологии нижнего отдела генитального тракта (EFC)

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Академика РАН Сухих Г.Т.

Профессора Прилепской В.Н.

Составитель сборника к.м.н. Цаллагова Е.В.

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

ISBN 978–5–906484–52–9

ООО «МЕДИ Экспо», 2020



КОНТРАЦЕПТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ СПЕРМИЦИДНОГО КРЕМА БЕНЗАЛКОНИЯ ХЛОРИДА У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ШЕСТИМЕСЯЧНОГО ПЕРИОДА МЕЖДУНАРОДНОГО ОТКРЫТОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ IV ФАЗЫ

Serfaty D., Prilepskaya V., Graeslin O., Benifla J.L., Aubin F., Mas Y., Coatantiec E., Verriere F.

Цель

Подход к выбору метода контрацепции у женщин в возрасте 40 лет и старше, как правило, отличается от 20–30 летних. У женщин старше 40 лет репродуктивная функция снижается, а сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертензия, диабет, ожирение или онкология, с возрастом встречаются чаще, меняя соотношение польза – риск для некоторых методов контрацепции – особенно для гормональных методов. Поэтому такие барьерные методы контрацепции, как спермициды, могут стать приемлемыми для многих женщин в возрасте 40 лет и старше, ищущих альтернативу гормональным контрацептивам и внутриматочным спиралям, а также для женщин с нерегулярной половой жизнью. Разработке эффективных и безопасных спермицидов было посвящено много исследований, однако еще ни одно из них не проводилось для оценки применения спермицидов у женщин в позднем репродуктивном возрасте. Цель нашего исследования заключается в оценке эффективности, безопасности и приемлемости доступного во всем мире спермицида на основе бензалкония хлорида у женщин в возрасте 40 лет и старше.

Методы

На базе 7 частных кабинетов акушеров-гинекологов во Франции и 6 акушерско-гинекологических клиник в России было проведено открытое многоцентровое несравнительное исследование IV фазы по изучению спермицидного крема бензалкония хлорида (Фарматекс®). После оценки соответствия пациенток критериям отбора были выполнены визиты к исследователям через 2 и 6 месяцев. В конце обязательного 6-месячного периода исследования пациентки по желанию могли продолжить применение изучаемого спермицида в течение еще 6 месяцев. Для этих женщин итоговый визит был запланирован через 12 месяцев. Первичная конечная точка: контрацептивная эффективность в течение 12 месяцев обычного применения, выраженная с помощью индекса Перля (ИП). Вторичные конечные точки: ИП в течение 6 месяцев обычного применения и в течение 6 и 12 месяцев правильного применения, а также частота наступления беременности



в течение 6 месяцев обычного и правильного применения. Другие ключевые конечные точки: общая удовлетворенность исследователя и пациентки результатами лечения, приемлемость и оценка профиля безопасности.

Результаты

В исследование была включена 151 женщина. Средний возраст на момент включения составлял 45,9 года (медиана – 46). 51 женщина (33,8%) в возрасте от 40 до 44 лет: средний возраст составлял 41,9 года (медиана – 42). 100 женщин (66,2%) в возрасте 45 лет и старше: средний возраст составлял 48 лет (медиана – 47). На момент проведения промежуточного анализа насчитывалось 1048,54 месяца обычного применения (87,38 женщино-лет), 1031,56 месяца правильного применения (85,96 женщино-лет) и 4591 половой акт. Препарат Фарматекс® использовался при 4550 (99,1%) из этих половых актов. Индекс Перля (ИП) в обеих возрастных категориях был равен нулю (0 незапланированных беременностей) независимо от типа применения (обычное или правильное) или длительности наблюдения (6 или 12 месяцев). Верхняя граница доверительного интервала (95% ДИ) ИП при обычном применении в течение 12 месяцев составляла 3,43. К концу обязательного периода исследования (М6) общая удовлетворённость исследователей и пациенток результатами лечения оценивалась как хорошая (довольно хорошая/хорошая/очень хорошая) в 99,3% случаев. Частота случаев досрочного выбывания из исследования до визита через 6 месяцев была очень низкой (4,6%). Простота применения препарата Фарматекс® в течение 12 месяцев была расценена как приемлемая при 98,2% половых актов. При этом 87,5% женщин, завершивших участие в исследовании на момент проведения промежуточного анализа, отметили увлажняющий эффект препарата Фарматекс®, а 97,6% из них расценили этот эффект как необходимый. Профиль безопасности был благоприятным – нежелательные явления были зарегистрированы только при 0,5% половых актов с использованием препарата Фарматекс®.

Выводы

Согласно промежуточным результатам (по итогам шести месяцев исследования) оценки контрацептивной эффективности, безопасности и приемлемости, спермицидный крем бензалкония хлорида (Фарматекс®) является значимым методом контрацепции для женщин в возрасте 40 лет и старше, стремящихся к альтернативному методу по собственному выбору или вследствие противопоказаний или непереносимости других контрацептивных методов, включая гормональные. Учитывая ИП, равный 0 при обычном применении, и его верхнюю границу доверительного интервала (95% ДИ), равную 3,43, Фарматекс® можно классифицировать как эффективный метод контрацепции у данной группы пациенток (согласно классификации ВОЗ, метод контрацепции с ИП от 1 до 9 считается эффективным). Итоговые результаты этого первого в мире исследования эффективности применения спермицидов у женщин в возрасте 40 лет и старше будут представлены позже.



МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

Абусуева З.А., Алиева Э.А., Омарпашаева М.И., Хашаева Т.Х-М., Мамаева С.М.

*ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
г. Махачкала*

Проблема экстрагенитальных заболеваний у беременных, среди которых большой удельный вес имеет патология почек, остаётся одной из наиболее актуальных в акушерской практике. Под «бессимптомной бактериурией», 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 бессимптомная бактериурия встречается в 2,5–11,5% случаев.

Цель

Целью исследования было оценить влияния бессимптомной бактериурии на морфологическую структуру плаценты.

Изучены морфологические особенности плацент 67 женщин с бессимптомной бактериурией. Контрольную группу составили 15 плацент соматически здоровых женщин. При исследовании плаценты применялись макро- и микроскопические методы.

Результаты

Округлую форму при наружном осмотре имели $61,9 \pm 2,7\%$ (40) плацент в основной группе и $86,7 \pm 1,24\%$ (13) в контрольной группе ($P < 0,05$); у остальных плацента была неправильной формы (с неровными краями, овальной, вытянутой, двудолевой). В основной группе в большинстве случаев выявлено центральное прикрепление пуповины ($59,5 \pm 2,8\%$), парацентральное – в $26,2 \pm 5,5\%$, краевое – в $11,9 \pm 2,1\%$, оболочечное – в $2,4 \pm 1,3\%$ наблюдений. При этом в контрольной группе регистрировалось преимущественно центральное ($86,7 \pm 3,2\%$) ($P < 0,05$), либо парацентральное ($13,3 \pm 2,2\%$) прикрепление пуповины ($P < 0,01$). Плаценты в основной группе в среднем были размерами $18,4 \times 22,7 \times 3,1$ см, средняя масса составила $522,1 \pm 51,7$ гр., длина пуповины $51,1 \pm 5,7$ см, у $42,9 \pm 2,7\%$ пациенток выявлен умеренный отек вартонова студня, у $7,1 \pm 2,4\%$ – дефицит его. Большинство плацент контрольной группы выглядели мясистыми, имели однородный полнокровный вид, гладкую плодovou поверхность светло-серого цвета. Плацентарная ткань на разрезе выглядела сочной, интенсивного темно-красного цвета. Средний размер плацент составил $17,8 \times 19,7 \times 2,4$ см, средняя масса $554,7 \pm 37,8$ гр., длина пуповины – $62,8 \pm 5,37$ см. Макроскопическая оцен-



ка позволила выявить, что плодные оболочки были гладкими, блестящими с упругим ватновым студнем. Результаты микроскопического исследования плацент родильниц с бессимптомной бактериурией, показывают, что наиболее часто наблюдались аномалии созревания плацент, они были характерны для 15 ($23,8 \pm 2,8\%$) родильниц основной группы, а в контрольной они встречались достоверно реже: у 2 ($13,3 \pm 2,8\%$) пациенток ($P < 0,05$). Отечные терминальные ворсины были характерны для $28,6 \pm 1,05\%$ плацент основной группы, в группе контроля отсутствовали. Очаговая гиперплазия терминальных ворсин выявлена у $9,5 \pm 0,22\%$ и $6,7 \pm 1,2\%$ соответственно ($P < 0,05$).

В основной группе чаще ($16,7 \pm 2,7\%$ против $4,0 \pm 0,07\%$ в контроле ($P < 0,001$)) отмечался вариант диссоциированного развития плаценты. При этом наряду с хорошо васкуляризованными терминальными ворсинами, в препаратах встречались зоны склерозированных, зрелых и незрелых промежуточных ветвей с рыхлой стромой и дистрофически измененными клетками Кащенко-Гофбауэра. В плацентах основной группы ($4,8 \pm 2,8\%$) аномалии развития проявлялись не только изменением формы ворсин и неравномерным созреванием, но в отдельных случаях был выявлен хорангиоматоз. Последний характеризовался избыточной продукцией кровеносных сосудов. В результате этого в плацентах выявлялось повышенное содержание ворсин с избыточным количеством эктазированных кровеносных сосудов и вытеснением интерстиция, со слабым развитием синцития и цитотрофобласта.

Выводы

При наличии бессимптомной бактериурии у женщин характерными морфологическими проявлениями являются не только задержка и аномалии развития плаценты, но и разнообразные дистрофические и некротические изменения, обнаруживаемые во всех структурных элементах ворсинчатого хориона.

С целью исследования влияния бессимптомной бактериурии на морфологическую структуру плаценты изучены морфологические особенности плацент 67 женщин с бессимптомной бактериурией и 15 плацент соматически здоровых женщин. Макро- и микроскопическое исследование показало, что у женщин с бессимптомной инфекцией мочевыводящих путей статистически значимо чаще обнаруживаются задержка и аномалии развития плаценты и разнообразные дистрофические и некротические изменения.

In order to study the effect of asymptomatic bacterial infection on the morphological structure, the morphological features of the placenta of 67 women with asymptomatic bacterial and 15 placentas of somatically healthy women were studied. Macro and microscopic examination shows that in women with asymptomatic urinary tract infections, placenta delays and abnormalities and various dystrophic and necrotic changes are statistically significant.



КАЧЕСТВЕННЫЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Айсаева Б.М., Абусева З.А.

*ФГБОУ ВО ДГМУ кафедра медицинской симуляции и учебной практики
г. Махачкала*

Бактериальный вагиноз (БВ) – это инфекционный невоспалительный синдром, связанный с дисбиозом экосистемы влагалища, характеризующийся усиленным ростом облигатно и факультативно анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким уменьшением количества доминирующей микрофлоры в вагинальном отделяемом или их отсутствием. Распространенность заболевания составляет от 8 до 51% женского населения.

Нарушение качественного и количественного состава нормальной микробиоты влагалища лежит в основе широкого распространения антимикробной устойчивости, что влияет на эффективность мероприятий по профилактике и лечению инфекционных заболеваний человека, способствует повышению смертности и ухудшению показателей здоровья населения. БВ, являясь ключевым звеном в развитии широкого спектра гинекологических заболеваний и акушерских осложнений, приводит к снижению репродуктивного потенциала населения и ухудшению демографических показателей.

Цель исследования

Определить изменения микробиоты влагалища при БВ.

Результаты

Метод секвенирования следующего поколения и спектроскопии ядерного магнитного резонанса на основе протонов были применены для характеристики экосистем при БВ, вульвовагинальном кандидозе (ВВК), хламидиозе и сравнивались с состоянием здоровья.

Образцы при БВ характеризовались значительно более высоким разнообразием микробиоты по сравнению с группами здоровых и больных хламидиозом.

Таксономический состав вагинальных бактериальных сообществ был представлен во всех группах Firmicutes, Actinobacteria и Bacteroidetes, хотя со многими существенными различиями в их распространенности в разных группах. Фирмикуты доминировали во влагалищной микробиоте во всех группах женщин, причем их численность варьировала от 92,4% в группе здоровья до 60,6% у женщин с БВ. Помимо БВ, Firmicutes значительно снижены у женщин, инфицированных ВВК (79,2%), но не у женщин с хламидиозом.



зом (89,8%). Актинобактерии были более многочисленными в группах БВ (18,4%) и ВВК (12,0%) по отношению к хламидиозу (3,4%). Аналогичное наблюдение было сделано для *Bacteroidetes phylum*, который представляет 11,5% численности при БВ, 5,0% у женщин с ВВК и только 3,0% у пациентов с хламидиозом. Тип *Fusobacteria* был значительно обогащен только в образцах БВ (7,9%), тогда как *Proteobacteria* в основном характеризовали группу ВВК (2,2%). Семейство *Lactobacillaceae* было обнаружено преимущественно у здоровых женщин (79,2%), также при хламидиозе (67,5%) и ВВК (56,7%), а при БВ (18,8%).

При сравнении результатов микроскопии БВ с результатами двух молекулярных подходов: комплексного количественного анализа ПЦР (КПЦР) и БВ с сопровождающим алгоритмом интерпретации БВ, и профилирование микробиома гена 16S рРНК. Из девяти образцов, обозначенных как измененная флора по Ньюдженту, пять были классифицированы как БВ-положительные и четыре были БВ-отрицательными по методу КПЦР.

При сравнении результатов чувствительности и специфичности обычной ПЦР с критериями Амсея и Ньюджента самая высокая точность была обнаружена при обнаружении бактериальный вагиноз-ассоциированные бактерии (БВАБ2-некультурный представитель отряда *Clostridiales*), или *Megasphaera phylotype 1*, с чувствительностью и специфичностью 99% и 89%, соответственно, по сравнению с критериями Амсея и 96% и 99%, соответственно, по сравнению с оценкой по Ньюдженту. Последующее исследование с использованием КПЦР показало наличие $> 10^9$ *G. vaginalis* или $> 10^8$ *G. Vaginae*.

Заключение

Разнообразие изменений микробиоты влагалища при БВ требует тщательного обследования женщин для точной верификации диагноза и последующего патогенетического лечения.

Микробиота половых путей здоровых женщин представлена широким спектром микроаэрофилов, факультативных и облигатных анаэробных микроорганизмов. В работе представлены данные изменения количественного и качественного состава микробиоты влагалища при бактериальном вагинозе.

The microbiota of the genital tract of healthy women is represented by a wide range of microaerophiles, facultative and obligate anaerobic microorganisms. The paper presents data on changes in the quantitative and qualitative composition of the vaginal microbiota in bacterial vaginosis.



ВОЗМОЖНОСТИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Алиева У.Г., Султанова С.А., Сафарова С.С.

*Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Акушерства и гинекологии I
г. Баку*

До недавнего времени лабораторная диагностика сальпингофорита была достаточной сложной. Традиционные методы диагностики, основывались на выявлении бактериологических и бактериоскопических методах диагностики, выявлении иммунного ответа на инфекцию, которые обладали незначительной чувствительностью и специфичностью.

В настоящее время существует целый ряд экспрессных методов диагностики, некоторые из них – реакция иммунофлюоресценции (РИФ), иммуноферментный анализ (ИФА), тонкослойный иммунный анализ (ТИА), Raman-спектроскопия – имеют высокую специфичность.

Цель исследования

Усовершенствование диагностики сальпингофорита методом молекулярной Raman-спектроскопии.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 40 больных, получавших амбулаторное лечение. С целью инструментальной диагностики нами использован метод молекулярной Raman-спектроскопии. Для этой цели использован стандартный двухлучевой инфракрасный спектрометр "SPECORD-75 IR" в диапазоне частот 4000–400 см⁻¹. Материалом для исследования служила сыворотка крови. Кровь в количестве 1 мл забирали из локтевой вены, при необходимости центрифугировали. Для записи Raman-спектров плазмы использован метод получения тонкой пленки на поверхности оптической пластинки KRS-5.

Контрольную группу составили 30 здоровых лиц в возрасте от 22 до 46 лет, которым проведена Raman-спектроскопия биожидкостей (сыворотка, цельная кровь). Raman-спектры данной группы больных использовались в качестве эталонного спектра.

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ Raman-спектров плазмы крови больных с сальпингофоритом и их сопоставление со спектром контрольной группы показали существенное их различие. Так, в спектрах больных сальпингофоритом происходит смещение частоты максимума (V_{max}), изменения интенсивности и появление новых полос поглощения. В частно-



сти, у больных сальпингофоритом вместо полос V_{max} с 840 и 615 см⁻¹, мы наблюдали одну более интенсивную полосу с V_{max} 620 см⁻¹, а полоса 1600 см⁻¹ расщепляется.

Выводы

Данный метод является высокоэффективным, так как для регистрации Raman-спектра достаточно одной капли плазмы крови, не требуется дорогостоящих химических реактивов, для регистрации Raman-спектра и установления диагноза необходимо всего лишь 30 мин.

В настоящее время в диагностике сальпингофорита применяется ряд экспрессных методов имеющих высокую специфичность. Цель исследования явилось усовершенствование диагностики сальпингофорита методом молекулярной Raman-спектроскопии. С целью инструментальной диагностики 40 больных сальпингофоритом обследовали методом молекулярной Raman-спектроскопии, контрольную группу составили 30 здоровых лиц. Исследование выявило что, в спектрах больных сальпингофоритом происходит смещение частоты максимума (V_{max}), изменения интенсивности и появление новых полос поглощения. Таким образом Raman-спектроскопия является высокоэффективным методом диагностики сальпингофорита.

Currently, a number of express methods with high specificity are used in the diagnosis of salpingoophoritis. The aim of the study was to improve the diagnosis of salpingoophoritis using molecular Raman spectroscopy. For the purpose of instrumental diagnostics, 40 patients with salpingoophoritis were examined by molecular Raman spectroscopy; the control group consisted of 30 healthy woman. The study revealed that, in the spectr of patients with salpingoophoritis, a maximum frequency shift (V_{max}) occurs, intensity changes and the appearance of new absorption bands. Thus, Raman spectroscopy is a highly effective method for the diagnosis of salpingoophoritis.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Магомедова А.А.

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», ГБУ «Республиканский онкологический центр»
г. Махачкала

Органосохраняющее лечение при внематочной беременности – наиболее актуальная проблема в современной гинекологии. За последние годы не отмечено тенденции к снижению числа пациенток с внематочной беременностью, что по-видимому, обусловлено



увеличением частоты воспалительных процессов придатков, неадекватным использованием внутриматочных контрацептивов, а также стимуляцией овуляции при недооцененном состоянии маточных труб.

Цель

Настоящей работы явилась оценка эффективности лапароскопического лечения внематочной беременности.

Было проанализировано 148 историй болезней пациенток, оперированных в гинекологическом отделении II РКБ Махачкалы. Из них 50 пациенткам (1-я группа) была выполнена традиционная лапаротомия, а 98 больных (2-я) прооперированы лапароскопическим доступом. По техническим причинам в ночное время эндоскопические хирургические вмешательства не производятся. Противопоказанием к эндоскопическому вмешательству явился геморрагический шок II степени.

С накоплением опыта использования эндоскопического метода лечения расширялись и ситуационные условия: разрыв трубы, наличие спаечного процесса, локализация плодного яйца в интерстициальном отделении трубы. В 1-й группе 64,6% пациенток страдали хроническими воспалительными заболеваниями различных локализаций, 17% пациенток пользовались внутриматочным контрацептивом. У 19% женщин 1-й группы отмечена повторная трубная беременность. При обследовании у 30% больных 1-й группы и 22% 2-й в области придатков отмечено болезненное образование тугоэластичной консистенции диаметром до 4 см. При УЗИ диагноз эктопической беременности был заподозрен у 83% женщин 2-й группы. В остальных случаях признаков трубной беременности выявлено не было. В 47,5% случаях трубная беременность была прервана по типу трубного аборта, в 39% – по типу разрыва трубы, в остальных случаях отмечалась прогрессирующая трубная беременность. Объем кровопотери варьировал от 150 мл до 1,5 л. В первой группе всем больным была удалена маточная труба по общепринятой методик. Средний койко-день составил 8,6 дня. Во 2-й группе у 52% женщин была произведена сальпинготомия. У остальных пациенток показаниями к сальпингэктомии явились: разрыв маточной трубы с формированием пристеночной гематомы, интерстициальная беременность и желание женщины не сохранять трубу. Средний койко-день пациенток 2-й группы составил 4,5 дня. Женщинам, выполнившим репродуктивную функцию, по их желанию производили стерилизацию противоположной трубы. Дренирование малого таза проводили у 12 пациенток. Дренаж удаляли после контрольного УЗИ на 3-и сутки.

Выводы

Таким образом, диагностика трубной беременности на ранней стадии с использованием современных методов позволяет произвести лечение лапароскопическим доступом с целью сохранения репродуктивной функции женщины. Этот метод менее травматичен и создает условия для благоприятного течения послеоперационного периода, что приводит к уменьшению сроков пребывания пациенток в стационаре со значительным сокращением нетрудоспособности и выраженным экономическим эффектом.



Современные методы диагностики ранней беременности маточных труб позволяют лечить с сохранить репродуктивную функцию женщины. Этот метод менее травматичен и имеет благоприятный послеоперационный период, приводящий к уменьшению пребывания в стационаре, низкий уровень инвалидности и значительные экономические выгоды.

Modern diagnostical methods of early uterine tube pregnancy allow treating with to preserve woman's reproductive function. This method is less traumatic also has favorable postoperative period that lead to diminished hospital stay, low rate of disability and significant economical benefits.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Тагирова А.М., Алиева Д.Х., Магомедова А.А.

ГБУРД РКБ
г. Махачкала

После оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности частота наступления маточной беременности – 20%, у 30% пациенток возникает вторичное бесплодие, обусловленное у каждой пятой пациентки спаечным процессом в малом тазу. При внематочной беременности лапароскопическим доступом производится милкинг (выдавливание плодного яйца), туботомия, тубэктомия. Считается, что при наличии спаечного процесса целесообразно одновременно производить рассечение спаек с проведением дальнейшей реабилитации.

Цель исследования

Оценить состояние маточных труб после перенесенной операции, степень выраженности спаечного процесса после проведенной реабилитационной терапии, оптимизировать тактику ведения пациенток с данной патологией.

Нами было ретроспективно проанализировано 356 историй болезни пациенток, прооперированных с 2014 по 2019 год в отделении гинекологии лапароскопическим доступом. Степень кровопотери 100,0–1000,0, в 54 (15.1%) случаев не было спаек в малом тазу, в 56 (15.75%) выявлена I степень спаечного процесса, 128 (35.9%) – II степень, 108 (30.3%) -III, в 8 (3%) случаев IV степень. Милкинг был произведен в 198 (55.6%), туботомия -54 (15.1%), тубэктомия в 104 (29.3%)случаях. Также интраоперационно производилось рассечение спаек, по показаниям пластика второй маточной трубы. Активная реабилитационная терапия проводилась в раннем послеоперационном периоде, так



и в течение трех месяцев после операции. Пациенткам с тубэктомией при IV степени спаечного процесса было рекомендовано ЭКО. В основную группу были включены 52 пациентки, которым проводился второй этап оперативного вмешательства после операции по поводу внематочной беременности. Контрольную группу составили 54 пациентки, госпитализированные на лапароскопию с вторичным бесплодием после перенесенной операции по поводу внематочной беременности. Все ранее были оперированы лапароскопическим доступом. Пациенткам контрольной группы было проведено ранее интраоперационное рассечение спаек, туботомия выполнена в 14 (25,9%), милкинг произведен в 30 (74,1%) случаях. Причем 7 пациенток с выполненной туботомией и 3 пациентки с произведенным милкингом имели повторную внематочную беременность (18,5%), что явилось показанием для тубэктомии. Пациенткам основной группы во время первой операции производилось рассечение рыхлых спаек без пластики маточной трубы на здоровой стороне. В послеоперационном периоде больная получала активную реабилитацию с применением рассасывающей терапии, методов физиотерапии, грязелечения на фоне обязательной контрацепции в течение 3х месяцев, после чего приглашалась на второй этап оперативного вмешательства. При повторной операции пациенткам обеих групп проводилась хромогидротубация, оценивалось состояние маточных труб, адгезиолизис, по показаниям пластика маточных труб. При этом у всех пациенток в основной группе маточные трубы были проходимы, целостность стенки маточной трубы после туботомии без рубцовой деформации. Спайки после проведенной реабилитации более рыхлые, что позволило более бережно и эффективно произвести адгезиолизис и пластику маточной трубы на другой стороне. Повторной внематочной беременности у пациенток данной группы не было, так как все находились на контрацепции. В контрольной группе у 5 пациенток после туботомии и у 2-х после милкинга маточная труба на пораженной стороне непроходима, у 3-х пациенток визуализируется рубец на месте туботомии с сужением просвета трубы в очаге поражения. Спаечный процесс выявлен у 26 пациенток, но в меньшей степени выраженности, чем при предыдущей операции.

Второй этап лечебно-диагностической лапароскопии пациенткам, перенесшим оперативное вмешательство по поводу внематочной беременности, повышает шансы наступления маточной беременности, снижает процент наступления повторной внематочной беременности. Состояние маточных труб после проведенного двухэтапного лечения лучше, степень спаечного процесса ниже. Полученные данные позволяют считать данную тактику оправданной.

Rehabilitation after surgeries for an ectopic pregnancy involves two stages. Chosen



tactics allows to get the best results on fallopian tubes condition, the severity of adhesions, to lower the rate of recurrent ectopic pregnancy, that increases chances of uterine pregnancy.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Тагирова А.М., Алиева Д.Х., Магомедова А.А.

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», ГБУ «Республиканский онкологический центр»
г. Махачкала

Несмотря на большое число научных исследований, проблема опухолей яичников продолжает оставаться актуальной. В последние годы наметилась отчетливая тенденция к увеличению их частоты в структуре гинекологических заболеваний. До 11–12% срезов в гинекологических отделениях выполняется по поводу опухолей яичников и их осложнений.

Цель

Совершенствование дифференциальной диагностики кистозных образований яичника.

Нами для исследования были взяты 2 группы, в 1 группу вошли 70 женщин, прооперированных по поводу опухолевидных процессов яичника; во 2-ю 50 женщин которым было проведено этапное лечение без оперативного вмешательства. Дифференциальная диагностика опухолевидных образований проводилась на основе гинекологического обследования с использованием гормональных методов, УЗИ. Возраст женщин обеих групп был одинаковым (19–32 года). Основными жалобами в обеих группах были ноющие боли внизу живота. Из нарушений менструального цикла в 1-й группе преимущественно были жалобы на гипо-, полименорею; во 2-й группе: гипо-, олигоменорею; появление болей после задержки менструации на 10–12 дней при отсутствии беременности. Отсутствие нарушений менструального цикла во 2-й группе встречается чаще. Длительность заболевания в 1-й группе от 1 года до 3-х лет, во 2-й – от 10–12 дней до 2 месяцев. Размеры опухолевых образований яичников в 1-й группе были в пределах 4,5–8см; во 2-й группе – 2,5–4,5см. Больным 1-й группы определяли уровень E2, прогестерон, ЛГ, ФСГ, пролактина крови.

Больным 2-й группы определяли уровень эстрадиола, прогестерона в крови, 17-кетостероидов в моче. По данным анамнеза, больные 1-й группы получали длительное противовоспалительное лечение. Больным 2-й группы лечение проводилось в несколько этапов



по показаниям. Женщинам с опухолевидными образованиями яичников было рекомендовано явиться на повторный осмотр через 1 месяц после очередной менструации.

Следующим этапом назначалась гормонотерапия. При низком уровне прогестерона назначался дюфастон с 16 по 25 дней менструального цикла больным был рекомендован Новинет с 1-го по 21-й день менструального цикла на 3 мес. При повышенном уровне 17-КС в моче больные в течение 3 мес. принимали Диане-35. Спустя 3–5мес у всех больных наблюдался регресс образования. Больные 2–1 группы с параовариальными кистами были направлены на оперативное лечение в стационар, где было произведено удаление образования лапароскопическим доступом. Гистозаключение: т простая серозная киста (гистоструктуры яичника не обнаружены).

У больных 2-й группы были выявлены: гипопрогестеронемия, характерная для больных с кистами\тела, гиперандрогения для больных с фолликулярными кистами. У других больных 2-й группы уровень эстрадиола в крови был в норме. По данным литературы, УЗИ-исследование при динамическом наблюдении за больными с ОПЯ позволяет поставить точный диагноз в 98% случаев. У 28 больных 2-й группы уровень гормонов был в норме. Из 2-й группы пациентки с параовариальными кистами были направлены на оперативное лечение без проведения динамического наблюдения, так как, по данным литературы, в 15% параовариальные кисты гистологически расценены как истинные опухоли.

Мы имели одно такое наблюдение в 1-й группе больных, где удаленная параовариальная киста гистологически расценена как параовариальная киста серозная киста с грубыми сосочками. Для больных с фолликулярными кистами характерно повышение эстрадиола в крови, снижение уровня прогестерона, относительное снижение ЛГ при повышенном уровне ФСГ. Уровень пролактина только у 4 больных был незначительно выше нормы. Все больные, направленные в стационар, прооперированы лапароскопически. При отсутствии эффекта от лечения в течении 3 мес. необходимо рекомендовать оперативное лечение. Из 70 больных, направленных в стационар с диагнозом: «киста яичника», в 67 случаях диагноз интраоперационно и гистологически подтвержден. В 3 случаях при гистоисследовании обнаружены параовариальная серозная киста с грубыми сосочками, цилиоэпителиальная киста яичника с расстройством кровообращения и десквамацией эпителия, серозная киста.

Квалифицированное ведение больных с опухолевидными процессами яичников и поэтапное лечение гормонального гомеостаза позволяет снизить процент оперативных вмешательств, повысить репродуктивный потенциал женщин. Основным этапом является диспансерное наблюдение за женщинами, выявление больных с опухолевидными образованиями яичников, проведение полноценного обследования и лечения.

The expert treatment of patients with ovarian tumors, stage-by-stage treatment



of hormonal homeostasis will diminish percent of operative interventions and increase women's reproductive potential. Prehospital women's check-ups, revealing patients with ovarian tumors, thorough examinations and treatment are cornerstone options.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аминодова И.П., Перминова Е.В.

АНО «Медицинский центр «Белая Роза»
г. Иваново

Актуальность проблемы

Первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин занимает рак молочных желез (РМЖ). Несмотря на сопоставимые показатели заболеваемости, уровень смертности от РМЖ в России превышает аналогичные показатели за рубежом.

Цель исследования

Оценить перспективы и эффективность комплексного обследования в диагностике доброкачественных заболеваний и рака молочной железы.

Материалы и методы

Анализ результатов комплексного обследования клинико-инструментальной диагностики 11200 женщин на базе Благотворительного Медицинского центра «Белая Роза» Иваново.

Полученные результаты и их обсуждение

Заболевания молочных желез диагностированы у 19,6%, сочетание заболеваний половых органов и молочных желез – у 39,7% обследованных. В структуре выявленной патологии преобладали различные формы диффузной доброкачественной дисплазии (80,6%), узловые образования диагностировались значительно реже (17,2%, $p \leq 0,001$). Подозрение на опухолевый процесс отмечено у 2,1% обследованных, рак молочной железы верифицирован у 0,5%.

Предъявляли жалобы на болезненность молочных желез 64,8% женщин, на появление образования – 42,4%, на выделения из сосков 31,6%. При диффузных процессах наличие клинической симптоматики отмечено чаще по сравнению с узловыми образованиями (81,8% против 32%, $p \leq 0,05$).



Сочетанные гиперпластические процессы эндометрия и миома матки отмечены у 12,5% и 36,0% женщин с ДДЗМЖ, что достоверно чаще, чем при узловых образованиях – 2%, $p \leq 0,05$ и 6%, $p \leq 0,001$ соответственно. Нарушения менструального цикла также чаще имели место при диффузных формах по сравнению с узловыми: 30,0% против 14,0%, $p \leq 0,05$.

Сочетанная экстрагенитальная патология отмечена у 18,2% обследованных, в ее структуре частота сахарного диабета 1 и 2 типов составила 36%, заболеваний щитовидной железы – 24%, ожирения – 8%.

В рамках комплексного обследования для оценки состояния молочных желез использованы 2 метода инструментального исследования: до 35 лет – сонография, с 35 лет – сочетание рентгеновской цифровой маммографии и УЗИ с оформлением заключений по шкале BI-RADS.

У большинства женщин с диффузными формами заболеваний диагноз поставлен на основании данных сонографического исследования (96%), реже по результатам физикального осмотра (76,0%, $p \leq 0,05$), значительно реже – по маммографии – у 22%, $p \leq 0,001$. У 66,7% обследованных с ФКМ размеры кистозных образований не превышали 1 см, кисты большего размера отмечены реже – у 16,7% ($p \leq 0,001$). У 90,2% пациенток с узловыми формами заболеваний молочных желез образования обнаружены при ММГ, у 74,6% при ультразвуковом исследовании ($p \leq 0,05$), на основании физикального осмотра – у 53,65% обследованных ($p \leq 0,05$ по сравнению с УЗИ; $p \leq 0,001$ по сравнению с ММГ). По результатам маммографии рентгенологические заключения BIRADS 4–5 – поставлены у 0,8% обследованных, BIRADS 3 – у 0,7%, BIRADS 0 – у 0,6%. Женщины с заключением BIRADS 4+ маршрутизированы на дообследование в областной онкологический диспансер, опухоль верифицирована у 22 из них (34,9%), оставлены под наблюдением онколога 65,1%. Согласно данным литературы, наиболее диагностически сложной является категория BIRADS 3, не позволяющая однозначно решить вопрос о дальнейшей тактике ведения. После выполнения сонографии у 59,0% этих пациенток диагностированы фибромы или фиброаденомы молочной железы, у 21,5% – диффузная кистозная мастопатия, у 19,5% рекомендована пункционная биопсия для верификации диагноза. Важным фактором риска развития злокачественного процесса является высокая рентгенологическая плотность ткани молочных желез. В группе с BIRADS 0 после сонографии у большинства обследованных патологии не выявлено (54,5%) или диагностированы диффузные изменения доброкачественного характера (31,3%), у 12,7% диагностированы узловые образования без атипии (кисты и фиброаденомы), у 1 пациентки атипичная киста (1,5%).

Выводы

Комплексное обследование органов репродуктивной системы, включающее оценку факторов риска, сочетанное применение маммографического и сонографического методов обследования, консультацию гинеколога и онколога на базе одного лечебного учрежде-



ния позволяют повысить точность первичной и дифференциальной диагностики, избежать необоснованных инвазивных вмешательств, сократить диагностический интервал.

МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Амирова Ж.С., Голубева О.Н., Геворкян Г.А., Кубицкая Ю.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

Актуальность

Частота встречаемости нарушений мочеиспускания у женщин в постменопаузе достигает 41,9%. Стрессовым НМ страдают от 29 до 75% женщин, ургентным НМ от 7–33%, смешанным НМ от 14 до 61%. После отмены фармакотерапии симптомы НМ возобновляются, этим обоснован поиск других методов лечения. Экстракорпоральная магнитная стимуляция (ЭМС) используется для лечения ургентного НМ, функциональная магнитная стимуляция (ФМС) – стрессового и смешанного НМ. Результаты ретроспективных исследований показали положительное влияние ЭМС, ФМС и высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной технологии (ВФЭТ – highintensity focused electromagnetic technology HIFEM) на уродинамические показатели и качество жизни пациентов. Отмечено достоверное снижение числа мочеиспусканий и ноктурии после ФМС ($P < 0,01$). В исследовании оценивалась безопасность и эффективность ВФЭТ при лечении НМ с оценкой качества жизни пациентов. 75 обследованных женщин ($55,45 \pm 12,80$ лет, $1,85 \pm 1,28$ родов), с различными видами НМ получили 6 процедур HIFEM (2 в неделю) продолжительностью 28 минут.

Результаты оценивались после курса лечения и через 3 месяца после лечения. Терапия оценивалась по результатам анкетирования (Опросник Международного Консультационного Центра по Недержанию мочи-ICIQ-SF). После окончания лечения 61 из 75 пациентов (81,33%) отметили значительное улучшение состояния – уменьшение симптомов НМ. Улучшение состояния по результатам анкетирования ICIQ-SF составило 49,93% ($P < 0,001$), после окончания лечения и 64,42% ($P < 0,001$), через 3 месяца после лечения, что подтверждает эффект последствия МТ. Результаты как в группе пациентов со стрессовым НМ, так и в группе пациентов со смешанной формой НМ были статистически значимыми ($P < 0,001$), а у пациенток с ургентным НМ после лечения – статистически незначимым – 26,54% ($4,00 \pm 4,74$ балла; $P < 0,005$), но через 3 месяца после лечения они отметили существенное улучшение – 54,11% ($7,00 \pm 5,24$ балла, $P < 0,005$). Было отмечено: лучший контроль над мочеиспусканием в течение дня и ночи ($N = 17$), уменьшение использова-



ния количества урологических прокладок и эпизодов непроизвольного мочеиспускания (N = 10), сокращение числа посещений туалета (N = 6), нормализация показателей уродинамики (N= 4); повышение тонуса мышц влагалища и тазового дна (N= 3); повышение либидо и яркости оргазма (N= 3). Технология ВФЭТ обеспечивает большее количество сокращений мышц под действием быстро меняющегося электромагнитного поля во время одной процедуры, по сравнению с самостоятельными физическими упражнениями. Таким образом, проведенные исследования показали, что МТ может безопасно и эффективно использоваться для лечения всех форм НМ.

Заключение

МТ может быть эффективным методом лечения НМ. Сочетание неинвазивности, доступности и эффективности метода позволяет рекомендовать использование его в клинической практике.

Резюме. В современной литературе представлен обзор, отражающий возможности магнитотерапии (МТ) в лечении недержания мочи (НМ). Проблемы, связанные с НМ, препятствуют социальной адаптации пациентов, вызывают чувства уязвимости, беспомощности, одиночества, снижают качество жизни. Изучается возможность использования МТ при лечении НМ.

Review of the literature about capabilities of magnetotherapy in the treatment of urinary incontinence in women. Pharmacotherapy has adverse effects and that is why it is necessary to find alternative methods of treatment to improve the condition which influences on the quality of life of such patients.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ. ГРУППЫ РИСКА

Андреева М.В., Захарова К.И.

*ГУЗ «Клинический родильный дом №2», ЖК Дзержинского района, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ России
г. Волгоград*

Хронический цервицит (ХЦ) характеризуется высоким риском развития неопластических процессов и рака шейки матки и диагностируется у 70% женщин, обращающихся в женские консультации.

Цель

Исследования явилось выявление основных групп риска развития ХЦ у городских жительниц.



В женской консультации крупного промышленного города находились под наблюдением 90 женщин с диагнозом «Воспалительная болезнь шейки матки» (шифр по МКБ-10 N72). Все женщины обследованы в соответствии с приказом МЗ РФ №572 н.

Возраст больных колебался от 18 до 45 лет. Более половины женщин (91,7%) были в возрасте 25–40 лет. По социальному положению, уровню образования и социальному статусу эти пациентки были равнозначными.

Один из основных показателей для формирования групп риска является возраст начала половой жизни. 95% женщин начали сексуальные отношения до 18 лет. У 89% пациенток за последний год сменилось более трех половых партнеров. Таким образом, промискуитет можно отнести как показатель для формирования группы риска развития ХЦ.

Особое внимание уделяли вопросу об использовании больными с ХЦ различных методов контрацепции. Самым не популярным методом контрацепции у них был барьерный – использование презерватива. Этот метод пользовались лишь 5% женщин. 65% пациенток использовали с целью контрацепции прерванный половой акт. Вторыми по частоте методами контрацепции были внутриматочные контрацептивы и спермициды (20%), реже – КОК (10%). Следовательно, большинство пациенток использовали неэффективные методы предохранения от ИППП.

У 75% больных выявлены нарушения менструальной функции, чаще всего в виде недостаточности лютеиновой фазы.

При изучении детородной функции установлено, что у 65% пациенток в анамнезе был как минимум один искусственный аборт.

Эктопия шейки матки наблюдалась в 55% случаев.

При опросе пациенток о семейном положении выяснилось, что 52% из них не состояли в зарегистрированном браке.

Заключение

Таким образом, к группе риска развития ХЦ можно отнести женщин в возрасте 25–40 лет, с половым дебютом до 18 лет, с частой сменой половых партнеров, использующих неэффективные в отношении ИППП методы контрацепции, с нарушением менструальной функции, с медицинскими абортами в анамнезе, с эктопией шейки матки, а также незамужних женщин. В связи с этим следует широко проводить санитарно-просветительскую работу среди женского населения, особенно среди девочек-подростков. Необходима пропаганда здорового образа жизни, использования высокоэффективных методов контрацепции, своевременного обследования и лечения ИППП у обоих партнеров.

Хронический цервицит (ХЦ), обусловленный микстинфекцией, приобретает особое значение из-за высокого риска развития неопластических процессов и рака шейки матки. Учитывая высокую частоту ХЦ необходимо его своевременное выявление.



ние и этиопатогенетическое лечение, чтобы не допустить перехода ХЦ в CIN и рак шейки матки. Следовательно, выявление групп риска развития ХЦ поможет создать меры его профилактики и лечения.

Chronic cervicitis (HC) due to a mixed infection is of particular importance because of a high risk of neoplasm and cervical cancer. Given the high frequency of HC, its timely detection and etiopathogenetic treatment are necessary to prevent its transition to CIN and cervical cancer. Therefore, identification of patients at risk of HC can help to develop measures for its prevention and treatment.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С КОРРЕКЦИЕЙ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Андреева М.В., Квеселава С.Г., Жигунова А.М., Логвинова Ю.С.

*Волгоградский государственный медицинский университет
г. Волгоград*

Невынашивание беременности – одна из основных проблем в акушерстве и гинекологии в современных условиях. Эта патология имеет особое значение, как в медицине, так и в социально-экономической сфере, поскольку частота самопроизвольных выкидышей негативно отражается на демографической ситуации в нашей стране. Существует множество причин невынашивания, из которых наиболее частыми являются: эндокринные нарушения в системе репродукции, хронический эндометрит, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), пороки развития матки и др. Среди причин невынашивания во втором и третьем триместрах беременности ведущее место занимает ИЦН (43%), которая, в свою очередь, также имеет множество факторов риска ее развития. Это происходит чаще всего в результате высокого уровня инфекционных и неинфекционных заболеваний шейки матки у женщин активного репродуктивного возраста. Наличие высокой частоты отягощенного акушерского анамнеза у современных женщин за счет большого количества медицинских аборт также является фактором риска ИЦН. На сегодняшний день разработаны методы коррекции ИЦН, которые применяются в зависимости от степени её выраженности.

Цель

Исследования стало оценить исходы беременности после коррекции ИЦН. В соответствии с приказом №572-н МЗ РФ обследовано 27 женщин с диагнозом О34.3 - истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери. Средний возраст первородящих женщин с ИЦН составил 29 года. Вероятно, од-



ним из факторов риска развития ИЦН мог стать более поздний репродуктивный возраст женщин, связанный с более высоким уровнем общей и акушерско-гинекологической заболеваемости, накопленной с годами. При анализе экстрагенитальной патологии у пациенток с ИЦН на первом месте по частоте были заболевания ЛОР – органов (63%), на втором – патология вен нижних конечностей (16,3%), на третьем – болезни мочевыделительной системы (9,2%). Практически у каждой второй женщины в анамнезе отмечалось оперативное вмешательство по поводу хирургической и гинекологической патологии, что характеризует низкий индекс их здоровья. Установлено, что у большинства пациенток не было нарушений регуляции менструального цикла. Все женщины были повторнобеременные с акушерским анамнезом, отягощенным медабортами. Следует обратить внимание на паритет беременности. Так настоящая беременность была вторая и третья по счету у 23% пациенток. Более трёх беременностей в анамнезе имели 67% беременных. Медицинские аборт в анамнезе имели 47% пациенток, внутриматочные вмешательства по поводу самопроизвольных выкидышей – 64%. Всем обследованным беременным проведена коррекция ИЦН методом наложения циркулярного шва на шейку матки. Исходами настоящей беременности стали, в основном, своевременные роды (73%). Прерывание беременности в сроке до 22 недель произошло у 9% пациенток. На момент публикации материала беременность прогрессировала у 18% женщин.

Таким образом, все обследованные нами женщины с ИЦН имели высокий риск невынашивания беременности. Выбранный метод коррекции ИЦН соответствовал критериям, предусмотренным клиническим протоколом лечения истмико-цервикальной недостаточности. В большинстве случаев зарегистрирован благоприятный исход беременности у пациенток с ИЦН.

Изучались факторы риска истмико-цервикальной недостаточности. Оценивался исход беременности после ее коррекции.

Risk factors for isthmic-cervical insufficiency were studied. The outcome of pregnancy after its correction was estimated.

«ЦЕНТР КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ» НА БАЗЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ: ФУНКЦИИ, ЗАДАЧИ, ОПЫТ РАБОТЫ

Аникеева А.Ш.

ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», женская
консультация
г. Магнитогорск

Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года направлена на сохранение ре-



продуктивного здоровья, сокращение уровня смертности, увеличение рождаемости и продолжительности жизни населения. Безусловно, такая непростая задача должна решаться комплексом мер, включающим меры материального стимулирования, информационного характера, а также адресную работу в лечебных учреждениях с беременными женщинами, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности. Рождение детей – это залог будущего нашей страны, основа возрождения и укрепления. Жизнь без аборт – это система ценностей женщины, которая хранит свое предназначение как матери.

Медико-социальное отделение «Центр кризисной беременности» создан в Магнитогорске в 2012 году для реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепления здоровья женщин, их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни. Центр создан на базе женской консультации, которая входит в состав ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск».

Здесь обслуживается более 56 тысяч женщин, из них 40284 – репродуктивного возраста.

Основная задача центра – пересмотреть ценности женщины, находящейся в кризисной ситуации, чтобы она решила сохранить ребенка. В современном мире, где общество требует слишком много от женщины, где всегда есть «надо» и может не быть времени тратить свое время на нежеланную беременность – стоит задача показать, что эта беременность – самое важное, что могло случиться с ней. И все те проблемы в отношениях, на работе, дома являются не важными и побочными. Важно показать женщине – что она не одна. Основная цель – сохранить жизнь. Но также необходима материальная, социальная, экономическая поддержка во время беременности и после родов. Центр взаимодействует с органами социальной защиты, образования, внутренних дел, общественными объединениями, религиозными организациями в целях оказания эффективной медико-социальной помощи женщинам.

В 2018 году в центре проконсультировано 4706 женщин, из них 673 (14%) – желающие прервать беременность, после консультации психолога приняли решение сохранить беременность 109 человек (16%). В 2019 году в центре проконсультировано 5693 человек, из них 567 (10%) – желающие прервать беременность, после консультации психолога приняли решение сохранить беременность 125 человек (22%). За 7 лет работы центра от прерывания беременности отказались около 1 тысячи женщин. В 2018 г решили отказаться от ребенка 37 женщин, все они были проконсультированы в ЦКБ, 23 женщины (62%) после консультации решили не оставлять ребенка, в 2019 году-31 женщина решила отказаться от ребенка, 14 из них (45%) передумала после консультации в ЦКБ. Мы проводим огромную работу, чтобы в семьях наших пациентов рождалось как можно больше детей. В итоге за последние годы количество аборт снизилось в два раза. Случаев отказа от новорожденных стало меньше.

Решение проблемы аборта, отказ от него и установка на рождение детей может существенно повлиять на повышение рождаемости, что позволит изменить существующие негативные демографические тенденции. «Центр кризисной беремен-



ности» продемонстрировал эффективность в решении многих проблем, в связи с чем, считаю необходимым организовывать медико-социальные отделения для беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации, по всей стране.

Solving the problem of abortion, abandoning it and setting the goal of having children can significantly affect the increase in the birth rate, which will change the existing negative demographic trends. The "crisis pregnancy center" has demonstrated its effectiveness in solving many problems, which is why I consider it necessary to organize medical and social departments for pregnant women in difficult life situations throughout the country.

ОЖИРЕНИЕ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ахмедзаде В.А., Джафарова Т.Ф.

*Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Акушерства-гинекологии I
г. Баку*

Актуальность

Ожирение играет большую роль в нарушении репродуктивного здоровья. Менструальная дисфункция, гиперпластические процессы эндометрия, бесплодие, невынашивание беременности, задержка внутриутробного развития плода – неполный список нарушений репродуктивного здоровья у женщин с ожирением.

Цель настоящего исследования разработать комплекс мероприятий по своевременному выявлению нарушений репродуктивной системы у девушек в периоде полового созревания с ожирением на основе клинико-эпидемиологических особенностей.

Материалы и методы

В основу работы легли результаты обследования 120 девушек-подростков в возрасте 13–17 лет с ожирением I-II степени.

Выводы

Частота ожирения в популяции девушек в периоде полового созревания составляет в среднем 13,5–16%. Девушки в периоде полового созревания страдающие ожирением имеют характерные особенности медико-социального статуса к которым относятся: наличие сопутствующей патологии, очагов хронической инфекции, наследственная предрасположенность к ожирению, малоподвижный образ жизни, обильный рацион, сочетание с нерегулярным питанием, высокая частота эмоциональных расстройств. Для девушек



с ожирением характерны такие нарушения менструальной функции как меноррагия – 56%, нерегулярные менструации – 76%, межменструальные кровянистые выделения – 14%. У 62% обследуемых имеют место сочетания нарушений менструальной функции. Синдром ожирения сопровождается выраженными нарушениями нейроэндокринной системы, выявлен дисбаланс гипоталамо-гипофизарно-яичниковых гормонов. Сравнение результатов ультразвукового исследования органов малого таза выявило отклонение от нормативных данных размеров яичников и матки у девушек-подростков с ожирением.

Заключение

Синдром ожирения вызывает значительные нарушения в репродуктивной системе: от ДМК до аменореи, гипофункцию яичников, гиперпролактинемия, поликистозные изменения в яичниках, гиперандрогению.

Ожирение приводит к целому ряду репродуктивных нарушений. Целью исследования явилось разработать комплекс мероприятий по своевременному выявлению нарушений репродуктивной системы у девушек в периоде полового созревания с ожирением на основе клинико-эпидемиологических особенностей. Было обследовано 120 девушек-подростков в возрасте 13–17 лет с ожирением I-II степени. У девушек с ожирением выявлены следующие нарушения менструального цикла: меноррагия – 56%, нерегулярные менструации – 76%, межменструальные кровянистые выделения – 14%. Таким образом, синдром ожирения вызывает значительные нарушения в репродуктивной системе.

Obesity leads to a number of reproductive disorders. The aim of the study was to develop a set of measures for the timely detection of reproductive system disorders in girls during puberty with obesity based on clinical and epidemiological characteristics. One hundred girls aged 13–17 years with obesity of I-II degree were examined. The following menstrual disorders were revealed in obese girls: menorrhagia – 56%, irregular menstruation – 76%, intermenstrual spotting – 14%. Thus, obesity syndrome causes significant disorders in the reproductive system.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСКРИПЦИОННОГО (МРНК) ПРОФИЛЯ ГЕНОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ВПЧ

Байрамова Г.Р., Бурменская О.В., Прилепская В.Н., Амирханян А.С.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

В настоящее время представляется актуальным поиск эффективных методов диагно-



стики и прогнозирования течения заболевания путем определения молекулярно-генетических маркеров ВПЧ-ассоциированного хронического цервицита. Изучение экспрессии мРНК генов иммунной системы позволит совершенствовать диагностику, прогнозировать развитие заболевания, определит возможность оптимизации и дифференцированного подхода к ведению пациенток репродуктивного возраста с хроническим цервицитом, ассоциированным с ВПЧ.

Цель исследования

Определить особенности экспрессии мРНК генов человека при хроническом цервиците, ассоциированном с ВПЧ.

Материал и методы исследования

В исследование включены 202 пациентки репродуктивного возраста. В зависимости от результатов ВПЧ-генотипирования и цитологического и/или гистологического методов исследования пациентки разделены на группы:

1 группа – 108 женщин с хроническим цервицитом:

- 1а подгруппа – 52 женщины с ВПЧ-положительным тестом
- 1б подгруппа – 56 женщин с ВПЧ-отрицательным тестом

2 группа – 94 женщин без признаков хронического цервицита:

- 2а подгруппа – 44 женщины с ВПЧ-положительным тестом
- 2б контрольная подгруппа – 50 женщин с ВПЧ-отрицательным тестом

Всем пациенткам включенным в исследование проводили исследование транскрипционного профиля мРНК 21 генов локального иммунитета человека (цитокинов IL1Bb, IL10, IL18, IL1RN, TNF α , TGFB1, CXCL5, CXCL10, CXCL13, транскрипционного фактора GATA3, Toll-подобного рецептора (TLR4), рецептора интерферона альфа IFNAR1 и CD68, регуляции клеточного цикла KI67, CCND1, CDKN2A и апоптоза BCL2, матриксных металлопротеиназ MMP8, MMP9, рецепторов PGR и EGFR) в соскобах цервикального канала методом количественной ПЦР-РВ.

Результаты

Результаты исследования транскрипционного профиля генов в 1а подгруппе выявили повышение уровня экспрессии мРНК гена неопластической трансформации CDKN2A/p16 в 1,8 раза.

В 1б подгруппе выявлено повышение экспрессии мРНК гена IL10 оказывающего иммунорегуляторное действие на синтез провоспалительных цитокинов в 1,9 раз ($p=0,03$) и IFNAR1, IL1 β , IL10, TNF α , TLR4, CD68, TGFB1 и MMP9 от 1,3 до 2,9 раз.

Результаты в 2а подгруппе свидетельствуют о том, что ВПЧ, по-видимому, может оказывать иммуносупрессорное действие, опосредованное противовоспалительным IL10, уро-



вень которого в 2,4 раза выше по сравнению с контрольной подгруппой.

Повышение экспрессии мРНК генов CDKN2A/p16 и IL10 при папилломавирусной инфекции определяет подавление местного иммунитета и способствует нарушению микробиоценоза влагалища.

Заключение

Таким образом изучение экспрессии мРНК генов иммунной системы позволит совершенствовать диагностику, прогнозировать развитие заболевания, определит возможность оптимизации и дифференцированного подхода к ведению пациенток репродуктивного возраста с хроническим цервицитом, ассоциированным с ВПЧ.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА САМОЗАБОРА МАТЕРИАЛА В ХОДЕ СКРИНИНГА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ЖЕНЩИН ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Баширова Л.К., Аполихина И.А.

*ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени
И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва*

В настоящее время многие специалисты считают, что важнейшим препятствием к реализации программ скрининга, направленных на профилактику рака шейки матки (РШМ), является нежелание женщин посещать гинеколога вследствие неприятных ощущений, возникающих при отборе материала для цитологического исследования. В последние годы в клиническую практику внедрены различные методы самозабора цервикалоагинального отделяемого для выполнения теста на выявление вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ-ВКР). Актуальным является поиск направлений проведения скрининга с применением устройств, которые являются экономически доступными, приемлемы и удобны в использовании, технически надежны и совместимы с используемыми методами извлечения и обнаружения ДНК.

Цель

Совершенствование программы скрининга и профилактики РШМ и ранней диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний на основании использования метода самозабора материала для ВПЧ-тестирования.



Обследовано 455 женщин, в возрасте от 21 до 65 лет. Все обследуемые были проинформированы о целях и особенностях проведения исследования, ознакомлены с инструкцией по применению устройства для самозабора материала (Qvintip-тест). Образцы исследовались в Центре бактериологических исследований ГУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер» г. Липецка методом ПЦР-РВ в соскобе эпителиальных клеток. Самостоятельный и врачебный отбор вагинального отделяемого для ВПЧ-теста были оценены по данным опроса женщин об удобстве, болезненности, конфиденциальности и ощущениях по системе оценок: «да–нет».

Результаты

Установлено, что частота выявления ВПЧ-ВКР в когорте обследованных жительниц Липецкой области составила 7,7–8,4%. Сравнение диагностических характеристик применения разных методов исследования на обнаружение ВПЧ-ВКР не выявило различий уровней чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной прогностической ценности в зависимости от использования материала, полученного с использованием метода самозабора материала и взятия материала врачом.

Опрос женщин показал, что более двух третей обследуемых (68,8%) отдают предпочтение методу самозабора материала, 58,9% сообщили о комфорте использования метода самозабора, 80,2% – о меньшем смущении при взятии материала, 54,9% – о менее выраженных болезненных ощущениях и о большей уверенности в правильном взятии материала. Положительное отношение к этому методу 89,5% обследованных женщин обосновали простотой и удобством метода, 87,9% сообщили, что готовы порекомендовать пройти этот вид обследования своим знакомым.

Таким образом, для устройства Qvintip для самозабора материала с целью тестирования на ВПЧ-ВКР, характерна высокая диагностическая эффективность, простота и удобство в использовании. Метод может быть рекомендован для выявления ВПЧ-ВКР для увеличения охвата населения программами скрининга на РШМ.

Обследовано 455 жительниц Липецкой области, отбор материала для исследования на вирусу папилломы человека (ВПЧ) выполнялся как самостоятельно обследуемыми женщинами с помощью устройства для самозабора материала, так и врачом-гинекологом с помощью универсального урогенитального зонда. Проведен опрос женщин об удобстве использования самозабора вагинального отделяемого. Установлено, что для этого варианта взятия материала характерна высокая диагностическая эффективность, простота и удобство в использовании. Метод может быть рекомендован для выявления ВПЧ для увеличения охвата населения программами скрининга на рак шейки матки.

455 residents of the Lipetsk region were examined, the selection of material for HPV examination was performed both by a woman from the vagina using a device for self-collection and a gynecologist using a universal urogenital probe. It performed a survey



of women about the ease of vaginal discharge self-collection use. It has been established that the material for the purpose of testing for HPV is characterized by high diagnostic efficiency, simplicity and ease of use. The method can be recommended for the detection of HPV for increasing the coverage of screening programs for cervical cancer.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бикеев Ю.В., Сенча А.Н., Родионов В.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва*

Актуальность

Несмотря на развитие технологий лучевой диагностики заболеваний молочной железы (МЖ), остается высоким показатель ошибок в ранней и дифференциальной диагностике опухолевой патологии этой локализации (по данным литературы 17–56%), поэтому поиск новых технологий ультразвуковой визуализации, в том числе с применением контрастных препаратов (контрастно-усиленное ультразвуковое исследование – КУУЗИ), остается актуальным и перспективным направлением визуальной диагностики.

Цель – определить возможности КУУЗИ с использованием эхо-контрастного препарата (ЭКП) гексафторида серы в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных узловых новообразований МЖ.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты исследования данных КУУЗИ 145 женщин с доброкачественными и злокачественными узловыми образованиями МЖ.

Выделены 2 группы: первая группа – 82 пациентки с диагнозом рак молочной железы (РМЖ), средний возраст 52,4 года; вторая группа – 63 пациентки с доброкачественными и опухолеподобными новообразованиями МЖ (возраст 17–69 лет. По гистологической структуре среди пациенток 1 группы преобладал инвазивный рак неспецифического типа (протоково-дольковый) – 63,4%; в группе доброкачественных узловых образований самой частой гистологической формой была фиброаденома – 43 (68,2%) пациенток. КУУЗИ проводили на сканерах DC-8 (Mindray, Китай)



с использованием линейных мультимодальных датчиков, с использованием ЭКП гексафторида серы. Количественные характеристики (GOF, BI, AT, AS, TTP, PI, DT/2, DS, AUC) анализированы в узловом образовании МЖ и перитуморальной паренхиме на расстоянии не более 1 см от края узлового образования в режиме «Contrast» (диаметр ROI 4–7 мм).

Анализ данных, проведенный параметрическими тестами выявил достоверные отличия ($p < 0,05$) между количественными параметрами в злокачественных и доброкачественных новообразованиях по всем количественным показателям, кроме AT. Для злокачественных образований МЖ характерны следующие количественные показатели: GOF $0,84 \pm 0,01$, BI $9,3 \pm 0,34$, AS $0,4 \pm 0,04$ дБ/с, PI $14,72 \pm 0,43$ дБ, DS $-0,11 \pm 0,01$ дБ/с, AUC $1019,88 \pm 37,21$ дБ/с; TTP $17,9 \pm 1,47$ с, DT/2 $39,87 \pm 1,24$ с. Для доброкачественных опухолей – GOF $0,77 \pm 0,02$, BI $8,05 \pm 0,38$, AS $0,22 \pm 0,02$ дБ/с, PI $11,73 \pm 0,48$ дБ, DS $-0,59 \pm 0,01$ дБ/с, AUC $834,75 \pm 39,75$ дБ/с, TTP $12,18 \pm 0,67$ с, DT/2 $46,79 \pm 1,258$ с. Достоверные отличия в перитуморальной паренхиме отмечались по показателям GOF, DT/2, DS: при доброкачественной патологии GOF 0,7, DT/2 42,6 с, DS $-0,05$ дБ/с; перитуморальная паренхима злокачественных новообразований выявила следующие показатели: GOF 0,58, DT/2 54,2 с, DS $-0,04$ дБ/с. Выявленные статистически значимые различия количественных показателей КУУЗИ ($p < 0,05$) позволяют определить критерии дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований МЖ.

Ультразвуковое исследование с контрастированием позволяет оценить параметры перфузии, микроциркуляцию и особенности ангиогенеза в опухолевых и опухолеподобных новообразованиях МЖ, позволяя провести дифференциальную диагностику.

CEUS allows to evaluate perfusion, microcirculation and angiogenesis in breast lesions, thus allowing to carry out a differential series of benign and malignant lesions.

АМБУЛАТОРНОЕ ЗВЕНО В КОМПЛЕКСНОМ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

Бурова Н.А., Жаркин Н.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет
г. Волгоград*

Несмотря на успехи, достигнутые в изучении этиопатогенеза и терапии острых воспали-



тельных заболеваний органов малого таза (ОВЗОМТ), проблема лечения больных с данной патологией до настоящего времени сохраняется.

Цель

Снизить частоту рецидивов и обеспечить сохранение репродуктивной функции пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материалы и методы

Проведено открытое сравнительное контролируемое рандомизированное проспективное обследование 485 женщин в возрасте 18–44 лет с ОВЗОМТ. Контролем послужили 50 здоровых женщин. Пациентки с ОВЗОМТ были разделены на 2 группы. В основной (255 человек) проводилось лечение по разработанному алгоритму с учетом выявленной антибиотикорезистентности в регионе проживания и ранним включением физиотерапии с низкоинтенсивными факторами воздействия (вагинальная лазеротерапия и цветоритмотерапия). В группе сравнения (180 человек) лечение проводилось согласно Клиническим рекомендациям (В.Н.Серов с соавт., 2014).

Результаты

Стационарный этап лечения позволил купировать клинико-лабораторные проявления воспалительной реакции, обеспечил заметный санационный эффект, привел к улучшению иммунологического профиля, функции эндотелия, а также психовегетативной регуляции в обеих группах. Однако интенсивность положительных изменений клинической симптоматики и результатов специальных методов исследования в основной группе была достоверно выше, чем в группе сравнения. Резистентность кровотока, биохимические, клеточные и сосудодвигательные маркеры функции эндотелия еще существенно отличались от показателей здоровых обследованных, что послужило поводом для продолжения лечения.

Амбулаторно на 5–7-й дни очередного менструального цикла пациенткам обеих групп ежедневно проводилось внутриматочное орошение растворами, озвученными низкочастотным ультразвуком. В качестве кавитирующего раствора на 1-й и 5-й день использовалась Лонгидаза, а на 2-й, 3-й и 4-й день – раствор Дерината при бактериальной контаминации или Имунофана при наличии вирусов.

К концу амбулаторного этапа лечения боли были полностью купированы у 98,4% пациенток основной группы и регистрировались в 16 раз реже, чем в группе сравнения ($\chi^2=4.6$, $p<0,05$). Микробиоценоз влагалищного отделяемого характеризовался достоверным снижением контаминации условно-патогенной флоры ($\chi^2=4,88$, $p<0,05$). *Lactobacillus spp.* во влагалище обнаружены в 99,25% случаев ($\chi^2=9,64$, $p<0,001$). Высокая их концентрация встречалась в 2 раза чаще, чем после стационарного этапа лечения и в 3 раза чаще, чем в группе сравнения ($\chi^2=3,99$, $p<0,05$). В микробиоте цервикального канала и полости матки пациенток основной группы обнаруживались только лактобактерии, в то время как в группе сравнения сохранялось присутствие условно-патогенной флоры.



У пациенток основной группы нормализовались реакции клеточного и гуморального иммунитета, восстановились показатели функции эндотелия и гемодинамики органов малого таза. Результаты морфологического и иммуногистохимического анализа эндометрия у них не выявили в биоптатах признаков активного воспаления. Это привело к повышению экспрессии рецепторов к LIF, что соответствовало показателям нормальной фазы пролиферации эндометрия и говорило о восстановлении его рецептивности.

Выводы

Усовершенствованное этапное лечение пациенток с ОВЗОМТ обеспечило устранение клинических признаков воспаления у 95,6% пациенток, отсутствие рецидивов в течение года в 97,6% случаев, способствовало наступлению беременности у 93,7% обследованных, а также улучшило течение и исходы беременностей у 90% женщин. Эффективность лечения составила 96,7%.

Амбулаторный этап лечения острых воспалительных заболеваний органов малого таза должен предусматривать продолжение начатой в стационаре этиотропной терапии, обеспечивающей полную элиминацию возбудителей воспаления и устранение нарушений в иммунокомпетентных системах, а также эндотелиальной дисфункции. С целью ограничения полипрагмазии авторами применены физиотерапевтические методы воздействия низкой интенсивности на очаг воспаления и центры регуляции вегетативного обеспечения деятельности. Применение данных принципов у 225 пациенток с острыми воспалениями органов малого таза привело к излечению 96,5% больных, наступлению беременности у 93,7%.

The outpatient stage of treatment the patient with acute inflammatory diseases of the pelvic organs should provide for the continuation of etiotropic therapy, which provides complete elimination of inflammatory pathogens and elimination of violations in immunocompetent systems, as well as endothelial dysfunction. The authors used physiotherapeutic methods with low-intensity exposure to the focus of inflammation and Autonomous Nervous System. The application of these principles in 255 patients with acute pelvic inflammatory diseases led to the treatment of 96.5% of them, and the onset of pregnancy in 93.7%.



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАВИТАЦИЯ КАК ЭТАП ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Буянова С.Н., Щукина Н.А., Петросян Е.И., Дуб Н.В.

*ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства
и гинекологии»*

г. Москва

Актуальность

Рубцовая деформация шейки матки сопровождается воспалительным процессом. Персистенция воспалительного процесса происходит из-за нарушения анатомической целостности шейки матки. В большинстве случаев, рубцовая деформация шейки матки сопровождается эктропионом, который является «входными воротами» для инфекционного процесса. Единственным способом восстановления нормобиоценоза при рубцовой деформации шейки матки является оперативное лечение. Пластика шейки матки или конусовидная ампутация позволяют устранить эктропион, благодаря формированию наружного зева и созданию анатомической целостности шейки матки. Для улучшения регенерации тканей в послеоперационном периоде, необходимым условием является устранение острого воспалительного процесса на этапе предоперационной подготовки.

Цель исследования

Оценить эффективность ультразвуковой кавитации на этапе предоперационной подготовки у пациенток с рубцовой деформацией шейки матки.

Материалы и методы

В гинекологическом отделении ГБУЗ МО МОНИИАГ в исследование было включено 75 пациенток, поступивших на оперативное лечение в связи с рубцовой деформацией шейки матки в возрасте от 20 до 45. Всем пациенткам была проведена предоперационная подготовка с применением вагинальных суппозиториях для устранения воспалительного процесса. В условиях стационара всем пациенткам проводилась ультразвуковая кавитация шейки матки на аппарате «Фотек» в течение 2 дней. После чего, у всех пациенток был взят контрольный мазок на степень чистоты влагалища.

Результаты исследования

При поступлении в стационар после проведенной предоперационной подготовки с применением вагинальных суппозиториях, у 30 пациенток (40%) в мазке на степень чистоты влагалища количество лейкоцитов составляло до 30 в поле зрения. У 45 (60%) паци-



енток количество лейкоцитов составляло от 30 до 80 в поле зрения. Всем пациенткам проводилась ультразвуковая кавитация на аппарате «Фотек». Обработка проводилась водным раствором хлоргексидина 0,05% и хлорида натрия 0,9%. Использовалось 500 мл раствора. Уровень ультразвуковых колебаний – 50 единиц. Время обработки составляло от 2 до 5 минут. На 2 день после ультразвуковой кавитации, был взят контрольный мазок на степень чистоты влагалища. У всех пациенток (100%) количество лейкоцитов уменьшилось и составляло до 20 в поле зрения.

Заключение

Для улучшения регенеративных свойств тканей после пластических операций на шейке матки в связи с рубцовой деформацией, на амбулаторном этапе в предоперационном периоде должна проводиться адекватная подготовка. Помимо терапии вагинальными суппозиториями острого воспалительного процесса шейки матки, в результате проведенного исследования, доказана эффективность ультразвуковой кавитации на аппарате «Фотек», что создает благоприятный фон для последующего оперативного лечения.

Рубцовая деформация шейки матки сопровождается воспалительным процессом, который не допустим для оперативного лечения. Нами было исследовано 75 пациенток репродуктивного возраста с рубцовой деформацией шейки матки. Наши исследования показали высокую эффективность использования ультразвуковой кавитации на аппарате «Фотек» в предоперационном периоде. Из этого следует, что помимо терапии вагинальными суппозиториями, необходима ультразвуковая кавитация. Все это, формирует комплексный подход, необходимый в предоперационном периоде.

Cicatricial deformity of the cervix is accompanied by an inflammatory process which is not acceptable for surgical treatment. We studied 75 patients of reproductive age with cicatricial deformity of the cervix. As a result of the study, the high efficiency of using ultrasonic cavitation on the Fotek apparatus in the preoperative period was shown. It follows that in addition to therapy with vaginal suppositories, ultrasonic cavitation is necessary. The integrated approach including vaginal suppositories and ultrasonic cavitation is necessary in the preoperative period.

СОХРАНЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Владимирова И.В., Калинина Е.А., Астафьева Л.И.

Отделения вспомогательных технологий в лечении бесплодия им. проф. Б.В. Леонова ФГБУ «Национальный исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России,



*ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России
г. Москва*

Частота заболеваемости первичными опухолями (ПО) головного мозга в России на 2015 г составляет в среднем 4–19 случаев на 100 000 человек. Первичные опухоли центральной нервной системы составляют около 2% от всех опухолей человека. Пациенты с первичными опухолями (ПО) головного мозга подвержены риску бесплодия в связи с потенциально повреждающими воздействиями на гипоталамо-гипофизарную ось, как самой опухоли, так и последующим лечением, хирургическим вмешательством, химио- и лучевой терапией. Отличием опухолей головного мозга от новообразований других локализаций могут быть эндокринные нарушения, в том числе и со стороны репродуктивной системы, особенно, при их локализации в гипоталамо-гипофизарной области, которые возникают еще до лечения опухоли. К ним относят аденомы гипофиза, краниофарингиомы, менингиомы, глиомы и др. Определение безопасности проводимой терапии для дальнейшей фертильности и наступления беременностей после лечения глиом и др. опухолей ЦНС затруднено из-за малочисленных публикаций по данной тематике. Важным и еще менее изученным вопросом является возможность вынашивания беременности женщинами, имеющими в анамнезе ПО головного мозга и прошедшими лечение по поводу заболевания. Однозначного мнения на этот счет сегодня не существует, а данные литературы крайне малочисленны. Безусловно, показателю качества жизни следует уделять такое же пристальное внимание, как и длительности жизни больных. Это мощное утверждение требует внимания и от сообщества по онкофертильности, необходимы целостные междисциплинарные подходы. Большинство исследователей сходятся во мнении, что специалистам в области онкофертильности следует смотреть более широко на проблему, выйдя из «freeze»-зоны. То есть репродуктивная помощь должна включать не только этап криоконсервации материала, но и обеспечение регулярных посещений репродуктолога после завершения лечения основного заболевания с целью оценки фертильности на текущий период и возможности в будущем самостоятельного вынашивания беременности или с помощью суррогатного материнства. Реализация каждого из этапов возможна при индивидуальном анализе конкретной клинической ситуации. В отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия им. проф. Б.В. Леонова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ (зав. отделением д.м.н., проф. Е.А. Калинина) совместно с нейрохирургическим отделением ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ разработан протокол и начата программа, задачами которой являются: реализовать программу по сохранению фертильности пациентов с онкологическими заболеваниями головного мозга, в т. ч. аденомами гипофиза, краниофарингиомами и др. на междисциплинарном уровне; отработать оптимальные протоколы стимуляции суперовуляции и сохране-



ния генетического материала пациентов с онкологическими заболеваниями головного мозга, в т. ч. аденомами гипофиза, краниофарингиомами и др.; оптимизировать эффективность консультирования, степень информированности пациентов о рисках развития бесплодия после лечения онкологической патологии и шансах сохранения и реализации репродуктивной функции в будущем; оптимизировать логику междисциплинарного взаимодействия при работе по сохранению генетического материала пациентов с онкологическими заболеваниями головного мозга, в т. ч. аденомами гипофиза, краниофарингиомами и др. Несмотря на то, что лечение ПО зачастую оказывается успешным, влияние основного онкологического заболевания на течение последующей жизни пациентов является значительным, что приводит к выводу о необходимости проведения большого объема работ по реабилитации в последующем данного контингента пациентов, их физического и эмоционального благополучия. Тема сохранения фертильности данной группы пациентов набирает актуальность и требует тщательной разработки, составления алгоритма мультидисциплинарной тактики ведения таких пациентов, что является современным и своевременным направлением онкофертильности.

Реабилитация репродуктивной функции у онкологических пациентов является комплексной и неуклонно растущей проблемой современной медицины. Если для некоторых, наиболее часто встречающихся у женщин репродуктивного возраста онкологических заболеваний, в ряде стран разработаны клинические рекомендации и определена тактика ведения больных, то наличие опухоли головного мозга является наиболее нерешенной проблемой в контексте возможностей сохранения и реабилитации репродуктивной функции пациентов, что обуславливает необходимость тщательного изучения проблемы и поиска методов ее решения.

The number of young women surviving cancer is increasing. Clearly, one of the most serious side effects of cancer and its treatment for a young woman the risk of premature menopause and the complete loss of future fertility potential. Improvements in brain tumor treatments have led to an increase in the number of young women with brain tumors who are now considering pregnancy. However, with potential gonadotoxicity of oncology treatments, fertility preservation prior to chemotherapy and/or radiation therapy should be considered. This requires close collaboration between the oncologist and reproductive endocrinologist.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Волкова Д.А., Кузнецова И.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области
«Городская клиническая больница № 29» г. Нижнего Новгорода



г. Нижний Новгород

Развитие истмико-цервикальной недостаточности является серьезной проблемой современного акушерства, вносит весомый вклад в увеличение младенческой смертности. В настоящее время истмико-цервикальная недостаточность может быть достоверно диагностирована методом УЗИ, только при наличии уже произошедших анатомических изменений шейки матки (укорочение, расширение цервикального канала, пролабирование плодного пузыря), что не всегда позволяет предотвратить потерю беременности. Между тем, наиболее эффективной является диагностика заболеваний на уровне не анатомических, а тканевых изменений.

В настоящее время активно развиваются диагностические технологии способные прижизненно неизвазивно оценивать микроструктуру тканей человека. Одним из таких методов является оптическая когерентная томография (ОКТ). ОКТ – это метод получения прижизненного изображения внутренней структуры биологических тканей, обладающий высокой диагностической эффективностью. Проведенные ранее исследования продемонстрировали высокую эффективность метода ОКТ в диагностике заболеваний шейки матки.

Цель исследования

Изучение возможности комплиментарного использования ОКТ и УЗИ для повышения эффективности диагностики и лечения истмико-цервикальной недостаточности.

В исследование включены 60 пациенток, которые были разделены на две группы; основная группа 30 пациенток с беременностью от 12 до 22 нед. с истмико-цервикальной недостаточностью, контрольная группа – 30 пациенток с беременностью от 12 до 22 недель без истмико-цервикальной недостаточности. Всем пациенткам проведено исследование шейки матки методом ОКТ и УЗИ.

Результаты исследования

ОКТ способна прижизненно визуализировать специфические изменения слизистой оболочки шейки матки при беременности. Оптические изображения шейки матки с истмико-цервикальной недостаточностью достоверно отличаются от томограмм тканей шейки матки беременных пациенток без истмико-цервикальной недостаточности: снижение интенсивности сигнала, увеличение высоты верхнего слоя, слоистая структурность становится менее контрастной.

Заключение

Таким образом можно сделать следующий вывод: результаты исследования дают обоснованную надежду, что применение метода ОКТ позволит диагностировать истмико-цервикальную недостаточность более рано, на уровне тканевых изменений, что позволит более эффективно сохранять беременность. Для получения более достоверных



результатов исследования необходимо продолжить.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) стабильно является одной из основных причин прерывания беременности. Проведены первые научные исследования по изучению возможностей метода оптической когерентной томографии (ОКТ) в прижизненной визуализации изменений структуры тканей шейки матки при ИЦН. Установлено, что метод ОКТ способен прижизненно визуализировать специфические изменения тканей шейки матки при ИЦН, что позволяет диагностировать ИЦН на более ранней стадии – до появления анатомических изменений шейки матки.

Istmico-cervical insufficiency (ICN) is consistently one of the main causes of abortion. The first scientific studies on the possibilities of optical coherence tomography (OCT) in the in vivo visualization of changes in the structure of cervical tissues in ICN were carried out. It was found that the OCT method is able to visualize specific changes in cervical tissue in ICN in vivo, which allows to diagnose ICN at an earlier stage – before the appearance of anatomical changes in the cervix.

ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ДЕВОЧЕК. ИЗБРАННЫЕ АСПЕКТЫ

Воронцова М.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии»
Минздрава России
г. Москва*

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН, адрено-генитальный синдром, АГС) – врожденное хроническое заболевание, в основе которого лежит нарушение синтеза стероидных гормонов надпочечников. Заболевание имеет рецессивный характер наследования. На сегодняшний день в России успешно введен в практику скрининг новорожденных, а также разработаны международные и национальные рекомендации по ведению и лечению больных детей и взрослых. Регулярная терапия, в совокупности с оптимальной комплаентностью, показывают хорошие результаты. Не только резко снижена летальность при данном заболевании, но пациенты имеют возможность жить полноценной жизнью, иметь семью и детей.

Вместе с тем, имеется ряд неразрешенных задач. Известно, что женщины, страдающие ВДКН, имеют риск развития нарушений со стороны репродуктивной системы: ановуляторный цикл, вторичный синдром поликистозных яичников, высокий уровень прогесте-



ронов, устойчивый к супрессии, гипоплазия матки и др. Фертильность снижена при неадекватной терапии, особенно при соль-теряющих формах.

Отдельной проблемой остается неклассическая форма ВДКН, как у мужчин, так и у женщин. Часто данная форма заболевания остается незамеченной, хотя репродуктивная функция страдает у обоих полов. Ввиду вышеперечисленных проблем остается открытым вопрос о модификации терапии у девочек во время пубертата. Насколько меняется метаболизм препаратов во время пубертата? Что можно сделать для оптимального развития половой системы без компромисса со стороны ростового прогноза? Оправдано ли назначение ряда препаратов off-label? Эти и другие вопросы автор доклада предлагает обсудить во время дискуссии.

В работе рассмотрены актуальные проблемы врожденной дисфункции коры надпочечников у девочек в период пубертата и возможное их влияние на репродуктивную функцию в будущем.

In the work considers the current problems of inborn dysfunction of the adrenal cortex in girls during puberty and their possible impact on reproductive function in the future.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ (СПОНТАННЫЕ ПРЕРЫВАНИЯ И НЕРАЗВИВАЮЩИЕСЯ БЕРЕМЕННОСТИ) НА ФОНЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ

Гаджиева А.М., Эседова А.Э., Уруджева Н.Г., Идрисова М.А., Газимагомедов Г.А.,
Магомедова Т.С.

*Кафедра Акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического
и медико-профилактического факультетов ДГМУ
г. Махачкала*

Актуальность

Согласно решению XVIII Всемирного конгресса акушеров-гинекологов, диагноз хронического эндометрита (ХЭ) следует ставить абсолютно всем женщинам, перенесшим неразвивающуюся беременность, не проводя при этом дополнительного обследования. Хронический эндометрит приобретает не только медицинское, но и социальное значение, так как часто вызывает нарушения репродуктивной функции. Опасность хронического эндометрита заключена в том, что длительное его течение без адекватной терапии влечет разрушение экстрацеллюлярного матрикса в эндометрии, изменение ангиоархитектоники ткани и по-



следующую ишемию. Зарубежные исследования, проведенные в период с 2014 по 2017 год, показали, что у пациенток с хроническим эндометритом почти на треть возросло выявление вирусов в качестве этиологических агентов. В настоящее время малоизучены исследования, касающиеся клинических, иммунологических особенностей течения воспалительного процесса вирусного генеза в слизистой оболочке матки при репродуктивных потерях.

Цель исследования

Оптимизировать тактику ведения пациенток с привычным невынашиванием беременности на фоне бактериально-вирусного эндометрита различной этиологии посредством дифференцированного подхода к восстановлению структурно-функциональных нарушений в эндометрии.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 150 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет, из них: 50 пациенток с 2–3 и более выкидышами в анамнезе, 50 пациенток с 1 выкидышем в анамнезе и 50 пациенток – здоровые женщины (группа контроля).

В ходе исследования мы провели общий осмотр, сбор жалоб, гинекологическое обследование, общие исследования крови и мочи, изучение состояния клеточных звеньев иммунитета, определение содержания альфа-2-микроглобулина фертильности (АМГФ) в сыворотке крови, диагностика урогенитальных инфекций, определение качественного и количественного состава микрофлоры влагалища, цервикального канала и полости матки, инструментальные методы исследования (УЗИ органов малого таза, офисная гистероскопия, pipelle-биопсия).

Результаты исследования

Анализ результатов показал, что из 150 исследованных пациенток частота выявления вирусных агентов в полости матки составила 30% (аденовирусы, цитомегаловирус, вирус папилломы человека, вирус простого герпеса, вирус Эпштейна-Барра). При ультразвуковом исследовании у пациенток 1 и 2 группы были выявлены следующие признаки хронического эндометрита: наличие гиперэхогенных образований, представляющих собой очаги фиброза базального слоя эндометрия, истончение эндометрия (менее 0,8 см) на 22–24 день менструального цикла, снижение показателей васкуляризации и кровотока матки. При исследовании интерферонового статуса у всех пациенток с невынашиванием беременности и ХЭ выявлено нарушение выработки альфа и гамма-интерферонов различной степени недостаточности. В результате проведения офисной гистероскопии нами были выявлены отек и гиперемия слизистой матки, микрополипы эндометрия.

Выводы

У пациенток с невынашиванием беременности и хроническим эндометритом бактериально-вирусного генеза выявлены выраженные структурные изменения и расстройство рецептивности эндометрия, включающие повреждения поверхностного эпителия. Восстановление эн-



дометрия после прерывания беременности не происходит самостоятельно, а заканчивается хронизацией воспалительного процесса и морфофункциональной недостаточностью.

Хронический эндометрит приобретает не только медицинское, но и социальное значение, так как вызывает нарушения репродуктивной функции. Проведено обследование у 150 пациенток репродуктивного возраста. Основные причины невынашивания беременности: вирусные агенты в полости матки, очаги фиброза базального слоя эндометрия, истончение эндометрия, снижение показателей васкуляризации и кровотока матки. Результаты исследования показали, что восстановление эндометрия после прерывания беременности не происходит самостоятельно, а заканчивается хронизацией воспалительного процесса и морфофункциональной недостаточностью эндометрия.

Chronic endometritis acquires not only medical, but also social importance, as it causes disorders of reproductive function. A survey was conducted in 150 patients of reproductive age. The main causes of miscarriage: viral agents in the uterine cavity, foci of fibrosis of the basal layer of the endometrium, thinning of the endometrium, decrease in vascularization and uterine blood flow. The results of the study showed that the recovery of the endometrium after abortion does not occur independently, but ends with the chronization of the inflammatory process and morphofunctional insufficiency of the endometrium.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА (АПП)

Галдава Д.Э., Крючко Д.С.

*Благотворительный медицинский диагностический центр женского здоровья «Белая
Роза»
г. Красногорск*

Актуальность

Трудности своевременного выявления злокачественных новообразований (ЗНО) молочной железы связаны с многообразием клинической картины и бессимптомным началом заболевания. Причиной поздней диагностики рака (ЗНО) молочной железы является низкий уровень санитарного просвещения населения, недостаточная подготовка врачей общей лечебной сети по навыкам и знаниям диагностики новообразований молочной железы, а также низкое качество проводимых профилактических осмотров женского населения, о чем свидетельствует невысокий процент активно выявленных новообразований при первичных ос-



мотрах (18–20%). 80% пациентов находят опухоль в молочной железе сами и обращаются за медицинской помощью по месту проживания. Использование мульти-модальной диагностики (ММД) в кабинете комплексного гинекологического приема (ККГП) в амбулаторных условиях консультативно – диагностического центра женского здоровья «Белая Роза» открывает новые возможности в профилактике и своевременной диагностике ранних форм злокачественных новообразований (ЗНО стадий 0-I) и заболеваний молочных желез. Скрининг злокачественных новообразований молочных желез не охватывает все группы женского населения и не является достаточно полной диагностикой заболеваний молочных желез. Последовательность мульти-модальных исследований молочных желез с одновременным уточнением расхождения данных клинического осмотра, ультразвуковых и рентгеновских изображений с использованием цифровых технологий, позволяет своевременно (до 5–7 дней) установить морфологический диагноз злокачественного новообразования молочной железы.

Материалы и методы

За период с января 2015 года по декабрь 2019 года в амбулаторных условиях КДЦ «Белая Роза» прошли комплексное обследование 66 000 первичных пациентов взрослого женского населения, начиная с 18 лет и без ограничения возраста. Всем женщинам, начиная с 35 лет, проведена рентгеновская маммография в 2-х проекциях в день первичного посещения после ультразвукового исследования (УЗИ) обеих молочных желез. Женщинам младше 35 лет проведено УЗИ исследование молочных желез и рентгеновская маммография при подозрении на наличие образования.

В случаях выявления косвенных или прямых диагностических признаков, подозрительных в отношении наличия злокачественного новообразования молочной железы, проведены инвазивные методы диагностики под контролем ультразвукового датчика с обязательным уточнением морфологического диагноза. Для морфологического исследования использовался биологический материал, полученный при чрескожной биопсии (ТБ) и тонкоигольной аспирационной пункции (ПТАБ) – биоптат и/или пунктат из области очаговых изменений в молочной железе, выделения из соска, отпечатки из эрозий и язвенных повреждений на соске и коже молочной железы, а также пунктат из измененных регионарных лимфатических узлов. Проводился необходимый контроль, чтобы морфологический материал содержал достаточное количество клеток тканей патологического очага, с целью проведения полноценного морфологического исследования и уточнения гистологического диагноза, и для дальнейшего планирования лечения в условиях специализированного профильного медицинского учреждения.

Полученные результаты

Эффективность комплексной диагностики оценивалась в сравнении с данными послеоперационного гистологического и иммуно-гистохимического заключения, проведенно-



го в специализированных онкологических учреждениях и составила 96%. Причем, при нулевой стадии злокачественного новообразования она более низкая – 89%, при первой стадии возрастает и составила 96%, при второй стадии возрастает до 98%, а при третьей стадии – до 99%. Сомнительные случаи и заключения составили 4%. При сомнительном заключении завершающим методом диагностики явились хирургическая (операционная) биопсия с интраоперационным срочным гистологическим исследованием операционного препарата в условиях специализированного стационара хирургического профиля.

Выводы

Таким образом, своевременная комплексная диагностика ЗНО молочной железы с целью выявления и лечения на ранней стадии развития, должна состоять из выявления доклинической, непальпируемой формы заболевания, в том числе раннего рака 0 стадии (карцинома *in situ*), и клинически начальных стадий заболевания (1 и 2a). Далее при помощи мульти-параметрических исследований с использованием ультразвуковых и рентгеновских технологий двойного и контрольного слепого просмотра на удаленном доступе, а также последовательности мульти-модальных диагностических исследований с одновременным уточнением данных ультразвуковых и рентгеновских изображений с использованием цифровых технологий и с последующим подтверждением морфологического диагноза в амбулаторных условиях, что позволяет эффективно диагностировать ЗНО молочной железы на ранних стадиях.

АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ НА ФОНЕ АНЕМИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Гасанова Б.М.

*ГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет»
г. Махачкала*

Интерес к проблеме прерывания беременности на фоне анемии и хронического пиелонефрита (ХП) сопряжен с отсутствием четких представлений о характере изменений гуморального и клеточного иммунитета при хроническом эндометрите, персистенции в слизистой инфектов и выборе патогенетически обоснованной реабилитации.

Цель исследования

Оценить микробный пейзаж локусов генитального тракта и характер иммунных нарушений при хроническом эндометрите у женщин с ХП и анемией.



Обследовано 360 женщин: с анемией (n=216) и ХП (n=144), прерывание беременности которых в первом триместре состоялось на фоне морфологически подтвержденного хронического эндометрита (ХЭ). Контрольную группу составили здоровые женщины (n=71).

Методы исследования: микробиологическое исследование (оценка микробиоты влагалища, бактериология отделяемого из цервикального канала, эндометрия). При гистероскопии (по толщине, окраске, структуре слизистой и сосудистого рисунка) выявляли два типа ХЭ – гипопластический (n=154) и гиперпластический (n=203), с морфологическим подтверждением (стигмы). Оценивали субпопуляции иммунокомпетентных клеток и уровень иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG (г/л) в зависимости от наличия и инфицирования слизистой матки.

Структура микробиоты влагалища женщин с анемией и ХП: нормоценоз у 6,6% с ХЭ и 58,1% – без (p=0,0005); субнормоценоз – 12,0%. Бактериальный вагиноз диагностирован у 73,4% женщин с гипопластическим типом ХЭ, 51,9% – гиперпластическим (p=0,006), 25,7% – без воспаления (p=0,0005). Вагинит имели треть женщин с гиперпластическим вариантом ХЭ (32,5%) и 10,3% – гипопластическим (p=0,0005).

Инфицирование цервикального канала женщин с ХЭ обнаруживали чаще (>104 КОЕ/мл), чем эндометрия, независимо от типа воспаления. Контаминация цервикального канала *Escherichia coli* отличала 32,4% женщин с ХЭ, слизистой матки – вдвое чаще при гипопластическом типе (18,8% против 7,9%) (p=0,004). Частота *Bacteroides fragilis* в эндометрии женщин с гипопластическим типом ХЭ оказалась выше, чем в цервикальном канале – в четыре раза (11,0%) (p=0,007). *Streptococcus pyogenes* в цервикальном канале женщин с ХЭ выявляли чаще, чем в эндометрии (14,0% против 4,9% в среднем, p<0,05). Персистенция *Enterococcus faecalis* в эндометрии была у 9,9% женщин с ХЭ. В цервикальном канале инфекцию выявляли у трети с гипопластическим типом воспаления (p=0,004), четверти – гиперпластическим (p=0,0006).

Микробная контаминация слизистой матки сопровождалась меньшей лейкоцитарной реакцией в сравнении с интактной при обоих типах ХЭ (p=0,001), снижением лимфоцитов и нейтрофилов на фоне гиперпластического (p=0,005 и p=0,02 соответственно), наряду с моноцитозом (p=0,01).

Инфицирование эндометрия при гипопластическом типе ХЭ протекало со снижением иммуноглобулина IgG (p=0,005) и IgM (p=0,001), повышением IgA (p=0,01) в сравнении с интактной слизистой, гиперпластическом – низкими значениями всех иммуноглобулинов (p<0,05).

Показана целесообразность патогенетической терапии в группах с прерыванием беременности на фоне анемии и ХП, основанной на уточнении особенностей иммунореактивности женщин с различными типами ХЭ, интактности или инфицирования слизистой цервикального канала и эндометрия. Коррекция выявленных иммунных сдвигов на фоне аномальной микробиоты генитального тракта выступает значимым инстру-



ментом стратегии реабилитации женщин с репродуктивными потерями на фоне ХП и анемии.

В выборке женщин с прерыванием беременности на фоне анемии и хронического пиелонефрита определена высокая частота бактериального вагиноза, микробной контаминации цервикального канала и эндометрия. Исследование иммунной реактивности с учетом типа хронического эндометрита (гипо- и гиперпластического) и наличия инфицирования слизистой позволит осуществлять адекватную реабилитацию женщин после репродуктивных потерь.

In the sample of women with termination of pregnancy against the background of anemia and chronic pyelonephritis, a high frequency of a bacterial vaginosis, microbial contamination of the cervical canal and endometrium was determined.

The study of immune reactivity taking into account the type of chronic endometritis types (hypo- and hyperplastic) and mucosal infection will allow adequate rehabilitation of women with reproductive losses.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гасанова Б.М.

ГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет»
г. Махачкала

Цель исследования

Оценить возможность прогнозирования неблагоприятных перинатальных исходов на основании оценки суточного профиля АД в зависимости от сроков начала гипотензивной терапии у беременных с хронической артериальной гипертензией (ХАГ).

Материалы и методы

Обследовано 376 беременных с ХАГ: I группа – с изолированной ХАГ (n=172), II-я – развитием на ее фоне преэклампсии (ПЭ). В зависимости от сроков начала гипотензивной терапии выделяли группы: в группе ХАГ – с ранней (n=58) и отсроченной (n=76); с развитием на фоне ХАГ ПЭ – с ранней (n=114) и отсроченной (n=128). Контрольная группа – с физиологической беременностью (n=34).

Выполнено исследование профиля артериального давления (АД) (офисное, суточное мониторирование (СМАД)), сонография плода и доплерометрия маточно-плодово-плацентарного кровотока (МППК).



Результаты

В процессе исследования определены предикторы неблагоприятных перинатальных исходов – принадлежность к «найт-пикерам» (суточный индекс (СИ) диастолического артериального давления (ДАД) <10) на фоне среднесуточного ДАД >60 мм рт. ст. в I-й половине беременности, >68 мм рт. ст. – II-й половине. Количество «нон-дипперов» во II триместре беременности в отсутствие своевременной гипотензивной терапии оказалось больше в сравнении с ранней: при ХАГ – в полтора раза ($p=0,001$), ее сочетании с ПЭ – два ($p=0,0005$). В III-м триместре тенденция оказалась аналогичной – у половины с сочетанной ХАГ ($p=0,02$) и трети – изолированной ($p=0,25$), что в 1,4 раза больше, чем с ранним назначением антигипертензивных препаратов.

Позднее начало гипотензивной терапии определяло большую частоту гемодинамических сдвигов в системе «мать-плацента-плод», чаще – у женщин с аномальным профилем суточного АД («нон-дипперы», «найт-пикеры», «овер-дипперы») – более чем у двух третей (в полтора раза, $p=0,02$) в 16–18 недель беременности, с приростом нарушений в плодово-плацентарном комплексе во второй половине (86,7% против 70,2%, $p=0,008$). Перинатальная заболеваемость при отсроченной гипотензивной терапии оказалась выше, чем с ранней: гипотрофия новорожденных – в полтора раза (45,6% против 25,6%, $p=0,0007$), как и морфофункциональная незрелость (32,8% и 20,9% соответственно, $p=0,0006$), синдромом дыхательных расстройств – два (15,2% против 6,4%, $p=0,01$).

Заключение

Определена возможность прогнозирования осложнений беременности и неблагоприятных перинатальных исходов у женщин с ХАГ на основании результатов СМАД и доплерометрии сосудов маточно-плодово-плацентарного кровотока: ПЭ, плацентарной недостаточности и задержки роста плода, заболеваемости новорожденных.

Данные об аномальном суточном профиле АД беременных с ХАГ (недостаточное снижение в ночное время, возрастание диастолического компонента), отмечаемом чаще при позднем (после 15–20 недель гестации) начале гипотензивной терапии позволяют осуществлять дифференцированную тактику ведения.

Предикторами нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока, гестационных осложнений и неонатальной заболеваемости в выборке женщин с хронической артериальной гипертензией выступали данные суточного мониторинга артериального давления (среднее ночное АД (за счет подъема диастолического компонента) и степень его ночного снижения). Отсроченная гипотензивная терапия сопровождалась риском развития нарушений плодового кровотока, аномального профиля АД и преэклампсии.

Predictors of disorders of utero-fetal-placental blood flow, gestational complications and neonatal morbidity in the sample of women with chronic arterial hypertension



were data of daily blood pressure monitoring (mean night AD (due the lifting diastolic component) and degree of its night decrease). Delayed hypotensive therapy was accompanied by risk of development fetal blood flow disorders, abnormal AD profile and preeclampsia.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМНОРЕЕЙ И СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ГИПОТОНИЧЕСКОГО ТИПА

Геворкян Г.А., Ипатова М.В.

*ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова МЗ РФ, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО
г. Москва*

Индикатором репродуктивного здоровья девочек-подростков является становление регулярного ритма менструаций с менархе. Известно, что нарушение ритма менструального цикла приводит к формированию патологических взаимосвязей в высших отделах репродуктивной системы, что может привести к необратимым изменениям. А формирование такой патологии обеспечивают стартовые условия для нарушений генеративной функции в будущем.

Цель

Исследования явилось определение результативности дистанционной инфитатерапии у девочек-подростков с первичной олигоменореей и синдромом вегетативной дистонии гипотонического типа.

Материалы и методы

Проведено обследование 34 девочек-подростков в возрасте 14–17 лет, с нарушением ритма менструации по типу олигоменореи через 1 год после менархе. У всех пациенток диагностирован клинически манифестный синдром вегетативной дистонии (СВД) гипотонического типа. Всем пациенткам проведены процедуры дистанционной инфитатерапии и гальванизации воротниковой зоны. Для определения эффективности лечения использовали данные общеклинического и клинико-функционального обследования (ЭЭГ, РЭГ).

До проведения физиолечения все пациентки предъявляли жалобы, помимо нерегулярного ритма менструаций, на слабость, недомогание и головокружение. По данным ЭЭГ диагностирован гиперсинхронный α -ритм, нарушение регулярности колебаний биопо-



тенциалов, сглаженность зональных различий с наличием билатеральных синхронных вспышек θ - ритма. Данные РЭГ указывали на снижение давления в церебральных сосудах и нарушении оттока из черепа.

Все пациентки лечение переносили хорошо, отрицательные реакции отсутствовали. Анализ результатов физиолечения свидетельствовал о положительном эффекте. Сразу по окончании физиопроцедур подростки отмечали отсутствие ранее предъявляемых жалоб. Состояние девочек было удовлетворительное. Через 2 месяца после окончания физиовоздействий в ЭЭГ отмечена внутренняя синхронизация α -ритма при усилении влияния активирующих неспецифических систем мозга на кору больших полушарий в 76,5% случаях. Восстановление адекватной церебральной гемодинамики с активацией венозного оттока крови выявлено у 60,6% пациенток. Нормализация ритма менструаций через 6 месяцев после проведенного лечения констатирована у 69,7% девочек.

Таким образом, дистанционная инфитатерапии в сочетании с гальванизацией воротниковой зоны у девочек с первичной олигоменореей и СВД гипотонического типа является клинически эффективной. Результаты клинико-функционального обследования позволяют говорить об патогенетически обоснованном методе лечения и рекомендовать его в практическое здравоохранение.

Эффективность применение инфитатерапии в сочетании с гальванизацией воротниковой зоны у девочек-подростков с первичной олигоменореей и синдромом вегетативной дистонии гипотонического типа.

The aim of our study was to determine the effectiveness of remote infatiotherapy and galvanization of the "collar" zone in girls with primary oligomenorrhea and vegetative dystonia syndrome of hypotonic type. After a course of physiotherapy, restoration of the menstrual cycle was observed in 69.7% of girls, respectively, in the next 6 months.

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ И МАСТИТЕ

Геращенко Я.Л.

СПб ГБУЗ Женская консультация №22, Международный медицинский центр «СОГАЗ»
г. Санкт-Петербург

Цель исследования

Представить отработанный оптимальный алгоритм действий врача для решения про-



блемы эвакуации молока, обследования, лечения, продемонстрировать эффективность лечебной тактики.

Актуальность

Для нормального развития младенца чрезвычайно важно грудное вскармливание (ГВ), исследования микробиома грудного молока показали, что определенные лактобактерии могут благоприятно влиять на лактационную функцию женщины, переваривания молока в кишечнике ребенка, а также влиять на течение воспалительного процесса в груди женщины. Частота лактационного мастита среди рожениц в различных странах колеблется от 2 до 33% и в среднем составляет около 10%.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 87 кормящих женщин, по факту обращения в период с декабря 2016 по декабрь 2019 г. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы.

Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ).

Результаты

У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 74 (85%) женщин, лактационный мастит серозная форма у 10 (11,5%) женщин. Лактационный мастит гнойно-абсцедирующая форма у 3 (3,4%) женщин.

Клинические проявления в виде локального уплотнения ткани в одной МЖ, болей, нарушение оттока молока имели все пациентки. Повышение температуры тела выше 36,6°C отмечено у 46 женщин (53%), у 14 (16%) выше 38°C, у 3 (3,4%) выше 40°C. Ультразвуковая картина локального отека ткани МЖ выявлена у всех пациенток. Уз картина абсцесса МЖ у 3 (3,4%) женщин.

Тактика лечения, в зависимости от клинической картины, включала в себя:

1. Ручное сцеживание МЖ по Риордану – 87 женщин (100%).
2. Локальная гипотермия у 57 женщин 65,5%, после каждого кормления 15 минут.
3. «Траумель С» – мазь для наружного применения гомеопатическая местно 3 раза в день: у 59 (68%) женщин.
4. Противовоспалительная терапия (Ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) применялась у 48 женщин (55%).
5. Спазмолитики (Дротаверин в таблетках 20 мг. За 15 минут до кормления) применялись у 48 женщин (55%).
6. Раствор Окситоцина 5 МЕ\мл 2 капли интраназально за 15 минут до кормления



у 15 женщин (17,2%).

7. Антибактериальная терапия (АБТ) (амокциллин+клавулановая кислота в таблетках 625 мг. 2 раза в день) у 12 женщин (13,8%).
8. Лактобактерии *Lactobacillus Fermentum* LC40 222 мг. по 1 капсуле перорально ежедневно у 25 женщин (28,7%).
9. Оперативное лечение в объеме вскрытие и дренирование абсцесса МЖ выполнено 3 женщинам (3,4%). В 4 случаях (4,5%) проведена лечебная пункция.

Лактацию и грудное вскармливание продолжили 82 (94,2%) женщины. Пять пациенток уже прекращали лактацию к моменту развития лактостаза.

Излечение наступило в сроки: до 3х суток у 69 женщин (79%), от 4 до 8 дней у 15 женщин (17%). с 9 до 21 дня у 3х женщин (3,4%).

Заключение

Нарушение оттока молока могут возникать в любой период лактации. Наиболее часто нарушения лактации развиваются в первые 3 месяца после родов. Лактостаз может случаться и у повторно родивших женщин. Соблюдение лечебно-диагностического алгоритма позволяет предотвратить развитие воспаления в 87% случаев без антибактериальной терапии. Обследование и лечение должно начинаться на первом же приеме. Диагностический минимум: осмотр, УЗИ МЖ. Основным методом восстановления лактации является ручное сцеживание. Важным элементом лечения является восстановление микробиома грудного молока. АБТ целесообразно применять при признаках выраженного воспаления в виде гипертермии выше 40°C, или клинических и УЗ признаках абсцедирования. При своевременном обращении и начале лечения возможно сохранение полноценной лактации.

В статье отражены результаты трехлетнего периода лечения пациенток с лактостазом и маститом, предложены оптимальные пути их устранения, лечебная тактика.

The article reflects the results of a three-year period of treatment of patients with lactostasis and mastitis, suggests optimal ways to eliminate them, and suggests therapeutic tactics.

**XXVI**Всероссийский конгресс с международным участием
и специализированной выставочной экспозицией**Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре
женского здоровья от менархе до менопаузы**

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ACR BI-RADS® В РАБОТЕ ОНКОЛОГА-МАММОЛОГА

Геращенко Я.Л.

*СПб ГБУЗ Женская консультация №22, Международный медицинский центр «СОГАЗ»
г. Санкт-Петербург*

Введение

На современном этапе основная проблема рака молочной железы (РМЖ) состоит не только в усовершенствовании методов лечения, но и в поиске оптимальных путей его ранней и точной диагностики, а также лечению мастопатии. При обследовании молочных желез (МЖ) у женщин врач маммолог направляет пациентку на обследование и получает заключения от врачей отделения лучевой диагностики. Как минимум, в одном из них обязательно будут использованы терминология и категории из классификации ACR BI-RADS®. Для правильной интерпретации данных маммологу необходимо в совершенстве владеть лексиконом, используемым в данной системе. В 1986 году Американский колледж радиологии ACR создал комитет радиологов, медицинских физиков и представителей американского Управления по контролю за продуктами и лекарствами (FDA), чтобы разработать добровольную программу аккредитации маммографии. В 2013 году опубликовано 5 издание ACR BI-RADS Atlas® (The Breast Imaging Reporting and Data System), в котором стандартизированы описания маммограмм (МГ), ультразвукового исследования (УЗИ) МЖ, магнитно-резонансного исследования (МРТ), уточнены и дополнены аспекты описания рентгенологических исследований МЖ с имплантами, а так же проведена коррекция терминов словаря.

В России, обследование МЖ у женщин проводится согласно приказам Министерства Здравоохранения Российской Федерации 572Н от 1.11.12 г., 124Н от 13.03.19 г., 107Н от 30.08.12 г. А так же протоколу «Лечение доброкачественной дисплазии молочной железы» от 2018 г. (утверждено письмом МЗ РФ от 4.12.18 г. № 15–4/10/2–7838. Наиболее системный обзор возможных методов диагностики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желез и скрининга рака МЖ отражен в Клинических рекомендациях Российского общества онкологов маммологов (РООМ) по профилактике РМЖ, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез, а также в Клинических рекомендациях РООМ по скринингу РМЖ, но изданы они в 2015 году. Департамент здравоохранения Москвы 3.05.1917 г. издал методические рекомендации «Применение шкалы BI-RADS при ультразвуковом исследовании молочной железы, а 18.09.2017 г. издал «Методические рекомендации по использованию международной системы BI-RADS при маммографическом обследовании».



Цель исследования

Представить данные об использовании международной системы BI-RADS® в работе врача онколога-маммолога, отметить особенности применения данной методики при принятии решений на лечебно-диагностическом приеме.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы МК 427 пациенток за период с марта 2018 по декабрь 2019 гг. Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ), маммография (МГ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты

УЗИ исследование выполнено 397 пациенткам (93%), категория BIRADS 0 у 2 (0,5%), BIRADS 1 у 48 (12%), BIRADS 2 у 304 (76,6%), BIRADS 3 у 39 (9,8%), BIRADS 4 у 3 (0,7%), BIRADS 5 у 1 (0,2%).

Рентген-маммография выполнена 286 пациенткам (67%), категория BIRADS 0 у 38 (13,3%), BIRADS 1 у 25 (8,7%), BIRADS 2 у 163 (56,9%), BIRADS 3 у 55 (19,2%), BIRADS 4 у 4 (1,3%), BIRADS 5 у 1 (0,3%).

МРТ выполнено 19 пациентам (4,4%) BIRADS 1 у 1 женщины (5,2%), BIRADS 2 у 12 (63%), BIRADS 3 у 6 (31,6%).

По результатам обследования у 82 (19%) женщин патологии молочных желез не выявлено. В заключение МГ и УЗИ у них категория BI-RADS® 1 и 2 и отсутствуют жалобы. Рекомендуются тур повторного обследования через 1 год. 302 (71%) женщинам назначено лечение мастопатии и наблюдение 1 раз в 3 месяца. 3 женщинам выполнена трепан-биопсия и секторальная резекция по поводу фиброаденомы. 1 пациентке с 5 категорией ACR BI-RADS® выполнена трепан-биопсия образования МЖ под УЗ контролем – получена морфологическая верификация процесса, выявлена аденокарцинома. Пациентка направлена на оперативный этап лечения в специализированное онкологическое учреждение.

Заключение

Использование классификации ACR BI-RADS® значительно улучшает взаимопонимание специалистов между собой, упрощает алгоритм принятия решений в пользу выполнения биопсии, или динамического контроля и лечения.

В статье отражены особенности подхода к диагностическому этапу обследования пациенток с целью раннего выявления рака и доброкачественных заболеваний молочных желез в составе мультидисциплинарных команд.

The article reflects the features of the approach to the diagnostic stage of examination of patients for the purpose of early detection of cancer and benign breast diseases as part of multidisciplinary teams.



ОПЫТ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Геращенко Я.Л.

*Международный медицинский центр «Согаз», Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Женская консультация №22
г. Санкт-Петербург*

Актуальность

На современном этапе немаловажную роль в морфогенезе и функциональной дифференцировке эпителиальных клеток молочной железы, играют гормоны щитовидной железы. Несмотря на то, что большинство исследований, посвященных изучению сочетанной патологии щитовидной и молочной желез, акцентирует внимание только на проблеме рака молочной железы, оценка влияния на доброкачественные изменения ткани молочной железы, до сих пор представляет научный интерес.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы МК 427 пациенток за период с 03.2018 по 12.2019 гг. Количество женщин в группе А (до 50 лет) составило 128 человек. Количество женщин в группе В (старше 50 лет) составило 299 человек. Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ), маммография (МГ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Критерии оценки наличия или отсутствия патологии МЖ основывался на анализе жалоб, ультразвуковых (УЗ), МГ, МРТ и пальпаторных данных о толщине, плотности, размерах и соотношении тканей. Средний возраст всех обследованных женщин, включенных в исследование 43,6 года. Минимальный возраст составил 17 лет, максимальный 85 лет. Женщинам старше 35 лет выполняли МГ и УЗИ МЖ, младше 35 лет выполнялось УЗИ МЖ. По показаниям выполняли МРТ МЖ с внутривенным контрастированием. Все исследования МЖ у женщин с регулярным менструальным циклом проводили с 5 по 10 день цикла. Регистрация данных в электронной МК и анализ показателей проводились в «медицинской информационной системе «МЕДИАЛОГ», версия 2.5 (ООО «Пост Модерн Текнолоджи»). Статистические данные представлены в виде абсолютных цифр и процентного соотношения.

Результаты

В группе из 128 женщин старше 50 лет у 16 (12,5%) в анамнезе установлен диагноз узловой зоб. У 2х (1,5%) диффузный зоб. У 6 (4,7%) аутоиммунный тиреоидит.



Из 16 пациенток с диагнозом узловой зоб у 6 (37,5%) диагностирована кистозная мастопатия (КМ), 3 женщинам с лечебной целью назначен препарат на основе Витекса Священного, 3 женщинам назначен гель Прогестерон, у 1 пациентки (6,25%) диагностирована фибroadенома (ФА) назначен Индол-3-карбинол. у 9 (56,2%) женщин патологии не выявлено.

Из 2х пациенток с диагнозом диффузный зоб, у 1 пациентки диагностирована ФА, назначен препарат Индол-3-карбинол, 1 пациентка направлена в онкологический диспансер.

Из 6 пациенток с диагнозом аутоиммунный тиреоидит, у 1 (16,6%) пациентки выявлен локализованный фибroadеноз, выбрана тактика наблюдения, у 1 (16,6%) пациентки КМ назначен препарат на основе Витекса Священного, у 4х (66,6%) пациенток патологии не выявлено.

Из 299 женщин группы младше 50 лет, у 19 (6,3%) из них узловой зоб, у 3 (1%) диффузный зоб, у 8 (2,7%) аутоиммунный тиреоидит (АИТ).

Из 19 пациенток с диагнозом узловой зоб, у 11 (57,8%) диагностирована КМ, 6 (31,6%) женщинам назначен препарат на основе Витекса Священного, 5 (26,3%) женщинам назначен Гель Прогестерон, у 2 (10%) пациенток диагностирована ФА, назначен Индол-3-карбинол, у 1 (5%) пациентки – вариант нормы, 1 (5%) женщина направлена на обследование в онкодиспансер, 4 (21%) женщинам избрана тактика динамического наблюдения.

Из 3 пациенток с диагнозом диффузный зоб, у 2 (66,7%) пациенток диагностирована КМ, назначен на основе Витекса Священного, у 1 пациентки (33,3%) диагностирована ФА, назначен Индол-3-карбинол.

В группе из 8 пациенток с диагнозом АИТ, у одной пациентки (12,5%) нормальное строение ткани МЖ, у 5 (62,5%) диагностирована КМ, троим (37,5%) назначен препарат на основе Витекса Священного, двоим (25%) – гель Прогестерон, у одной женщины (12,5%) диагностирована ФА, ей назначен Индол-3-карбинол, одна пациентка (12,5%) направлена на дообследование в онкодиспансер.

Заключение

Патология щитовидной железы является значимой, но несущественной в развитии заболеваний МЖ. Лечение заболеваний МЖ должно проводиться по стандартным алгоритмам и дополняться коррекцией нарушений функции ЩЖ. Выделение данной группы женщин в отдельный поток нецелесообразно, однако изучение функции ЩЖ важно в алгоритмах маммологического обследования.

В статье рассмотрена структура заболеваний молочных желез, у пациенток с патологией щитовидной железы. Особенности терапии выявленных состояний.

The article discusses the structure of breast diseases in patients with thyroid pathology. Features of the treatment of identified conditions.



МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Гончарова В.В., Джеломанова Е.С.

*ГОО ВПО Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Донецк*

Актуальность

Остеопороз является распространенным заболеванием, характеризующимся снижением костной массой, нарушением микроархитектуры, повышенной ломкостью скелета, снижением прочности костей, связанным с повышенным риском переломов, и смертностью, связанной с переломами. Дефицит эстрогена является основной причиной раннего постменопаузального увеличения резорбции кости, потери костной массы и развития остеопороза. Рандомизированные клинические исследования показали, что один эстроген или в сочетании с прогестином снижает риск переломов, связанных с остеопорозом в менопаузальном периоде. Снижение костной массы зависит от нескольких важных генетических факторов и характеристик здоровья у женщин, таких как не регулярный цикл в анамнезе, нарушения овуляции, нарушение питания, от индекса массы тела, потребление белка, кальция и витамина D, психосоциальной среды и других.

Цель исследования

Целью является оценка целесообразности приема менопаузальной гормональной терапии для профилактики переломов у женщин в первые годы после менопаузы.

Задачи

Определение эффективности применения менопаузальной гормональной терапии у женщин в первые годы менопаузы для снижения риска переломов.

Материалы и методы

Для исследования были отобраны 120 женщин в возрасте от 45 до 60 лет в первые годы менопаузы. Больные были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 60 пациенток получавшие менопаузальную гормональную терапию в течении трех лет, во 2 группу составили 60 женщин получавшие плацебо.



Результаты

В первой группе у 40 (66,7%) женщин получавших менопаузальную гормональную терапию отмечалось значительное снижение риска переломов. Эстрогены увеличивали выработку коллагена 1 типа, оказывали анаболическое действие на кости. Гистоморфометрия кости показала значительное увеличение объема губчатой кости и толщины стенки, что указывала на увеличение костной массы. МГТ оказывала влияние на сохранение костной массы путем снижения скорости остеокластической резорбции кости. Важное значение имеет благоприятные воздействия МГТ на соединительную ткань, а именно на мышцы и хрящи. У женщин в постменопаузе, получавших МГТ, мышечная сила была приблизительно на 5% выше, чем у женщин, 2 группы не принимавших МГТ. Однако, у 20 (33,3%) женщин из 1 группы терапия не дала общего устойчивого эффекта на снижение риска переломов в менопаузе. Во второй группе при исследовании костной ткани у женщин получавших плацебо в менопаузу отмечалась повышенная скорость остеокластической эрозии, увеличение поверхности эрозии и глубины эрозии по сравнению с женщинами в первой группе получавших МГТ.

Заключение

Во время менопаузы женщины испытывают резкие колебания уровня половых гормонов. При исследовании было показано, как МГТ предотвращает потерю костной массы и снижает частоту переломов, связанных с остеопорозом, у женщин в менопаузе. Кроме того, МГТ в первые годы постменопаузы эффективно улучшает качество соединительной ткани и мышечной ткани. Однако, была отмечена часть группы женщин получавшие МГТ без общего устойчивого эффекта направленного на снижение риска переломов костей в менопаузе. Для проверки эффективности и безопасности приема МГТ в менопаузальный период для профилактики остеопороза и переломов у женщин в первые годы после менопаузы необходимы дальнейшие исследования.

Проведено исследование, для которого было отобрано 120 женщин в менопаузе от 45 до 60 лет, которые были разделены на группы. В первой группе 60 женщин получали МГТ, для профилактики и снижения развития остеопороза и переломов, в течение трех лет, во второй группе 60 женщин принимали плацебо. По истечению получения терапии была определена эффективности применения менопаузальной гормональной терапии у женщин в первые годы менопаузы для снижения риска переломов и профилактики развития остеопороза.

A study was conducted for which 120 women in menopause from 45 to 60 years old were selected, which were divided into groups. In the first group of 60 women received MHT, to prevent and reduce the development of osteoporosis and fractures, for three years, in the second group of 60 women took a placebo. After receiving therapy, the effectiveness of menopausal hormone therapy in women in the early years of menopause was determined to reduce the risk of fractures and prevent the development of osteoporosis.



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АКУШЕРСТВЕ

Гончарова В.В., Заец Е.В., Зейналова Ф.А.

*ГОО ВПО Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Донецк*

Актуальность

Понятие дисплазии соединительной ткани объясняется как системное заболевание соединительной ткани, обусловленное нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Характеризуется дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением. Дисплазия соединительной ткани может оказывать неблагоприятное влияние на течение беременности, родов, перинатальную заболеваемость и смертность новорожденных, высок риск развития плацентарной недостаточности, несвоевременного излития околоплодных вод, опущения и выпадения внутренних половых органов.

Цель исследования

Целью исследования является изучение особенностей течения родов, выявление акушерских и перинатальных осложнений у женщин с такими проявлениями дисплазии соединительной ткани, как миопия, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, а также установление взаимосвязи между возникновением акушерских и перинатальных осложнений и наличием у женщины данного дефекта.

Материал и метод

В исследование было включено 100 пациенток, находившихся под наблюдением и родоразрешенных в ДРЦОМД за 2019 год. Данная выборка была разделена на 2 группы: 1 группа – 50 пациенток в возрасте от 15 до 40 лет с такими проявлениями дисплазии соединительной ткани, как различной степени миопия, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, 2 группа – 50 пациенток в возрасте от 15 до 40 лет без признаков данного дефекта. Превалирующим признаком соединительнотканного дефекта при исследовании в 1 группе являлось различной степени миопия – 58%, в то время как частота встречаемости варикозной болезни нижних конечностей и пролапса митрального клапана составило 30 и 12%, соответственно. Среди миопического нарушения зрения было выявлено преобладание слабой степени (58%), тогда как средней степени (26%) и высокой (16%). У женщин с дисплазией соединительной ткани выявилась высокая частота акушер-



ских и перинатальных осложнений, в виде преэклампсии (12%), преждевременного излития околоплодных вод (14%), слабости родовой деятельности (20%), угрозы несостоятельности рубца на матке (4%), угрозы преждевременных родов (4%), быстрых родов (2%), расхождения швов промежности (2%), внутриутробной гипоксии плода (32%), задержки развития плода (7%), хронической плацентарной недостаточности (2%) и обвития пуповины (6%). Уже при первой беременности у женщин данной группы был высок риск развития осложнений, наиболее частые из которых слабость родовой деятельности (16%) и внутриутробная гипоксия плода (3,4%). Таким образом, можно выделить ведущие осложнения беременности и родов, выявленных в 1 группе это внутриутробная гипоксия плода и слабость родовой деятельности. Акушерский анамнез женщин 1 группы более чем в 4 раза осложнен синдромом потери плода на ранних и поздних сроках беременности. У женщин 1 группы в 1,5 раза чаще встречались самопроизвольные аборт в анамнезе (12,2%). У женщин без дисплазии соединительной ткани самопроизвольных абортов до анализируемой беременности не было.

Заключение

По результатам данного исследования можно сделать вывод, что течение беременности и родов пациенток с дисплазии соединительной ткани в виде различной степени миопии, варикозной болезни нижних конечностей и пролапса митрального клапана сопровождается высокой частотой развития акушерских и перинатальных осложнений. Анализ полученных результатов указывает на существование прямой закономерности между наличием соединительнотканного дефекта и развития осложнений беременности и родов у данных женщин. Поэтому, возникает необходимость о предварительной идентификации дисплазии соединительной ткани, ее верификации, отнесения женщин с данной патологией к группе риска и принятие единой общепринятой тактики ведения беременности и родов при данном дефекте.

Проведено исследование 100 пациенток, находившихся под наблюдением и родоразрешенных в ДРЦОМД за 2019 год. 1 группа – 50 пациенток в возрасте от 15 до 40 лет с такими проявлениями дисплазии соединительной ткани, как различной степени миопия, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, 2 группа – 50 пациенток в возрасте от 15 до 40 лет без признаков данного дефекта. Анализ полученных результатов исследования указал на существование прямой закономерности между наличием соединительнотканного дефекта и развития осложнений беременности и родов у данных женщин.

A study was conducted of 100 patients who were under observation and delivery at the Maternity hospital in 2019. Group 1–50 patients aged 15 to 40 years with such manifestations of connective tissue dysplasia as varying degrees of myopia, mitral valve prolapse, varicose disease of the lower extremities, Group 2–50 patients aged 15 to 40 years without signs of this defect. An analysis of the results of the study indicated a direct pattern between the presence of a connective tissue defect and the development of complications of pregnancy and childbirth in these women.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Кормакова Т.Л.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра акушерства
и гинекологии, дерматовенерологии»
г. Петрозаводск*

Актуальность

В связи с неблагоприятной демографической ситуацией особое значение приобретает изучение медико-социальных аспектов здоровья женского населения до и во время беременности, в том числе, с учетом анамнеза, паритета и предшествующих репродуктивных потерь.

Цель исследования – изучить социальный статус, репродуктивный анамнез, соматическую и гинекологическую патологию у женщин на амбулаторном этапе ведения.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 308 перво- (1 группа) и 301 повторно-беременных женщин. Разработанная анкета заполнялась исследователями на основании индивидуальной карты и истории родов. Анализ полученных результатов проводился с помощью методов описательной статистики с учетом двух независимых групп (программа “STATISTICA” v. 10).

Результаты

Среди обследованных большинство было городскими жительницами (86,36% и 79,40% соответственно группам). Средний возраст женщин составил $25 \pm 4,48$ и $30,64 \pm 4,87$ года ($p=0,0000$). Анализ семейного положения показал, что брак был зарегистрирован у 66,23% и 79,73% ($p=0,0002$); не зарегистрирован – у 32,14% и 19,60% ($p=0,0005$); остальные женщины были одиночками (1,63% и 0,67%; $p>0,05$). Высшее образование имели 43,18% и 41,18% обследованных. Возраст менархе составил $13,43 \pm 1,32$ и $13,54 \pm 1,39$ (min. 10, max. 18; $p>0,05$). Особенности менструальной функции (становление, длительность цикла, продолжительность менструации, наличие дисменореи) также не имели значимых различий. Средний возраст начала половой жизни составил $17,35 \pm 2,14$ и $17,34 \pm 2,03$ ($p>0,05$). Аборт по желанию женщины (хирургический/медикаментозный) был в анамнезе у 68 пациенток 1 группы (22,08%) и 161 (53,48%) – у 2 группы ($p=0,0000$). Частота самопроизвольного выкидыша (в том числе, неразвивающейся беременности) соста-



вила 13,64% (n=42) и 23,59% (n=71) ($p>0,05$). Операции по поводу внематочной беременности были в анамнезе у 5 пациенток 1 группы (n=5) и 10 – во 2 группе (n=10) ($p>0,05$). Структура и частота гинекологических заболеваний, инфекций, передаваемых половым путем, экстрагенитальной патологии имела ряд статистических различий, но в целом отражала показатели региональной популяции женского населения. Оценка индекса массы тела (ВОЗ, 2006) у перво- и повторнородящих женщин при взятии на учет позволила установить ряд особенностей. Частота дефицита массы тела ($<18,5$ кг/м²) составила соответственно 11,36% (n=35) и 5,32% (n=16) ($p>0,05$). Случаи ожирения 1 степени были у 5,84% (n=18) и у 8,31% (n=25) ($p>0,05$); 2–3 степени – у 0,98% (n=3) и 2,32% (n=7) ($p>0,05$). Что касается частоты нормального ИМТ, то она статистически значимо была выше в 1 группе (n=209; 67,86%) по сравнению со 2 группой (n=163; 54,15%) ($p=0,0069$). Избыточная масса тела со статистически значимыми показателями чаще выявлялась в группе повторнородящих (n=90; 29,90%) по сравнению с 1 группой (n=43; 13,96%) ($p=0,0463$). Имелась тенденция к увеличению коморбидности у повторнородящих женщин (железодефицитная анемия, болезни желудочно-кишечного тракта, варикозная болезнь). Акушерские и перинатальные исходы в анализируемых группах будут представлены в следующих сообщениях.

Заключение

Наше исследование показало, что у повторнородящих женщин имелись статистически значимые различия в ряде изученных показателей по сравнению с первородящими. Это возраст, частота зарегистрированного брака, аборт в анамнезе, некоторых гинекологических и соматических заболеваний (в том числе, коморбидности), избыточной массы тела. Данные анамнеза и первичного обследования могут служить основанием для персонализированного подхода к ведению женщин, начиная с прегравидарного периода.

Проанализированы социальный статус, репродуктивный анамнез и состояние здоровья у перво- и повторнородящих женщин. У повторнородящих женщин имелись статистически значимые различия по сравнению с первородящими (возраст, семейный статус, количество аборт, гинекологические и экстрагенитальные заболевания, избыточная масса тела, коморбидность). Данные анамнеза и первичного обследования могут служить основанием для персонализированного подхода к ведению женщин, начиная с прегравидарного периода.

The social status, reproductive history, and health status of nulliparous and parous pregnant women were analyzed. Parous women had statistically significant differences compared to nulliparous (age, family status, number of abortions, gynecological and extragenital diseases, excess body weight, comorbidity). Anamnesis and primary examination data can serve as a basis for a personalized approach to women's management, starting from the preconception care.



ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гуменюк Е.Г.¹, Кормакова Т.Л.¹, Карпеченко А.В.¹, Уквальберг М.Е.¹, Иванова Н.А.¹,
Ситченко М.Ф.²

*1. ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра акушерства
и гинекологии, дерматовенерологии», 2. ГБУЗ РК Родильный дом им. К.А. Гуткина
г. Петрозаводск*

Актуальность

В структуре невынашивания беременности особое место занимает неразвивающаяся беременность, частота которой среди самопроизвольного аборта на ранних сроках в последние годы возросла с 10–20% до 45–88,6%.

Цель исследования

Изучить этиологические аспекты неразвивающейся беременности.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 68 историй болезни с верифицированным диагнозом «неразвивающаяся беременность» у пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделении № 2 «Родильного дома им. К. А. Гуткина». Для обработки данных использовалась специально разработанная анкета.

Результаты

В возрасте старше 30 лет были 63% женщин, из них 29% – ≥ 35 лет. Позднее менархе выявлено у 28% пациенток. Сексуальный дебют с 14 до 17 лет отмечен у 44% наблюдаемых женщин. У 16 (25%) женщин была экстрагенитальная патология, в том числе миопия (37,8%), бронхиальная астма (12,6%), заболевания органов мочевыделительной системы (18,9%), щитовидной железы (12,6%), желудочно-кишечного тракта (12,6%), эпилепсия (6,3% женщин).

Гинекологический анамнез был отягощен у 70,6% женщин. В структуре гинекологической патологии преобладали воспалительные заболевания гениталий (27%), инфекции, передаваемые половым путем (7,4%), заболевания шейки матки (47%), опухолевые заболевания матки и яичников (24%), нарушения менструального цикла (13%).

Изучение паритета показало, что у 17% обследованных эта беременность была первой. 43,5% пациенток имели в анамнезе роды. У 36,8% женщин отмечалось в анамнезе самопроизвольное прерывание беременности. Ранние репродуктивные потери были у 24,3%



нерожавших пациенток. В 72% случаев выявлено однократное самопроизвольное прерывание беременности: выкидыш (48%) и неразвивающаяся беременность (24%), а привычный выкидыш (2 и более самопроизвольных прерывания) составил 28% (7 случаев).

Настоящая беременность была желанной у всех женщин. Диагноз неразвивающейся беременности был поставлен в разные сроки гестации: до 7,6 недель у 40 (62,5%); с 8 до 10,6 недель – у 16 (25%); с 11 до 13,6 недель и с 14 до 18,6 недель – у 4 и 4 женщин соответственно (5,9%). Во время настоящей беременности острая респираторная вирусная инфекция диагностирована у 15 (22,1%), железодефицитная анемия у 8 (11,8%), угрожающий выкидыш у 11 (16,1%). Вагиниты различной этиологии были выявлены у 51,2% обследованных женщин.

Во всех случаях неразвивающейся беременности использовался медикаментозный метод ее завершения. Проводилась антибактериальная терапия (доксциклина моногидрат в сочетании с метронидазолом). Период после прерывания неразвивающейся беременности в 6 случаях (8,8%) осложнился кровотечением в связи с остатками частей плодного яйца, что потребовало проведения вакуум-аспирации.

Заключение

Наше исследование показало, что основными этиологически значимыми факторами риска неразвивающейся беременности были: возраст; позднее менархе; раннее начало половой жизни; инфекции, передаваемые половым путем; невынашивание в анамнезе; вагиниты в ранние сроки данной беременности.

С учетом выявленных факторов риска женщины с указанной патологией должны получить реабилитационную терапию и комплексное обследование. Преконцепционную подготовку и менеджмент данных пациенток целесообразно осуществлять с учетом действующих клинических протоколов «Неразвивающаяся беременность. Методические рекомендации МАРС» (2015), «Преграavidарная подготовка: клинический протокол» (2016).

Проведен ретроспективный анализ 68 историй болезни с верифицированным диагнозом «неразвивающаяся беременность». Установлены неблагоприятные факторы развития осложнения (возраст; позднее менархе; раннее начало половой жизни; инфекции, передаваемые половым путем; невынашивание в анамнезе; вагиниты в ранние сроки данной беременности). В дальнейшем преконцепционная подготовка и менеджмент пациенток должны осуществляться с учетом современных клинических протоколов.

A retrospective analysis of 68 medical histories with a verified diagnosis of «early pregnancy loss» was performed. Adverse factors of complication development were established (age; later menarche; early onset of sexual activity; sexually transmitted infections; history of miscarriage; vaginitis in the early stages of this pregnancy). In the future, pre-conception care and management of patients should be carried out taking into account modern clinical protocols.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Гуменюк Е.Г.¹, Уквальберг М.Е.¹, Растегаев Е.Н.², Иванов А.В.², Ружинская А.А.¹,
Маурина О.Б.³

1. ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, 2. ГБУЗ Республики Карелия Республиканская больница им. В.А. Баранова, 3. ГБУЗ поликлиника № 1 Женская консультация г. Петрозаводск

Актуальность

Пролапс тазовых органов выявляется у 50–60% у женщин менопаузального возраста. Основным и наиболее эффективным методом лечения является хирургический, хотя частота рецидивов заболевания составляет от 33 до 60% (Радзинский В.Е. и др., 2009, Беженарь В.Ф. и др., 2009).

Цель исследования – провести анализ отдаленных результатов эффективности хирургической коррекции пролапса гениталий.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 31 женщина, прооперированная в гинекологическом отделении Республиканской Больницы им. В.А. Баранова (2016). Критерии включения: наличие генитального пролапса, показания для гистерэктомии, отсутствие ранних послеоперационных осложнений. Для оценки симптомов заболевания был использован валидированный опросник PFDI. Эта анкета позволяет оценивать симптомы тазовых расстройств как в целом, так и отдельно симптомы расстройства мочеиспускания (UDI); расстройств кишечника и прямой кишки (CRADI); симптомокомплекс, сопровождающий пролапс органов малого таза (POPDI).

Через 20–28 месяцев после оперативного лечения всем пациенткам было предложено ответить на вопросы анкеты. Оценка результатов проводилась путём количественного сравнения баллов в разных группах, а также путём качественного сопоставления результатов.

Результаты исследования

Возраст пациенток варьировал от 55 до 71 года, составив в среднем $63 \pm 3,2$. На момент оперативного лечения пациентки находились в периоде естественной менопаузы. Во всех случаях была выполнена влагалищная гистерэктомия с кольпоперинеолеваторопластикой. Наиболее частым показанием для оперативного лечения являлись неполное (16–51,6%) и полное (10–32,3%) выпадение матки. В остальных случаях были выявлены опущение передней стенки влагалища с формированием цистоцеле (3–9,6%) опущение передней



и задней стенок влагалища (2–6,5%). Следует отметить, что у последних двух групп пациенток показания для расширения операции объема до влагалищной гистерэктомии были поставлены «на операционном столе» после анестезиологического пособия на фоне полного расслабления мышц тазового дна.

После анкетирования были получены результаты качественного анализа баллов при оценке функции мочевого пузыря (UDI сумм.), кишечника (CR сумм.), расстройств кишечника и прямой кишки (CRADI), симптомов пролапса (POPDI сумм.). Функция мочевого пузыря не ухудшилась ни в одном случае. После операции в отдаленный период по шкале UDI 29,0% (9 чел.) не почувствовали изменений. «Хороший» и «отличный» результаты выявлены у 7 (22,6%) и 15 (48,4%) соответственно. Ухудшения со стороны аноректальной функции у пациенток не было. По шкале CRADI «хороший» и «отличный» результаты выявлены у 51,6% и 48,4% опрошенных женщин соответственно. Вероятнее всего, это связано с тем, что в группе исследованных женщин изначально симптомы расстройства кишечника и прямой кишки практически не беспокоили. По шкале POPDI «отличные» результаты диагностированы у 67,7%, а «хорошие» у 32,3% пациенток. Случаев ухудшения не отметила ни одна пациентка.

Заключение

Проведенное исследование показало, что влагалищная гистерэктомия с кольпоперинеолеваторопластикой оказывает положительное влияние на симптомокомплекс тазовых расстройств. Нарастаний симптомов генитального пролапса или отсутствия улучшения после оперативного вмешательства не было. Положительную динамику показателей качества жизни пациенток после данной операции по поводу пролапса тазовых органов можно объяснить отсутствием послеоперационных осложнений и высокой эффективностью коррекции.

Под наблюдением находилась 31 пациентка после оперативного лечения по поводу пролапса гениталий (влагалищная гистерэктомия с кольпоперинеолеваторопластикой). Средний возраст пациенток составил $63 \pm 3,2$ года. Через 20–28 месяцев после операции проведено анкетирование (опросник PFDI). При оценке симптомов пролапса в динамике «отличные» результаты отметили 67,7%, «хорошие» – 32,3% пациенток. Положительная динамика качества жизни пациенток после операции связана с высокой эффективностью коррекции и отсутствием послеоперационных осложнений.

There were 31 patients under observation after surgical treatment for genital prolapse (vaginal hysterectomy with colpoperineolevatoroplasty). The average age of the patients was $63 \pm 3,2$ years. A survey was conducted 20–28 months after the operation (PFDI questionnaire). When assessing the symptoms of prolapse in the dynamics of "excellent" results were noted by 67.7%, "good" – 32.3% of patients. The positive dynamics of the quality of life of patients after surgery is associated with high efficiency of correction and the absence of postoperative complications.



КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Данькина В.В., Данькина И.А., Чистяков А.А., Данькин К.В.

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
г. Донецк*

В последние годы растет количество нарушений менструальной функции у молодых женщин, что часто приводит к потере работоспособности и ухудшению качества жизни. Поэтому актуальным является поиск причин и патогенеза этой патологии. Целью наших исследований было выявить особенности менструальной функции у женщин репродуктивного возраста на фоне сахарного диабета различных типов.

Нами обследовано 35 женщин репродуктивного возраста в возрасте от 16 до 47 лет (средний возраст 32,7 года), страдающих сахарным диабетом и имеющих нарушения менструальной функции. Сахарный диабет I типа наблюдался у 27 женщин, сахарный диабет II типа – у 8 пациенток. Продолжительность заболевания диабетом составляла от 4 до 22 лет. Нарушения менструальной функции у женщин с сахарным диабетом I типа обнаружено от менархе, то есть на фоне проявлений ангиопатии, нарушения функции печени и почек. Менструальная функция изначально была с определенными отклонениями от нормального течения. Чаще всего встречались нарушения в виде олигоменореи – у 22 (81,5%) женщин. У 5 (18,5%) женщин периодически отмечались аномальные маточные кровотечения. Дисменорея отмечалась у 19 (70,4%) пациенток с сахарным диабетом I типа. У 3 (37,5%) женщин с сахарным диабетом II типа наблюдались аномальные маточные кровотечения, у 5 (62,5%) женщин диагностирована олигоменорея. Дисменорея отмечалась у 5 (62,5%) женщин с сахарным диабетом II типа. Среди сопутствующей соматической патологии чаще всего отмечались хронические заболевания мочевыделительной системы, сердечно-сосудистые заболевания, среди которых преобладала вегето-сосудистая дистония, варикозная болезнь нижних конечностей. Наблюдалось сочетание обострения соматической патологии с манифестацией проявлений нарушения менструальной функции, что составляло 78,8% от всего количества обследуемых женщин. Важно отметить, что аномальные маточные кровотечения значительно тяжелее протекают клинически и значительно труднее поддаются лечению у женщин с сахарным диабетом I типа, чем у пациенток с сахарным диабетом II типа.

Таким образом, установлено, что сахарный диабет приводит к нарушению функции пищеварительной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой системы и яичников, негативно влияет на менструальную функцию у женщин репродуктивного возраста, способствуя возникновению дисменореи, олигоменореи, аномальных маточных кровотечений.



Своевременное выявление патологии и ее лечение будет способствовать уменьшению количества нарушений менструальной функции у женщин репродуктивного возраста, страдающих сахарным диабетом и обеспечит уменьшение рисков реализации репродуктивной функции.

В данной работе нами было выявлены особенности менструальной функции у женщин репродуктивного возраста на фоне сахарного диабета различных типов. Установлено, что сахарный диабет приводит к нарушению функции пищеварительной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой системы и яичников, негативно влияет на менструальную функцию у женщин репродуктивного возраста, способствуя возникновению дисменореи, олигоменореи, аномальных маточных кровотечений.

In this work, we identified the features of menstrual function in women of reproductive age against the background of various types of diabetes. It has been established that diabetes mellitus leads to a violation of the digestive, urinary, cardiovascular system and ovaries, negatively affects the menstrual function in women of reproductive age, contributing to the onset of dysmenorrhea, oligomenorrhea, and abnormal uterine bleeding.

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ НА ФОНЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Данькина В.В., Данькина И.А., Чистяков А.А., Данькин К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
г. Донецк

Коэффициент атерогенности у женщин в период перименопаузы составляет $12,4 \pm 1,95$ у.е., превышая нормативные значения в 4 раза, что является неблагоприятным фактором развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Висцеральная жировая ткань, в отличие от жировой ткани другой локализации, имеет мощную сеть капилляров и непосредственно соединена с портальной системой печени. Прямое попадание свободных жирных кислот, а также других биологически активных субстанций, которые выделяются из жировой ткани в печень, по мнению многих исследователей, представляет собой один из патогенетических механизмов инсулинорезистентности.

Цель

Цель данной работы было выяснение возможные механизмы нарушения липидного обмена у женщин в период перименопаузы и оценить их значение в развитии атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний.



Нами проведено исследование уровня инсулина у женщин в период перименопаузы. В норме уровень инсулина в крови натощак колеблется в пределах 3–5 мкЕД/мл, тогда как по результатам исследования у женщин в период перименопаузы уровень инсулина в плазме натощак составляет $6,27 \pm 0,25$ мкЕД/мл и оценивается как базальная гиперинсулинемия, что, в свою очередь, является маркером инсулинорезистентности. С целью подтверждения этого факта нами проведен глюкозотолерантный тест. У женщин в период перименопаузы уровень глюкозы натощак находился в пределах от 4,7 до 6,4 ммоль/л, в среднем составляя $5,62 \pm 0,15$ ммоль/л, что соответствует нормативным значениям. При проведении глюкозотолерантного теста выявлено, что через 30 минут с момента введения глюкозы ее уровень в крови повысился по сравнению с базальным уровнем в среднем на 0,69 ммоль/л, через 60 минут – на 1,7 ммоль/л, а через 2 часа превышал базальный уровень глюкозы почти в 1,5 раза. Указанная динамика уровня глюкозы в крови при глюкозотолерантном тесте и повышенный базальный уровень инсулина в крови позволяют сделать вывод о наличии инсулинорезистентности у женщин в период перименопаузы. По результатам наших исследований у женщин с метаболическим синдромом в период перименопаузы наблюдается повышение уровня триглицеридов с 0,7–1,7 ммоль/л в норме до $2,74 \pm 0,1$ ммоль/л, что свидетельствует о наличии гипертриглицеридемии. Это подтверждает повышение уровня общего холестерина до $6,72 \pm 0,13$ ммоль/л и липопротеидов низкой плотности до $3,93 \pm 0,1$ ммоль/л, а также снижение уровня липопротеидов высокой плотности до $0,6 \pm 0,08$ ммоль/л.

Таким образом, при висцеральном ожирении в условиях инсулинорезистентности вследствие избыточного попадания свободных жирных кислот в печень и изменения активности липопротеинлипазы и печеночной триглицеридлипазы, замедляется распад липопротеидов, богатых триглицеридами, развивается гипертриглицеридемия, что в свою очередь способствует снижению уровня липопротеидов высокой плотности, образованию мелких частиц липопротеидов низкой плотности. То есть, создается замкнутый круг, который способствует накоплению жировой ткани в абдоминальной области. У женщин в период перименопаузы на фоне дефицита половых гормонов наблюдается нарушение метаболизма липидов на фоне инсулинорезистентности.

В данной работе нами было выяснены возможные механизмы нарушения липидного обмена у женщин в период перименопаузы и оценено их значение в развитии атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Установлено, что у женщин в период перименопаузы на фоне дефицита половых гормонов наблюдается нарушение метаболизма липидов на фоне инсулинорезистентности.

In this work, we have identified the possible mechanisms of lipid metabolism disorders in women during the period of perimenopause and evaluated their importance in the development of atherosclerosis and cardiovascular diseases. It is found that in women during the period of perimenopause, against the background of a deficiency of sex hormones, there is a violation of lipid metabolism against the background of insulin resistance.



РОЛЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ В СТРУКТУРЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Джалилова А.Н., Какваева С.Ш., Айсаева Б.М.

*ФГБОУ ВО ДГМУ кафедра медицинской симуляции и учебной практики
г. Махачкала*

В условиях современного социума проблема невынашивания беременности имеет общемедицинское и социальное значение, обуславливая психоэмоциональный стресс в супружеской паре, а социальное значение определяется демографическими показателями в регионе в целом.

Частота угрожающего прерывания беременности остается стабильной и достаточно высокой и составляет от 2 до 55% достигая в третьем триместре 50%.

Установлено, что риск потери повторной беременности после первого выкидыша составляет 13–17%, после двух предшествующих самопроизвольных прерывании риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38%, а вероятность третьего самопроизвольного прерывания беременности достигает 40–45%.

В настоящее время большинство специалистов по ведению пациентов данной категории считают, что при двух последовательных прерываниях беременности отнести их к группе «привычный выкидыш», провести всестороннее обследование с проведением комплекса профилактических и лечебных мер по подготовке к следующей беременности

Целью исследования

Оценить роль различных факторов в генезе угрозы прерывания беременности.

Для достижения указанной цели нами было проведено обследование 42 беременных женщин, находившихся в разное время на стационарном лечении в отделении патологии беременности в родильном доме №2 МЗ РД. Группа контроля – 20 женщин с физиологическим течением беременности.

Возраст наблюдаемых нами пациентов колебался от 19 до 38 лет (средний возраст $27,3 \pm 0,5$ года).

Пациентки основной группы в анамнезе имели 2–3 самопроизвольных выкидыша (до 22 недели беременности). Все обследованные женщины не имели анатомических изменений в урогенитальном тракте и отсутствовали другие причины, способствующие прерыванию беременности.



Наблюдаемым нами пациенткам проводились общеклинические, ультразвуковые (УЗИ), вирусологические, молекулярно-биологические, иммунологические исследования, а также цитологическое изучение микрофлоры шейки матки и патоморфологический анализ последов.

Результаты и обсуждение

Невынашивание беременности в ранние сроки в анамнезе имели все пациентки. Первичным оно было у 61,2% женщин, вторичным – у 38,8%, привычным – у 56,4% женщин. Клинических симптомов острой или обострения хронической инфекционно-воспалительной патологии не выявлено. Функциональная диагностика функции щитовидной железы показала повышение Т4 общего – 937 нмоль/л (референсные показатели – 58 – 61 нмоль/л) у 5 пациенток. Показатели репродуктивной функции также изменены: эстрадиол 1398 нмоль/л – у 5 женщин, пролактин – 922 мМЕ/мл – у 10 обследованных пациенток.

Ни у одной женщины, по показателям оценки функционального состояния яичников и эндометрия, вторая фаза менструального цикла не соответствовала критериям полноценности. Базальная температура носила двухфазный характер с неполноценной второй фазой у 77% пациенток.

У наблюдаемых нами пациенток иммунологические нарушения на системном и локальном уровне не обнаружены.

Комплексная прегравидарная подготовка с использованием микронизированного прогестерона в дозировке 200 мг способствовала достоверному снижению частоты повторных случаев невынашивания беременности ранних сроков и способствовала рождению здоровых детей.

Таким образом, гормональная недостаточность яичников и плаценты в 65–75% случаев может быть причиной прерывания беременности. По результатам нашего исследования самая частая причина – это недостаточность лютеиновой фазы.

Этиология привычного невынашивания разнообразна и зависит от многих факторов. Микронизированный прогестерон в составе комплексной прегравидарной подготовки способствовал снижению частоты повторных случаев невынашивания беременности, благодаря своим токолитическим и нейропротекторным свойствам.

The etiology of habitual miscarriage is diverse and depends on many factors. Micronized progesterone as part of a comprehensive pregravid preparation helped to reduce the frequency of repeated cases of miscarriage due to its tocolytic and neuroprotective properties.



СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ЛИХЕН ВУЛЬВЫ. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК

Джангишиева А.Г., Батырова З.К., Уварова Е.В., Припутневич Т.В., Латыпова Н.Х.

*ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.И. Кулакова»
Минздрава России
г. Москва*

Склерозирующий лихен (СЛ) наружных половых органов у детей – хроническое трофическое нарушение структуры кожи и слизистой вульвы, слабо поддающееся имеющимся методам лекарственной терапии. Неуклонный рост частоты дебюта СЛ в периоде детства, выраженность клинической симптоматики, частота рецидивов и исход в рубцовые изменения тканей половых органов обуславливают необходимость поиска наиболее патогенетически обоснованных и эффективных способов лечения заболевания.

Цель исследования

Оценить эффективность комплексного лечения с использованием кавитированных растворов в лечении склерозирующего лихена вульвы у девочек.

Материал и метод

В исследование включено 78 девочек в возрасте от 3 до 9 лет с визуально подтвержденным склерозирующим лихеном вульвы и промежности. Анализировали данные анамнеза с уточнением факторов, предшествующих дебюту, частоту рецидивов, спектр и выраженность жалоб, особенности клинических проявлений заболевания, варианты проведенного ранее лечения. После получения информированного согласия законного представителя всем девочкам провели акустическое воздействие на зону СЛ раствором бензидамина гидрохлорида активированного посредством низкочастотных (30–70 Гц) ультразвуковых волн, создаваемых аппаратом АУЗХ-100–01-«ФОТЕК» (Россия) в режиме кавитации. Процедуры проводили 1 раз в день по 5 минут в течение 7 дней. Результат лечения и нежелательные явления оценивали на 7 сутки, спустя 1 и 3 месяца. Полученные данные обрабатывали при помощи статистических методов.

Результаты исследования

Возраст дебюта СЛ составил 4–5 лет, количество рецидивов до обращения колебалось от 2 до 4 при возобновлении клинических проявлений в среднем через 1,5 недели после очередного курса терапии. Топические глюкокортикостероиды и ингибиторы кальцинев-



рина были в прошлом применены у 64,1% с кратковременным положительным эффектом у каждой второй девочки. Местные аппликации масляных растворов растительных экстрактов и витаминов или метилурациловая мазь, примененные у 36% девочек оказались не эффективными.

Спектр жалоб отличался разнообразием и тяжестью проявлений. Зуд, жжение и дискомфорт в области половых органов беспокоил 97,7%, трещины или язвенные дефекты на коже вульвы – 92,3%, плохой сон и раздражительность, дисхезия – (32,1%).

На фоне проводимой ультразвуковой кавитации бензидамина гидрохлоридом зуд и жжение исчезли на 1–2 сутки, трещины и язвы зажили к 5–7 дню. Улучшение настроения и нормализация сна отмечены уже на 2 сутки. Нежелательные эффекты и осложнения примененной терапии отмечены не были.

Со слов родителей полный эффект сохранялся в течение 1 месяца у 91,1% и в течение 3 месяцев после прекращения лечения у 87,1% девочек.

Заключение

Таким образом, применение кавитированного низкочастотным ультразвуком раствора бензидамина гидрохлорида обеспечило управляемый и стойкий эффект, сократив частоту рецидива в течение 3 месяцев до 7,8%, оказалось безопасным в плане нежелательных эффектов у девочек со склерозирующим лихеном вульвы.

Склерозирующий лихен (СЛ) наружных половых органов у детей – хроническое трофическое нарушение структуры кожи и слизистой вульвы, слабо поддающееся имеющимся методам лекарственной терапии. Целью исследования было оценить эффективность комплексного лечения с использованием кавитированных растворов в лечении склерозирующего лихена вульвы у девочек. В исследование включено 78 девочек в возрасте от 3 до 9 лет с визуально подтвержденным склерозирующим лихеном вульвы и промежности. По результатам которого показана высокая эффективность представленного метода лечения и возможность его использования, как альтернативного уже существующим.

Vulvar lichen sclerosus (LS) is a chronic disease, which is poorly amenable to drug therapy. The goal was to evaluate the effectiveness of complex treatment using cavitated solutions in girls with LS. The study included 78 girls aged 3 to 9 y with confirmed LS. Based on the results of which the high efficiency of the presented method of treatment and the possibility of using it as an alternative to existing ones are shown.



ЭХОГРАФИЯ В СРАВНЕНИИ С МРТ В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА: КОРРЕЛЯЦИЯ С ГИСТОПАТОЛОГИЕЙ

Джеломанова О.А., Белоусов О.Г., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО г. Донецк

Аденомиоз является распространенным заболеванием, которое поражает женщин репродуктивного возраста и отрицательно влияет на уровень фертильности.

Наиболее эффективными методами для диагностики аденомиоза считаются эхография и магнитно-резонансная томография (МРТ). При этом МРТ является более сложным и дорогим методом диагностики данной патологии.

Цель исследования

Определить диагностическую эффективность эхографии и МРТ для гистологически доказанного аденомиоза, и выявить наиболее специфические ультразвуковые критерии аденомиоза.

Методы

В проспективном исследовании обследовано 110 пациенток с доброкачественной патологией малого таза, направленных на оперативное лечение (гистерэктомия) по поводу хронической тазовой боли. Им было проведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование и МРТ. Результаты этих исследований были вслепую сопоставлены с данными гистопатологического исследования.

Результаты

Гистологическая распространенность аденомиоза и лейомиомы были 31,3 и 44,8% соответственно. Аденомиоз матки сочетался с лейомиомой матки в 83,7% случаев. Чувствительность, специфичность, позитивная и негативная прогностическая ценность трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии были 33,8 и 66%, 91,7 и 92,4%, 79,1 и 90,2% и 70,4 и 85,8% соответственно. Кисты миометрия были наиболее чувствительным критерием при трансвагинальной эхографии. На МРТ участки миометрия с высокой интенсивностью сигнала были специфичными, но менее чувствительными, чем максимальная толщина переходной зоны и коэффициент соотношения максимальной толщины переходной зоны к толщине миометрия в районе измеряемого участка. Чувствительность, специфичность, позитивная и негативная прогностическая ценность МРТ были 73,8, 94,6, 88,1 и 89,4% соответственно. Не было выявлено различий в диагно-



стической точности между трансвагинальной эхографией и МРТ, но чувствительность была ниже при эхографии у женщин в сочетании аденомиоза матки с лейомиомой.

Заключение

Трансвагинальная эхография также эффективна, как и МРТ для диагностики аденомиоза у женщин без миомы, в то время, как МРТ более предпочтителен для женщин в сочетании с лейомиомой.

Работа посвящена изучению эффективности трансвагинальной эхографии для диагностики аденомиоза. Трансвагинальное УЗИ имеет одинаковую эффективность с МРТ для диагностики данной патологии, за исключением сочетания с лейомиомой матки.

The article studied the effectiveness of transvaginal ultrasound for the diagnosis of adenomyosis. Transvaginal ultrasound is equally effective with MRI for the diagnosis of this pathology, except for combination with uterine leiomyoma.

ОЦЕНКА ФЕТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАДЕРЖКУ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.

*ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.
Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой
гинекологии ФИПО
г. Донецк*

Одним из основных условий, обеспечивающих нормальное течение беременности, является стабильность гемодинамических процессов в единой, функциональной системе мать-плацента-плод. Нарушения маточно-плацентарного и плодового кровотока играют основную роль в патогенезе задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП).

В связи с этим, разработка методов ранней диагностики плацентарной дисфункции при ЗВРП на основе оценки функциональных резервов маточно-плодово-плацентарной системы приобретает особое значение.

Цель исследования

Оценить возможности ранней диагностики плацентарной дисфункции при задержке внутриутробного развития плода путем изучения артериального и венозного кровотока плода с помощью доплерометрии.



Материалы и методы

Проведено изучение гемодинамики маточно-плацентарно-плодового кровообращения у 98 женщин с признаками плацентарной недостаточности при задержке внутриутробного развития плода и у 30 женщин с физиологическим течением беременности.

Результаты исследования

Исследования показали, что доплерометрия в артериях пуповины может рассматриваться, как способ прогнозирования начальных проявлений плацентарной дисфункции. Характерными признаками нарушения кровообращения в маточных артериях являются снижение диастолического кровотока и наличие выемки в фазе ранней диастолы. Отмечено, что при плацентарной недостаточности на ранних стадиях задержки внутриутробного развития плода происходит снижение минимальной скорости кровотока в венозном протоке. Обнаружение отклонений при доплерометрии позволяет проводить раннюю диагностику плацентарной недостаточности, нарушений состояния плода у беременных с задержкой внутриутробного развития плода и определить оптимальный срок и способ родоразрешения у данной группы беременных.

Выводы

Допплерометрическое исследование маточно-плодово-плацентарного кровообращения позволяет объективно оценить состояние плода, определить оптимальный срок и способ родоразрешения. Перинатальный исход наиболее неблагоприятен при сочетанных нарушениях артериальной и венозной гемодинамики.

Работа посвящена ранней диагностике плацентарных нарушений у беременных с задержкой внутриутробного развития плода путем изучения гемодинамики маточно-плацентарно-плодового кровообращения.

The work is devoted to the early diagnosis of placental disorders in pregnant women with intrauterine growth retardation by studying the hemodynamics of the uteroplacental-fetal circulation.



ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Досова С.Ю., Стольникова И.И.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
г. Тверь*

Актуальность

Проблема невынашивания беременности чрезвычайно актуальна в настоящее время, ее частота составляет от 2 до 5% от общего числа беременностей. Данное осложнение – полиэтиологическое, является мощным стрессогенным фактором, который может оказать негативное влияние на психическое здоровье женщины. В последние годы в литературе все чаще появляются данные, указывающие на связь биохимических маркеров повреждения головного мозга и иммунного ответа с уровнем тревожности и депрессии у пациенток.

Цель исследования

На основании исследования уровня маркеров повреждения мозговой ткани, про- и противовоспалительных интерлейкинов уточнить патогенетические механизмы развития привычного и спорадического прерыванием беременности.

Материалы и методы

Обследовано 150 пациенток, которые были разделены на 5 групп: 1 – здоровые пациентки вне беременности, 2 – здоровые беременные женщины (1 триместр беременности) – 2 группы контроля, 3-ю группу составили пациентки, в анамнезе у которых было спорадическое прерывание беременности (группа сравнения), 4-ю – небеременные женщины с привычным невынашиванием беременности в анамнезе, 5-ю – беременные женщины с привычным невынашиванием беременности (ПНБ). Исследовали в сыворотке крови содержание нейротрофического фактора головного мозга (BDNF), цилиарного нейротрофического фактора (CNTF), специфического белка S-100, интерлейкинов: IL 1-beta, IL 2, IL 4, IL 6, IL 8, маркеров апоптоза: лиганд фактора некроза опухолей, вызывающий апоптоз (TRAIL), Каспаза-1.

Результаты

Содержание BDNF у пациенток первых 2-х групп статистически не отличалось. Вместе с тем отмечено, что уровень данного маркера повреждения мозговой ткани у пациенток 3-ей группы в 1,5 раза ниже, чем во 2 группе (критерий Манна-Уитни – 65, значимость $p = 0,0003$). Одновременно установлено, что уровень содержания BDNF у пациен-



ток с привычным невынашиванием беременности на этапе прегравидарной подготовки оказался достоверно ниже, чем у пациенток 1-ой группы, такая же закономерность отмечена и при сравнении беременных пациенток с отягощенным по невынашиванию анамнезом со здоровыми беременными 1-го триместра беременности ($p=0,04$). Исследование цилиарного нейротрофического факторы у пациенток всех групп не выявило статистически значимых различий. Установлено, что количество специфического белка астрацитарной глии, способного связывать кальций – S-100, у пациенток 3-й группы выше, чем его уровень у пациенток 1 группы ($p<0,0001$). Вместе с тем, уровень содержания данного белка статистически не отличался от его значения в 5 группе и не зависел от числа прерванных беременностей. Такая же закономерность выявлена при сравнении этого показателя у здоровых беременных и беременных с привычным невынашиванием беременности. Содержание интерлейкинов: IL 2 и IL 8 в исследуемых группах статистически не отличалось. Однако, количество IL 4 статистически достоверно выше у пациенток со спорадическим прерыванием и привычным невынашиванием беременности, как на этапе предгравидарной подготовки, так и в первом триместре беременности ($p<0,0001$), что было установлено при сравнении данного показателя у женщин 1-ой и 3-ей групп, 2-ой и 5-ой соответственно. Та же закономерность наблюдалась при исследовании IL 6 и IL 1-beta. При исследовании содержания маркеров апоптоза-TRAIL, Ксапаза-1 в сыворотке крови, также выявлено статистически значимое увеличение их содержания у пациенток с привычным невынашиванием по сравнению со здоровыми женщинами ($p< 0,0001$).

Заключение

Всем пациенткам в группах риска по невынашиванию беременности на этапе прегравидарной подготовки рекомендуется проведение психофармакотерапии и психотерапии, направленных на устранение стресс зависимых осложнений, сопровождающих данную патологию. Психофармотерапевтические и психотерапевтические мероприятия у пациенток с привычным невынашиванием беременности должны проводиться в сочетании с коррекцией нарушений функциональной активности иммунного ответа.

Данная статья посвящена изучению проблемы невынашивания беременности: определение уровня маркеров повреждения мозговой ткани, про- и противовоспалительных интерлейкинов у пациенток с привычным и спорадическим прерыванием беременности.

This article is devoted to the study of the problem of miscarriage: determining the level of markers of brain tissue damage, pro-and anti-inflammatory interleukins in patients with the usual and sporadic termination of pregnancy.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Досова С.Ю., Стольникова И.И.

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
г. Тверь*

Введение

В Российской Федерации гинекологи ставят диагноз «привычное невынашивание» в том случае, если у пациентки не менее двух раз подряд происходит самопроизвольное прерывание беременности на сроке до 37 недель. Частота данной патологии в популяции составляет около 2% от числа беременностей. Привычное невынашивание беременности (НВ) является мощным стрессогенным фактором, который может оказать негативное влияние на психическое здоровье женщины. По данным литературы беременные женщины с медицинским диагнозом «невынашивание беременности» отличаются эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, высоким уровнем личностной тревожности, сензитивностью, мнительностью, астеничностью, неадекватной самооценкой.

Цель

В связи с актуальностью проблемы было предпринято данное исследование по изучению психологических характеристик женщин с привычным невынашиванием беременности с целью оптимизации их лечения в структуре комплексного медико-психологического подхода.

Материалы и методы

Обследованы 109 женщин в возрасте от 20 до 42 лет, которые были разделены на три группы. В первую группу были включены 32 беременных с привычным невынашиванием (БПН), во вторую – 30 небеременных с привычным невынашиванием (НБПН), в третью – 37 здоровых беременных женщин (ЗБ). Психодиагностическое исследование было проведено с помощью методики диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова, опросника Т.В. Корниловой «Личностные факторы принятия решений» (ЛФР-25), методики оценки уровня субъективного контроля (интернальности), а также личностной и ситуативной тревожности Спилберга.

Результаты и обсуждения

Высокий уровень рефлексивности был выявлен у 17% пациенток 2-ой группы и у 14% 3-ей группы. В 1-ой группе (БПН) женщины с высоким уровнем рефлексивности отсутствуют. Низкий уровень – у 17% женщин 2-ой группы, у 34% здоровых беременных



и у 33% 1-ой группы. Под рефлексивностью мы понимаем способность к самовосприятию содержания собственной психики и его анализу, а также к пониманию психики других людей, «вставая на место другого». Опросник «Личностные факторы принятия решений» (ЛФР) измеряет личностные свойства: готовность к риску как готовность действовать в ситуациях с неполными или заведомо недоступными ориентирами; рациональность как склонность обдумывать свои решения и собирать как можно больше информации. Заниженные показатели рациональности продемонстрировали 33% БПН, 29% НБПН и 3% ЗБ. Завышенные – 50% БПН, 28% НБПН и 56% ЗБ. Заниженные показатели готовности к риску были выявлены у 33% пациенток 1-ой группы (БПН), 29% – 2-ой группы (НБПН) и 49% – 3-ей группы (ЗБ). Завышенные показатели готовности к риску – у 34% БПН, 28% НБПН и 10% ЗБ. При исследовании уровня личностной и ситуативной тревожности высокие показатели чаще встречались во второй группе респонденток (НБПН – около 60% обследуемых), реже у представительниц 1-й группы (33% и 42% соответственно), а в группе контроля (ЗБ) – лишь у 20% и 26%. Что касается оценки общей интернальности, т.е. субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, то наибольший процент женщин с его низким значением также выявлен во 2-ой группе – 40%, в двух других группах эти цифры значительно ниже – около 17%.

Заключение

Таким образом, в группах здоровых беременных и беременных с привычным невынашиванием был выявлен большой процент женщин с низким уровнем рефлексивности, завышены показатели рациональности и занижены – готовности к риску, что может быть обусловлено их физиологическим состоянием. Во второй группе пациенток был выявлен наибольший процент женщин с высоким уровнем рефлексивности. При оценке уровня ситуативной и личностной тревожности, высокие ее показатели гораздо чаще встречались в группах пациенток с привычным невынашиванием беременности, что указывает на повышенную склонность воспринимать большой круг ситуаций, как угрожающие, для них характерен постоянный фон повышенной напряженности, беспокойства, неуверенности в себе, пессимистичность ожиданий. Также в группе НБПН чаще встречались низкие значения показателя общей интернальности, что говорит о низком субъективном контроле данных пациенток над любыми значимыми ситуациями.

В данной статье рассматривается проблема актуальности привычного невынашивания беременности, затронуты вопросы диагностики, оценки психологического состояния пациенток свыше указанной патологии.

This article discusses the problem of applicability of habitual miscarriage; issues of diagnosis, assessment of psychological status of patients with this pathology are considered.



ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВРТ ПО ПРОФИЛЮ ЭКСПРЕССИИ МАЛЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК В КУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЕ ЭМБРИОНА

Драпкина Ю.С., Тимофеева А.В., Чаговец В.В., Макарова Н.П., Калинина Е.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

Цель исследования

Изучение профиля малых некодирующих РНК (микроРНК и пивиРНК) в культуральной среде эмбриона на 4-е сутки культивирования для идентификации потенциальных биомаркеров качества эмбриона и его имплантационного потенциала.

Материалы и методы

Применен метод глубокого секвенирования для идентификации спектра микроРНК и пивиРНК, присутствующих в полости бластоцисты и в культуральной среде эмбриона, количественная оценка которых в 45 образцах культуральной среды эмбрионов, перенесенных вполость матки, была проведена методом ОТ-ПЦР в реальном времени.

Результаты

Уровень экспрессии микроРНК и пивиРНК в среде культивирования эмбрионов на 4 сутки после оплодотворения статистически значимо коррелирует с параметрами гаметогенеза: piR16735 и piR020401 – с количеством ОКК, let-7b-5p и piR020401 – с числом ооцитов на стадии M2 и зигот 2PN2PB, let-7i-5p и piR20497 -с количеством сперматозоидов в 1 мл эякулята, piR19675 с процентом прогрессивно подвижных сперматозоидов. МнкРНК let-7b-5p, let-7i-5p, piR020401, piR16735, piR19675, piR20326, piR17716, обнаруженные в среде культивирования эмбриона на 4 сутки после оплодотворения, дифференцируют эмбрионы различной стадии развития. Наибольший вклад в имплантационный потенциал эмбриона вносят let-7i-5p, piR020401 и piR20497.

Заключение

На основании проведенного исследования представлены и научно обоснованы новые данные об особенностях развития эмбрионов на основании анализа экспрессии микро- и пивиРНК в культуральной среде. Выявлены и проанализированы статистически значимые корреляции уровня экспрессии малых некодирующих РНК как с параметрами гаметогенеза, так и с наличием/отсутствием имплантации, а также стадией развития эмбриона. Анализ уровня экспрессии данных микроРНК и пивиРНК для оценки качества эмбриона



и прогнозирования его имплантационного потенциала дополняет морфологические критерии качества эмбриона, разработанные Gardner et al, а также позволяет индивидуализировать и оптимизировать выбор эмбриона для переноса в полость матки. Полученные результаты могут быть использованы не только в научных целях, но и в клинической практике для индивидуализации лечения бесплодия у различных пациентов, проходящих лечение бесплодия в программах ВРТ. Метод РНК-диагностики сочетает в себе все основные критерии, предъявляемые к наиболее перспективным способам современной диагностики и на сегодняшний день служит доступной и отработанной технологией.

Полученные данные позволяют индивидуализировать и оптимизировать выбор эмбриона для переноса в полость матки. Представленные результаты могут быть использованы не только в научных целях, но и в клинической практике для индивидуализации лечения бесплодия у различных пациентов, проходящих лечение бесплодия в программах ВРТ. Метод РНК-диагностики сочетает в себе все основные критерии, предъявляемые к наиболее перспективным способам современной диагностики и на сегодняшний день служит доступной и отработанной технологией.

This data allows individualize and optimize best embryo selection. The results can be used not only for scientific purposes, but also in clinical practice for infertility treatment in various patients undergoing IVF. The RNA diagnostic method combines all the basic criteria, which makes it possible to use in different clinical situations.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗАЩИТЫ РЕПУТАЦИИ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РОССИИ

Дубовая Е.Г., Онищенко Е.Ф.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург

Репутация – приобретаемая кем-либо общественная оценка, общее мнение о качествах, достоинствах и недостатках. В РФ честь, достоинство и деловая репутация граждан и организаций подлежат правовой защите, установлена всеобщая обязанность воздерживаться от посягательства на эти личные неимущественные блага. Специальные средства гражданско-правовой защиты чести, достоинства и деловой репутации закреплены в п.1 ст.152 Гражданского кодекса РФ, установлено, что лицо вправе требовать по суду опровержения порочащих его честь и достоинство сведений, если распространивший такие сведения не докажет, что они соответствуют действительности. До момента нарушения права на честь, достоинство или деловую репутацию личности либо иного объекта



охрана этих личных неимущественных отношений осуществляется путем всеобщей обязанности воздерживаться от их нарушения. Только с момента их нарушения возникает возможность защищать права в судебном порядке.

На кафедрах СЗГМУ им. И.И. Мечникова проводятся опросы врачей по вопросам необходимости и достаточности правовых знаний для врачей (400 анкет), репутации врача и мерах по ее обеспечению. Оценка ожиданий врачей от общения с юристами и правовой системы РФ привела к выводу о наличии у медиков устойчивого ощущения «правовой незащищенности» врачей (74%).

Характеризуя понятие «репутация врача», доктора связывают его с качеством работы (41%), компетентностью (32%), добросовестностью (28%), знаниями (24%), честностью (8%). Меры по поддержанию репутации заключаются в получении и применении новых знаний (52%), совершенствовании профессионализма (36%), анализе и поиске причин ошибок (23%), затруднились ответить 8% опрошенных докторов. На вопрос: «Где локализована репутация врача?», – 56% ответили, что «вне личности врача» (в мнении или сознании пациентов и коллег, в отношении окружающих людей, «в воздухе клиники»). 27% считают, что репутация врача – это его восприятие мнения окружающих, то есть понятие не только неразрывно связано с личностью врача, но и локализована в его сознании. 17% были не готовы ответить («не думали над этим»).

Законодательство РФ не предлагает легального определение понятий «честь», «достоинство» и «деловая репутация», «порочащие сведения», что затрудняет оценку наличия и размера морального вреда, который причинен гражданину. В связи с этим судам до сих пор сложно рассматривать такие дела, ведь размер компенсации определяется не по перечню критериев, а по личному мнению судьи, стремящемуся к разумности и справедливости.

В настоящее время, несомненно, важна репутация клиники в сети Интернет, поскольку вся положительная и отрицательная информация размещается в сети на неограниченное время; и если информация окажется негативной, то сможет принести много вреда компании. В данном аспекте важно, что судебная защита чести, достоинства и деловой репутации лица, в отношении которого распространены не соответствующие действительности порочащие сведения, не исключается также в случае, когда невозможно установить лицо, распространившее такие сведения (например, при направлении анонимных писем в адрес граждан и организаций либо распространении сведений в сети Интернет лицом, которое невозможно идентифицировать).

Таким образом, в правовой системе Российской Федерации существуют основы для защиты репутации врача и медицинской организации. Эти понятия связаны с обеспечением качеством медицинской помощи и развитием системы здравоохранения. Представляется необходимым дальнейшее изучение данного вопроса как неразрывно связанного с важнейшими общественными мероприятиями по охране здоровья населения.



Обсуждается отношение врачей к правовому регулированию медицинской деятельности, в частности, к понятию «репутация врача», на основании анкетирования врачей при последипломном обучении на кафедре медицинского университета. Все опрошенные врачи уверены в необходимости получения правовых знаний при последипломном обучении врачей. Определяют репутацию врача как понятие, связанное с качеством работы (41%), компетентностью (32%), добросовестностью (28%), знаниями (24%), честностью (8%). Анализируется состояние проблемы правового регулирования чести, достоинства и репутации граждан и организаций в Российской Федерации.

The attitude of physicians to the legal regulation of medical activity, in particular, to the notion of the reputation of doctors, is discussed on the basis of questionnaires of doctors in postgraduate education at the Department of Medical University. Define the reputation of the doctor as a concept related to the quality of work (41%), competence (32%), honesty (28%), knowledge (24%), honesty (8%). The state of the problem of legal regulation of citizens' honor, dignity and reputation organizations in the Russian Federation.

ДИАГНОСТИКА СПКЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Елгина С.И., Беглова А.Ю.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Кемерово*

Ранняя диагностика СПКЯ играет ключевую роль в устранении симптомов, улучшении качества жизни и выявлении проблем фертильности, а также в долгосрочной перспективе, включая метаболические, сердечно-сосудистые и психосоциальные особенности. Остается актуальным поиск четких, специфических маркеров СПКЯ, позволяющих выявлять заболевание на ранних стадиях его развития.

В связи с вышеизложенным, диагностика синдрома поликистозных яичников у женщин раннего репродуктивного возраста является актуальной.

Исследование проводилось с информированного согласия женщин на базе ГАУЗ Кемеровской области «Клиническая поликлиника №5, женскую консультацию №1», г. Кемерово. В исследование включены 200 женщин раннего репродуктивного возраста от 18 до 35 лет, которые были распределены на две равные группы с учетом наличие или отсутствия синдрома поликистозных яичников. Исследованы основные клинико-анамнестические факторы – продолжительность менструального цикла (олиго/амено-



рей), гормональные показатели овариального резерва и ультразвуковые параметры матки и придатков (уровень АМГ, объем яичников и количество фолликулов в них).

С помощью расчета отношения шансов был рассчитан относительный риск и выявлены фактор и маркеры, прогнозирования развития синдрома поликистозных яичников, которые легли в основу модели диагностики данного синдрома. При ее создании нами был использован метод бинарной логистической регрессии.

Установлено, что СПКЯ диагностируется при оптимальных качественных или количественных характеристиках созданной модели, возникает при наличии олиго/аменореи более 38,5 дней, уровни АМГ выше 10,2 нг/мл, количестве фолликулов в левом яичнике – выше 15,0, в правом яичнике – выше 13,0, объеме левого яичника – более 12,7 см³, правого яичника – более 15,3 см³. Согласно полученным показателям, диагностика СПКЯ возрастает при увеличении дней олиго/аменореи, повышении уровня АМГ, количества фолликулов и объема яичников.

Были сформированы диапазоны качественной оценки диагностики СПКЯ. Значения прогностической вероятности диагностики СПКЯ находится в диапазоне от 0 до 1.

Для оптимизации работы практического врача на основе разработанной прогностической модели была создана прикладная программа для ЭВМ «Клинико-анамнестическая, лабораторная и ультразвуковая диагностика СПКЯ». При использовании компьютерной программы «на входе» вводятся фамилия, имя, отчество, возраст обследуемой, затем показатели дни олиго/аменорея, уровень АМГ, количество фолликулов в яичниках и объем яичников. После этого на выходе выдается прогностическая вероятность в качественном и количественном эквивалентах, делается заключение о вероятности диагностики СПКЯ.

Программа «Клинико-анамнестическая, лабораторная и ультразвуковая диагностика СПКЯ» тестирована на независимой выборке (200 женщин).

Медиана возраста независимой выборки составила 31,0 год. Олиго/аменорею более 40 дней имели 54,0% женщин. Медиана уровня АМГ независимой выборки составила 7,4 Ед измерения. Медиана количество фолликулов в левом яичнике составила 9. Медиана количество фолликулов в правом яичнике составила 6,0. Медиана объема левого яичника составила 8,6, см³. Медиана объема правого яичника составила 8,3, см³. Результаты тестирования программы показали, что чувствительность данного способа диагностики СПКЯ составила 70,9%, а специфичность – 75,7%.

Таким образом, программа диагностики СПКЯ «Клинико-анамнестическая, лабораторная и ультразвуковая диагностика СПКЯ», основанная на определении клинических факторов, лабораторных и ультразвуковых маркеров, может быть рекомендована к рутинному применению для диагностики СПКЯ и более дифференцированному подходу к проведению лечебных мероприятий.



Компьютерная программа «Клинико-anamнестическая, лабораторная и ультразвуковая диагностика синдрома поликистозных яичников» зарегистрирована (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2019662249, дата государственной регистрации в реестре программ для ЭВМ 19.09.2019 года. Федеральная служба по интеллектуальной собственности, г. Москва).

Цель исследования разработка компьютерной программы диагностики СПКЯ у женщин раннего репродуктивного возраста. Объектом исследования были 200 женщин от 18 до 35 лет с наличием или отсутствием СПКЯ, исследованные клинико-anamнестическим, лабораторным, ультразвуковым и статистическими методами. На основе полученной информационной базы была разработана компьютерная программа с использованием метода логистической регрессии для диагностики СПКЯ, которая была протестирована на независимой выборке. Чувствительность данного способа диагностики СПКЯ составила 70,9%, а специфичность – 75,7%.

The aim of the study is to develop a computer diagnostic program for PCOS in women of early reproductive age. The object of the study was 200 women between 18 and 35 years of age with the presence or absence of PCOS, studied clinical-anamnestic, laboratory, ultrasound and statistical methods. On the basis of the received information base, a computer program was developed using the logistical regression method for the diagnosis of PCOS, which was tested in an independent sample. The sensitivity of this method of diagnosis of PCOS was 70.9%, and the specificity – 75.7%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСОВ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Жаркин Н.А., Сейкина В.А., Прохвятилов С.А., Бурова Н.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградская областная клиническая больница №1
г. Волгоград*

В настоящее время пролапсы тазовых органов представляют собой частую проблему женщин не только старшего, но детородного возраста, снижая качество жизни и требующие оперативного лечения. В гинекологических стационарах Волгоградской области ежегодно выполняется до 200 операций по поводу пролапсов тазовых органов. И это только 1/4–1/3 нуждающихся. Несмотря на многочисленные варианты хирурги-



ческой коррекции, имеются известные трудности в лечении таких больных, обусловленные не только техникой операции, но и особенностями ведения послеоперационного периода.

Цель

Исследования явилась разработка инновационного подхода к лечению пациенток с пролапсами тазовых органов в виде усовершенствованной методики выполнения операции и использования принципов укоренного выздоровления.

Материалы и методы

Проведено проспективное наблюдение за 86 пациентками с пролапсом тазовых органов POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantitative) II-III степени тяжести за 4 года с 2016 по 2019 г. г. Госпитализация осуществлялась накануне дня операции. Хирургическое лечение проводилось по оригинальной методике (Способ хирургического лечения пролапса тазовых органов. Патент № 2581005 от 21.03.2016 г.) и заключалось в 2-х этапной операции. На первом этапе выполнялась передняя и/или задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой. На втором этапе лапаротомическим или лапароскопическим доступом шейка матки фиксировалась линейным сетчатым протезом экстраперитонеально между листками широкой связи матки к апоневрозу передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде осуществлялась ранняя активация пациенток (вечером в день операции), ограничение назначения анальгетиков одними сутками, энтеральное кормление через 6–8 часов после операции (смеси Нутризон, Нутрикомп), исключение клизмы, ранняя выписка из стационара. Оценивалась удовлетворенность пациенток в плане устранения симптомов заболевания, наличие ранних и отсроченных осложнений, частота рецидивов в течение 2-х лет после операции.

Результаты

Продолжительность операции (оба этапа) не превышала 140 мин. Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае. Средняя кровопотеря на 1-м этапе составила 50+7 мл, на 2-м – 150+24 мл. Ранние послеоперационные осложнения в виде гематом и кратковременных (до 2-х суток) нарушений мочеиспускания отмечены в 6 случаях. Выписка осуществлялась не позднее 6-х суток послеоперационного периода. Удовлетворенность результатами лечения через 3 месяца отметили 82 (95,3%) пациентки. Рецидив пролапса в течение 2-х лет наблюдения возник у 2-х из 60 (3%) пациенток. За остальными наблюдение продолжается.

Таким образом, усовершенствованный метод хирургического лечения в сочетании с принципами укоренного выздоровления после операции у пациенток с тяжелыми пролапсами тазовых органов позволяют улучшить течение раннего послеоперационного периода и достичь хороших отдаленных результатов.



Целью настоящего исследования явилась оценка результатов лечения пациенток с тяжелыми пролапсами тазовых органов, включающего усовершенствованный метод хирургической коррекции пролапса и принципы ускоренного выздоровления после операции (ранняя активация, ограничение анальгетиков, раннее кормление, исключение клизмы, ранняя выписка из стационара). В исследование включены 86 пациенток. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались только у 8 (9,3%) пациенток в виде гематомы и кратковременного нарушения мочеиспускания. Рецидив пролапса в течение 2-х лет отмечался лишь в 3% случаев.

Objective: This study aimed to evaluate the rate of satisfactory outcomes of surgery on women with severe genital prolapse using including an improved method of original combined surgical treatment and Enhanced recovery after surgery (early activity, limit of analgesics, early have feeding, no enema, early discharge from the hospital). Materials and methods: The study included 86 women with severe forms of pelvic organ prolapse. Results. Satisfaction with the results of treatment after 3 months was noted by 82 (95,3%) patients. There were 6 cases of early postoperative complications as the hematoma and short termed dysfunction of urination. The rate of relapses was 3% only.

СОСТОЯНИЕ ТОПИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ

Иванова А.А., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Прилепская В.Н.,
Уруймагова А.Т.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»
г. Москва*

Частота цервицитов в общей популяции женщин репродуктивного возраста составляет 70–80%. Высокая частота данной патологии обусловлена изменениями общей реактивности организма в результате нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунной системы. Изучение цитокинового состава в отделяемом и клеточном материале с поверхности шейки матки позволяет расширить представление и углубить знания о местном иммунитете шейки матки.



Цели

Исследование цитокинов для прогнозирования течения и исхода инфекционного процесса при хроническом неспецифическом цервиците у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

В исследовании были изучены особенности цитокинов (IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, ИНФ- γ , ФНО- α) локального иммунитета нижних отделов половых путей у 83 женщин с хроническим цервицитом. В контрольную группу вошли 35 практически здоровых женщин. Критериями исключения из исследования являлись: беременность и лактация, наличие острого цервицита, предрака и рака шейки матки, тяжелой экстрагенитальной патологии и признаков острых инфекционных заболеваний. Для уточнения диагноза всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало в себя клинико-анамнестическое обследование, микроскопическое исследование микрофлоры со слизистой влагалища методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (Фемофлор 16, ПЦР 7 показателей (патогенные микроорганизмы), определение полиморфизмов генов (IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, ИНФ- γ , ФНО- α)).

Результаты и их обсуждение

В результате статистического анализа в контрольной группе здоровых женщин экспрессия цитокинов составила; IL-1 β = 51,6; IL-4=28,3; IL-6=42,1; IL-8=302,3; ИНФ- γ = 2,6; ФНО- α =2,7. В группе женщин с хроническим цервицитом были, экспрессия цитокинов составила: IL-1 β = 97,2; IL-4=63,3; IL-6=84,5; IL-8=498,2; ИНФ- γ = 5,8; ФНО- α =3,6. Увеличение концентрации ИЛ-1 β в 2 раза, по сравнению с их количеством в контрольной группе, свидетельствует об активации моноцитов/макрофагов стромы на фоне воспалительного процесса шейки матки. Повышение содержания ИЛ-6 в слизистой оболочке шейки матки у женщин с хроническим цервицитом свидетельствует о высокой активности моноцитарно-макрофагального звена иммунного ответа. Увеличение концентрации ИЛ-4 в группах наблюдения показало статистически значимое увеличение данного показателя. У пациенток с активным течением воспалительного процесса экспрессия данного цитокина увеличилась в 3 раза по сравнению с показателями контрольной группы. Повышенная продукция ИНФ- γ способствует активации макрофагов в патологическом очаге.

Заключение

У всех пациенток с хроническим цервицитом выявлено повышение секреции цитокинов, которые ответственны за поддержание оптимального уровня клеточной активности. Динамическое равновесие цитокинового профиля связано с достаточно высокой активностью гуморального и клеточного звена иммунного ответа. Следует полагать, что назначение в перспективе препаратов цитокинового ряда приведет к нормализации локального иммунитета и повысит эффективность терапии. Исследование продолжается.



Изучение цитокинового состава в отделяемом и клеточном материале с поверхности шейки матки позволяет расширить представление и углубить знания о местном иммунитете шейки матки. Исследование цитокинов для прогнозирования течения и исхода инфекционного процесса при хроническом неспецифическом цервиците у женщин репродуктивного возраста. Динамическое равновесие цитокинового профиля связано с достаточно высокой активностью гуморального и клеточного звена иммунного ответа. Следует полагать, что назначение в перспективе препаратов цитокинового ряда приведет к нормализации локального иммунитета и повысит эффективность терапии.

The study of the cytokine composition in the detachable and cellular material from the surface of the cervix allows expanding the understanding and knowledge of local immunity of the cervix. The study of cytokines to predict the course and outcome of the infectious process in chronic nonspecific cervicitis in women of reproductive age. The dynamic balance of the cytokine profile is associated with a fairly high activity of the humoral and cellular link of the immune response. It should be assumed that the appointment of cytokine-type drugs in the future will lead to the normalization of local immunity and increase the effectiveness of therapy.

ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Иванова Н.В., Фотина Е.В., Бугеренко А.Е., Ревина Д.Б.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Медицинский научно-образовательный центр
г. Москва*

Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения пациенток с пролапсом гениталий на основе разработки дифференцированного подхода к оперативному лечению.

Было обследовано 726 пациенток с пролапсом гениталий различной степени тяжести. 111 пациенткам была выполнена влагалищная гистерэктомия в сочетании с передней кольпоррафией и кольпоперинеолеваторопластикой; лапароскопическая промонтофиксация выполнялась у 53 больных и экстраперитонеальная кольпопексия – у 262 пациенток.

Возраст оперированных больных варьировал от 35 до 77 лет. У 81,1% пациенток был выявлен первичный пролапс, у 5,9% пациенток в анамнезе выполнялась вентрофиксация лапаротомным доступом, у 12,9% в анамнезе имели пластику стенок влагалища. Пролапс матки был выявлен у 505 пациенток; у 221 был диагностирован пролапс куль-



ти шейки матки/влагалища после перенесенной гистерэктомии, возникший в ближайшие два года после операции, что свидетельствует о недооценки структурных изменений в тазовом дне и, вследствие чего, неправильного выбора метода лечения. Операцией выбора у пациенток с рецидивным пролапсом, а также больных после перенесенной гистерэктомии является выполнение операций с сетчатыми протезами.

Положительные результаты лечения апикального пролапса с помощью лапароскопической промонтофиксации констатированы у 99% пациенток, цистоцеле у 76% и ректоцеле у 77% женщин. Экстраперитонеальная кольпопексия была эффективной у 95% пациенток. Частота эрозий влагалища (одного из самых частых mesh-ассоциированных осложнений) у пациенток после проведенной промонтофиксации достоверно ниже по сравнению с экстраперитонеальной кольпопексией (4% против 10%). У большинства пациенток после промонтофиксации наблюдалось улучшение качества сексуальной жизни (у 95%), напротив диспареуния в отдаленном периоде наблюдалась у 12% пациенток, пролеченных по методике экстраперитонеальной кольпопексии. Эффективность влагалищной гистерэктомии с хирургической коррекцией пролапса местными тканями была ниже, чем при использовании синтетических протезов и составила 88%. В этой группе рецидивы наблюдались у пациенток с пролапсом 4 степени с сопутствующей грыжей тазового дна.

Таким образом, более целесообразно выполнение операции экстраперитонеальной кольпопексии пациенткам после предшествующих гистерэктомии и/или передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики влагалища. У молодых, сексуально активных женщин для лечения апикального и рецидивного пролапса гениталий предпочтение должно отдаваться лапароскопической промонтофиксации. Пациенткам старшей возрастной группы без сопутствующей грыжи тазового дна достаточным является применение влагалищной гистерэктомии с хирургической коррекцией пролапса местными тканями.

Экстраперитонеальная кольпопексия показана пациенткам после предшествующих гистерэктомии, с рецидивом пролапса. У молодых, сексуально активных женщин для лечения апикального пролапса гениталий предпочтение должно отдаваться лапароскопической промонтофиксации. У пациенток старшей возрастной группы без сопутствующей грыжи тазового дна достаточным является применение влагалищной гистерэктомии с хирургической коррекцией пролапса местными тканями.

Extraperitoneal colpopexy is indicated in patients with recurring prolapse after previous hysterectomy. In younger, sexually active women with apical genital prolapse laparoscopic promofixation should be chosen. In older patients without concomitant pelvic floor hernia a vaginal hysterectomy with colpoperineolevatoroplasty.



ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ильясов К.А., Эседова А.Э., Идрисова М.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Махачкала*

По данным ряда исследований, изучающих клинико-иммунологические особенности состояния пародонта и цитокинового профиля в ротовой полости у беременных, выявлено увеличение частоты и тяжести патологии твердых тканей зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта при патологическом течении беременности. Формирование гингивита и пародонтита у беременных определяется действием ряда факторов, действующих как местно, так и на системном уровне: нарушение гигиены ротовой полости, курение, экстрагенитальная патология, иммуносупрессия и местный цитокиновый дисбаланс, тесно связанные с гестозом.

Цель исследования

Изучение клинических особенностей состояния пародонта в ротовой полости у беременных.

Обследовано 105 беременных во II и III триместрах, из них 60 женщин с физиологически протекающей беременностью и 45 – беременностью, осложненной поздним гестозом. Контрольную группу составили 30 небеременных здоровых женщин репродуктивного возраста.

Оценка стоматологического статуса осуществлялась в соответствии с рекомендациями В.С. Иванова. Оценивали: изменение цвета слизистой оболочки десны, степень кровоточивости десен, глубину пародонтальных карманов. Проводили индексную оценку состояния тканей пародонта, используя упрощенный индекс гигиены по Грину-Вермильону; папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА); пародонтальный индекс (ПИ).

Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ Statistica с использованием критериев достоверности Стьюдента и Манна-Уитни.

По результатам, у 22 (37%) пациенток с физиологически протекающей беременностью выявлен хронический генерализованный катаральный гингивит. Поражение тканей пародонта у беременных с гестозом наблюдали достоверно чаще: у 29 (64%) беременных обнаружен хронический генерализованный катаральный гингивит, у 5 (11%) женщин – хронический генерализованный пародонтит легкой степени.



Беременные с хроническим генерализованным катаральным гингивитом предъявляли жалобы на зуд в области десен, их кровоточивость, незначительную болезненность. Также выявлена отечность десневых сосочков и гиперемия маргинальной десны без нарушения целостности зубодесневого соединения. У беременных выявлены наддесневые зубные отложения. Показатели индексной оценки состояния пародонта: индекс гигиены (УИГР) – $2,21 \pm 0,05$; индекс гигиены – $1,24 \pm 0,05$; степень кровоточивости десны – $1,96 \pm 0,07$; РМА – $30,5 \pm 1,6$; ПИ – $1,33 \pm 0,04$.

При объективном осмотре беременных с хроническим генерализованным пародонтизом обнаружены отечность, цианотичность десны, над- и поддесневые зубные отложения. Гигиенический индекс по УИГР составил $2,53 \pm 0,06$; индекс гигиены – $1,84 \pm 0,13$; степень кровоточивости десны – $3,35 \pm 0,16$; РМА – $47,8 \pm 2,3$; ПИ – $3,52 \pm 0,05$.

Таким образом, патология пародонта на фоне физиологической беременности наблюдается в 37% случаев и представлена хроническим генерализованным катаральным гингивитом; при беременности, осложненной гестозом, чаще регистрируется хронический генерализованный катаральный гингивит (в 64% случаев), а у 11% беременных – хронический генерализованный пародонтит легкой степени.

Обследовано 105 беременных во II и III триместрах, из них 60 женщин с физиологически протекающей беременностью, 45 – беременностью, осложненной поздним гестозом. Контрольную группу составили 30 небеременных здоровых женщин репродуктивного возраста. Установлено, что патология пародонта на фоне физиологической беременности наблюдается в 37% случаев и представлена хроническим генерализованным катаральным гингивитом; при беременности, осложненной гестозом, чаще регистрируется хронический генерализованный катаральный гингивит (в 64% случаев), а у 11% беременных – хронический генерализованный пародонтит легкой степени.

105 pregnant women in the second and third trimesters were examined, 60 of them with physiologically occurring pregnancy, 45 with pregnancy complicated by late gestosis. The control group consisted of 30 non-pregnant healthy women of reproductive age. It was found that periodontal pathology against the background of physiological pregnancy is observed in 37% of cases and is represented by chronic generalized catarrhal gingivitis; in pregnancy complicated by gestosis, chronic generalized catarrhal gingivitis is more often registered (in 64% of cases), and in 11% of pregnant women – chronic generalized periodontitis of a mild degree.



САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОК К ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ипатова М.В.¹, Маланова Т.Б.¹, Медведева И.М.²

- 1. ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава РФ. 2. Алтайский край,*
- г. Белокуриха, санаторий «Россия»*
- г. Москва, г. Белокуриха*

Россия, XXI век, низкий коэффициент рождаемости, частота бесплодных браков составляет 8–20%. Эффективным современным методом лечения женского бесплодия является проведение программы ВРТ. При этом результативность метода во многом зависит от состояния эндометрия. Целесообразность физиотерапии (ФТ) в патогенетически обоснованном лечении хронического эндометрита доказана. Учитывая факт, что большинство пациенток позднего репродуктивного возраста, с наличием соматической патологии, то уместно заметить, что роль санатория, расположенного в уникальной климатической зоне с минеральными природными источниками приобретает особую значимость.

Цель исследования

Оптимизировать подготовку эндометрия у пациенток перед программой ВРТ в санаторно-курортных условиях.

92 пациенткам с миомой матки и эндометриозом I и II ст. распространения в комплекс санаторного лечения была включена экстракорпоральная магнитная стимуляция («АВАНТРОН») и бесконтактный массаж электростатическим полем («ЭЛГОС») – ФТ, не-теплого действия и не обладающая пролиферирующим эффектом.

На 7 и 22 день овуляторного цикла проведены УЗ оценка состояния эндометрия, доплерометрия маточного кровотока, маркеры имплантации: лейкемия ингибирующего фактора (LIF), сосудистого эндотелиального (VEGF-A), фактора некроза опухоли (TNF α), трансформирующего фактора роста (TGFB).

У 85,7% женщин выявлен клинически манифестный синдром вегетативной дистонии (СВД). Он сопровождался изменением тонуса сосудов (100%) и давления в вертебробазиллярном сосудистом бассейне (56,5%) а также десинхронизацией биоритмов головного мозга (100%) в виде изменений феноменологических характеристик а-активности. Т.е. имело место нарушение функции центрального регулирования кровообращения на трассе «сердце-головной мозг», что влияет и на кровоснабжение зоны малого таза. Поэтому в лечебный комплекс введены ФФ общего действия (климатотерапия, баль-



неолечение, терренкур, питье минеральных вод) и центральная регулирующая ФТ (цветоритмотерапия, электросон), нормализующих работу над- и сегментарных систем организма.

После ФТ на 5–7 дц толщина эндометрия составила $4,91 \pm 0,3$ мм при его однородной структуре, на 22 дц – $9,00 \pm 0,11$ мм и трехслойным. Показатели сосудистого сопротивления, исходно повышенные до ФТ, снизились: в маточных артериях в 88,0%, аркуатных – в 51,1% и радиальных – в 41,3% случаях. Улучшению маточного кровотока способствовала локальная и центральная регулирующая ФТ. Опосредованное влияние на деятельность миокарда оказали климатотерапия, бальнеолечение и дозированные физические нагрузки, что способствовало восстановлению вегетативного гомеостаза у 96,7% пациенток.

На 22 дц экспрессия LIF в поверхностном эпителии была средней при доле клеток, содержащих пиноподии, $22,8 \pm 2,9\%$. Максимальная экспрессия VEGF-A эпителиальными стромальными клетками отмечена у 78,3% пациенток, уровень TNF α в маточном эпителии составил $44,9 \pm 3,4$, а содержание TGF β – $24,3 \pm 2,3$ пг/мл.

Таким образом, у пациенток с бесплодием и пролиферативными заболеваниями половых органов комплексная ФТ в условиях санатория способствует улучшению рецептивности эндометрия вследствие положительного влияния на маточное кровообращение и ряд маркеров имплантации. ФФ центрального и общего действия обладают вегетокорректирующим и общеукрепляющим эффектом, что позволяет купировать признаки СВД и способствовать оздоровлению женщин.

У пациенток с бесплодием и пролиферативными заболеваниями половых органов комплексная ФТ в условиях санатория способствует улучшению рецептивности эндометрия вследствие положительного влияния на маточное кровообращение и ряд маркеров имплантации. ФФ центрального и общего действия обладают вегетокорректирующим и общеукрепляющим эффектом, что позволяет купировать признаки СВД и способствовать оздоровлению женщин.

In patients with infertility and proliferative diseases of the genitals, complex FT in a sanatorium improves endometrial receptivity due to its positive effect on uterine blood circulation and a number of implantation markers. FFS of Central and General action have a vegetative and restorative effect, which allows you to stop the signs of SVD and promote the health of women.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Ипатова М.В.¹, Маланова Т.Б.¹, Медведева И.М.²

1. ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава РФ. 2. Алтайский край,
- г. Белокуриха, санаторий «Россия»
- г. Москва, г. Белокуриха

Актуальность проблемы врожденных аномалий развития матки у женщин определяется их значительной распространенностью и является причиной бесплодия или невынашивания беременности. Своевременно начатая и правильно организованная 2-х этапная реабилитация таких пациенток позволяют сохранить возможность к реализации их репродуктивной функции.

Цель исследования

Создание алгоритма восстановительного лечения у пациенток репродуктивного возраста с аномалиями развития внутренних половых органов после хирургического лечения.

Пролечено и обследовано 143 пациентки 36–44 лет с аномалиями развития матки (полная или неполная внутриматочная перегородка, двурогоая матка), влияющими на репродуктивную функцию.

Нами сформирован алгоритм проведения дифференцированного физиолечения на госпитальном и постгоспитальном этапах медицинской реабилитации. Задачей 1 этапа – госпитального, явилась ранняя, начатая через 2–3 ч после операции, т.е. в состоянии медикаментозной седации, интенсивная противовоспалительная терапии в сочетании (или без) с медикаментозной, направленная на профилактику и лечение осложнений. Физическими факторами (ФФ) выбора могут быть: низкочастотная магнитотерапия, лазеро- или магнитолазерная терапия, бесконтактный массаж электростатическим полем (ЭЛГОС); курс лечения составил 7–15 процедур.

2 этап – постгоспитальный, в санаторно-курортных условиях, используя весь спектр общих воздействий (климатотерапия, бальнеолечение, массаж, лечебную физкультуру, психотерапия, оптимизация пищевого рациона) целесообразно назначать с 5–7 дмц по истечении не менее 2 месяцев после операции. При выборе ФФ и методики воздействия необходимо учитывать возрастные особенности, исходную функцию яичников, наличие пролиферативных заболеваний и соматической патологии. ФФ выбора при ло-



кализации на малый таз м.б. электроимпульсная, лазеро- ультратон-, инфита- и ультразвуковая терапия; экстракорпоральная магнитная стимуляция (АВАНТРОН) и др. Все физиолечение проводят на фоне механической контрацепции и до окончания периода последствий.

Важно подчеркнуть, что санаторный этап реабилитации имеет выигрышное положение в устранении стрессовых расстройств у пациенток после операции. Комплексное использование научных корректирующих технологий повышает общий адаптационный потенциал (АП) организма. Это говорит о более быстром стихании послеоперационного воспалительного процесса, регрессе ряда показателей нарушения регионарного кровообращения вегетососудистой дистонии.

При этом оценка состояния физического здоровья женщин после операции не должна ограничиваться определением показателями 1–2 систем. Санаторное лечение обеспечивает положительное влияние на сбалансированность функционирования всех систем организма.

Так, АП организма по Баевскому у 126 (88,1%) женщин с аномалиями развития матки после операции и 2-х этапной реабилитации составил $2,09 \pm 0,13$ у.е и соответствовал нормативному, а из 78 женщин, получивших только 1-й этап, лишь 51 (65,4%).

Вывод

Практическая реализация здоровьесберегающей концепции у женщин с аномалиями развития матки после операции на постгоспитальном этапе целесообразна в санаторно-курортных условиях. Комплекс такого лечения значительно улучшает адаптационные возможности организма и создает благоприятный фон для ответных реакций на последующую терапию.

Практическая реализация здоровьесберегающей концепции у женщин с аномалиями развития матки после операции на постгоспитальном этапе целесообразна в санаторно-курортных условиях. Комплекс такого лечения значительно улучшает адаптационные возможности организма и создает благоприятный фон для ответных реакций на последующую терапию.

The practical implementation of the health-saving concept in women with uterine abnormalities after surgery at the post-hospital stage is appropriate in Spa conditions. The complex of such treatment significantly improves the adaptive capabilities of the body and creates a favorable background for responses to subsequent therapy.



ИССЛЕДОВАНИЯ СТРУКТУРНЫХ ПРИЧИН В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЗАМЕРЗШИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Исмаилова И.В.

*НАО «Западно-Казахстанский Медицинский Университет» им. М. Оспанова
г. Актобе*

Невынашивание беременности – проблема, значение которой со временем возрастает. Она является одной из часто встречающихся причин в структуре невынашивания беременности, частота достигает 15–20%. Частота невыясненных причин данной патологии высокая, что обусловлено многофакторностью этиологии патогенетических механизмов заболевания. Выявление конкретного фактора, явилось одним из важнейших путей снижения иммуногенетической заболеваемости и репродуктивных потерь.

Цель исследования

Изучить этиологические факторы missed abortion.

Проведен анализ истории болезни 82 пациентов с замерзшей беременностью, получивших медицинскую помощь в гинекологических отделениях Больницы Скорой Помощи, Мед Центра, частного кабинета «Тулпар».

Изучены анамнез, результаты клинического, бактериологического, бактериоскопического исследования соскобов, результаты гормональных исследований, интерпретированы результаты современных методов диагностики инфекций, передаваемых половым путем.

Возраст пациенток составил от 25 до 42. Из анамнеза первая беременность отмечалась 22,2% пациенток, повторная беременность у 87 женщин. При более детальном осмотре выявлено, что у повторно беременных пациенток в анамнезе в 38% случаев – самопроизвольный аборт, в 62% случаев воспалительные заболевания половых органов. По сроку гестации неразвивающаяся беременность приходилась на срок 3–5 недель в 21% случаев, 6–8 недель в 55% случаев, 9–12 недель в 24% случаев. Наиболее часто замерзшая беременность наступала в 6–8 недель беременности, что обусловлено по данным литературы отсутствием плаценты и высокой подверженности эмбриона к воздействию эндогенных и экзогенных факторов. Чем меньше срок беременности, тем эта чувствительность выше. Клинические признаки неразвивающейся беременности проявляются через 2–6 недели после прекращения развития беременности.

Изучение этиологических факторов развития невынашивания беременности выявило высокую частоту экстрагенитальной патологии, сердечно-сосудистой в 12% случаев,



ЖКТ в 32% случаев, мочевыделительной системы в 43% случаев. Антифосфолипидный синдром был выявлен у 22%, пациенток.

По результатам исследования эндокринного статуса – нарушения наблюдались у 58% пациенток. Это проявлялось в гипофункции яичников в 28% случаев, гиперфункцией в 30% случаев. Эндокринная патология обуславливает недостаточную секреторную трансформацию эндометрия, нарушение процесса имплантации и гибель зародыша.

Отмечается, что в генезе невынашивания беременности причиной могут являться генетический фактор и наличие гипергомоцистеинемии, но данные исследования нами не проводились. Из инфекций, передаваемых половым путем в 82% выявлены герпес и цитомегаловирусная инфекция, в 45% случаев бактериологическая инфекция микоплазмы, уреоплазмы, хламидий, грибов. Инфекции чаще проявлялись в ассоциации и приводили к хроническому воспалительному процессу.

Результаты гистологического исследования соскобов эндометрия, выявили следующие морфологические признаки: эндометрит в 28% случаев, децидуит в 43% случаев, васкулит в 12% случаев, обширная лейкоцитарная инфильтрация эндометрия в 17% случаев. Это свидетельствует об инфекционном генезе как основном факторе в развитии и возникновении неразвивающейся беременности.

Таким образом, основной причиной в генезе невынашивания беременности ведущее место занимают инфекции и гормональные нарушения. Необходимо дальнейшее изучение этиологии данного заболевания, в частности генетического фактора, а также, полное клиническое обследование пациенток даже с одним случаем неразвивающейся беременности. Далее проводить индивидуальное этиологическое лечение и реабилитацию пациенток с контрацепцией не менее 3х месяцев. Стационарное обследование и лечение включает: выявление наиболее вероятных факторов гибели плода. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделяемого из влагалища и полости матки. ПЦР диагностика. Проведение лечебно-профилактических мероприятий, исследование гормонального фона, определение аутоиммунных нарушений, генетическое консультирование, нормализация психологического состояния женщины.

Нами были исследованы 82 истории женщин с замерзшей беременностью. Изучение этиологических факторов развития невынашивания беременности выявило высокую частоту экстрагенитальной патологии, сердечно-сосудистой в 12% случаев, ЖКТ в 32% случаев, мочевыделительной системы в 43% случаев. Установлено, что основной причиной в генезе невынашивания беременности ведущее место занимают инфекции и гормональные нарушения.

We studied 82 stories of women with frozen pregnancies. The study of etiological factors for the development of miscarriage revealed a high incidence of extragenital pathology, cardiovascular disease in 12% of cases, gastrointestinal tract in 32% of cases, and urinary system in 43% of cases. It was found that the main cause of miscarriage in the Genesis of pregnancy is the leading place occupied by infections and hormonal disorders.



ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Исмаилова И.В., Изтлеуов Е.М.

*Областной перинатальный центр
г. Актобе*

По данным статистики, в мире частота ожирения среди беременных колеблется от 12 до 28% и не имеет тенденции к снижению. Ожирение представляют собой актуальную проблему современного акушерства. Установлена четкая связь ожирения с различными нарушениями репродуктивного здоровья – невынашивание беременности, бесплодие, нарушение менструального цикла, гестоз и многое другое.

Цель исследования

Выявить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ожирением.

Было проведено проспективное исследование, включающее 100 наблюдений за период с 2017 по 2019 г. Критериями включения пациенток в работу были ИМТ \geq 30, одноплодная беременность, отсутствие сахарного диабета и хронической болезни почек. Беременные были подразделены на три подгруппы. Первую подгруппу составили пациентки с 1 степенью ожирения (ИМТ 30–34,9, n=60), вторую – со 2 степенью ожирения (ИМТ 35–39,9, n=28), третью подгруппу – с ожирением 3 степени (ИМТ 40 и более, n=12).

Возраст беременных составил от 20 до 42 лет. По мере прогрессирования степени ожирения артериальная гипертензия диагностировалась в 5 раза чаще, варикозное расширение вен нижних конечностей в 4 раза, хронический бронхит в 2 раза, а мочекаменная болезнь – в 3 раза. Менструальный цикл у большинства пациенток всех подгрупп был регулярный. Дисфункция яичников диагностирована у 17%, 14% и 10% женщин соответственно. Наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями среди всех обследованных подгрупп были эрозия шейки матки (38%, 51% и 42%) и кандидозный кольпит (16%, 29% и 56%). С достоверно большей частотой в подгруппе женщин с ожирением 3 степени диагностировались миома матки (13%) и вторичное бесплодие (18%).

У пациенток с ожирением 3-й степени в 4 раза чаще рождались дети с массой более 4000 г.

Анализ течения беременности у пациенток с ожирением выявил некоторые закономерности. В I триместре у женщин с ожирением 3 степени ранний гестоз и угроза прерыва-



ния беременности диагностированы в 1,7 раза чаще, анемия в 3,4 раза, бессимптомная бактериурия – в 5 раз чаще, чем у женщин с ожирением 1 и 2 степени. Во II триместре раннее начало гестоза отмечено у 27% беременных с ожирением 3 степени, против 12% и 14% при ожирении 1 и 2 степени, соответственно. Угроза прерывания беременности с равной частотой встречалась во второй и третьей подгруппах (18% и 17%), а в первой подгруппе диагностировалась в 23% случаев.

В III триместре гестоз был выявлен в 37%, 39% и 43% случаев соответственно подгруппам, примерно с одинаковой частотой было диагностировано нарушение маточно-плацентарного кровотока (12%, 10,7% и 25%). Угроза преждевременных родов выявлялась с равной частотой в подгруппе пациенток с 1 и 3 степенью ожирения (32%), а в подгруппе с ожирением 2 степени составляла 21,5%.

Большинство беременных с ожирением были родоразрешены в срок (85%, 75% и 67%). Преждевременные и запоздалые роды чаще встречались в подгруппе женщин с ожирением 3 степени. Путем операции кесарево сечение были родоразрешены 21%, 25% и 34% женщин соответственно подгруппам.

В подгруппе женщин с ожирением 3 степени была выявлена максимально высокая частота осложнений родов. Дородовое излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности диагностированы почти в 2,7 раза чаще, чем у женщин с ожирением 1 степени.

Все новорожденные были живорожденными. В первой подгруппе масса новорожденных была в среднем 3350 ± 250 г, рост от 48 до 53 см, оценка по шкале Апгар от 7/8 до 8/9 баллов. Во второй подгруппе масса новорожденных составила 3800 ± 250 г, рост от 43 до 54 см, оценка по шкале Апгар от 6/7 до 8/9 баллов. В 3-ей подгруппе – масса новорожденных была – 3980 ± 120 г), рост от 46 до 55 см, оценка по шкале Апгар от 6/7 до 8/9 баллов.

Исследование подтвердило, что ожирение является неблагоприятным фоном для развития беременности. Женщины с ожирением 3 степени имеют больший риск развития не только осложнений беременности, но и неблагоприятных перинатальных исходов. Но несмотря на это, ожирение не является противопоказанием к беременности. При этом, женщине необходимо наблюдение не только акушера-гинеколога, но и эндокринолога, диетолога; проведение постоянного контроля массы тела, состояние углеводного обмена, уровня АД в течении всей беременности.

В настоящее время ожирение приобретает наибольшую актуальность, оказывая влияние на характер течения беременности и родов. Это необходимо учитывать при оценке групп риска у беременных и проведении профилактических мероприятий. На основе 100 наблюдений за беременными женщинами было установлено что ожирение, особенно III степени, неблагоприятно влияет на течение беременности и исход родов, а также на послеродовой период, приводя к гинекологическим заболеваниям.



Currently, obesity is becoming the most relevant, affecting the nature of the course of pregnancy and childbirth. This should be taken into account when assessing risk groups in pregnant women and conducting preventive measures. Based on 100 observations of pregnant women, it was found that obesity, especially grade III, adversely affects the course of pregnancy and the outcome of childbirth, as well as the postpartum period, leading to gynecological diseases.

ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДЫ

Исмаилова И.В., Изтлеуов Е.М.

НАО «Западно-Казахстанский Медицинский Университет» им. М. Оспанова
г. Актобе

В настоящее время известно, что существует взаимосвязь инфекционно-воспалительного процесса мочевыводящих путей в материнском организме с возникновением воспалительного процесса в фетоплацентарном комплексе и в мочевыделительной системе плода. Острый пиелонефрит встречается у 12% беременных женщин, чаще при первой беременности, как правило, во второй её половине (на 20–26-й неделе). К наиболее частым осложнениям беременности при пиелонефрите относятся невынашивание, гестоз, анемия, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода и/или задержка его внутриутробного развития. Наличие пиелонефрита также осложняет течение родов и послеродового периода.

Изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода, состояния новорожденных у женщин с пиелонефритом во время беременности.

Исследование проводилось на базе Областного перинатального центра, г. Актобе в течение 2017–2019 г. Под наблюдением находилось 160 беременных женщин: у 80 беременность осложнилась пиелонефритом (основная группа), у 80 при обследовании не было выявлено инфекции мочевыводящих путей и бессимптомной бактериурии в время беременности (контроль).

Критериями включения в основную группу было наличие во время беременности клинических признаков пиелонефрита. Критериями исключения были: наличие патологии сердечно-сосудистой и эндокринной системы, резус-конфликтной беременности, многоплодия, бессимптомной бактериурии.

У беременных основной группы в анамнезе отмечалась высокая частота заболеваний и осложнений, связанных с инфицированием: ИППП -75% пациенток основной группы



и у 45%, $p < 0,05$, группы сравнения. У 77,5% обследуемых основной группы пиелонефрит был впервые выявлен во время настоящей беременности, у 17,5% отмечался эпизод острого пиелонефрита в анамнезе.

Наиболее частыми клиническими симптомами были: боли в поясничной области, повышение температуры тела, дизурические расстройства, отеки, видимые изменения мочи. Наиболее часто отмечалось сочетание трех и более симптомов. Поводом для назначения дополнительных методов обследования были изменения в общих анализах мочи. Наиболее часто выделялись: *E.coli* – 42,5%, *St.aureus* – 17,5%, *Ent.faecalis* – 12,5%. У 11,3% женщин зарегистрированы пороки развития МВС, которые явились фоном для развития пиелонефрита. В основной группе выявлена высокая частота инфицирования хроническими генитальными инфекциями: ЦМВ – у 92,5%, ВПГ – у 86,3%, микоплазмы – у 60%, уреоплазмы – у 38,8%, хламидии – 23,8%.

При анализе течения беременности были выявлены осложнения: угроза преждевременных родов – 31,3% пациентки основной группы и 15% группы сравнения; ИППП, во время беременности – 57,5% и 28,8%, ОРЗ во время беременности – у 40% и 18,8%. В основной группе многоводье встречалась у 10%, в группе сравнения – у 5%; анемия – у 47,5% и 18,8%, поздний гестоз – у 32,5% и 10% соответственно.

Преждевременные роды зарегистрированы в основной группе у 15%, в группе сравнения – у 5%, оперативное родоразрешение – у 12,5% и 20%, дородовое излитие околоплодных вод – 42,5% и 21,3 соответственно.

При контрольном анализе мочи в послеродовом периоде изменения отмечены у 18,8% пациенток основной группы. Средняя масса новорожденных при рождении в основной группе составила 3015 ± 540 г, в группе сравнения – 3465 ± 605 г, $p < 0,05$.

У 18,8% новорожденных основной группы выявлены патологические изменения со стороны мочи, которые выражались в кристаллурии, лейкоцитурии, умеренной протеинурии, микрогематурии, бактериурии. Нормальное течение периода новорожденности отмечено у 77,5% детей основной группы и 97,5% – группы сравнения.

Исследования показали, что наиболее частыми возбудителями пиелонефрита были кишечная палочка, энтеробактер, стафилококкус ауреус. У женщин, перенесших пиелонефрит во время беременности, ее течение чаще осложнялось анемией, гестозом, угрозой преждевременных родов, рецидивами воспалительного процесса в почках; течение родов – дородовым излитием вод; состояние новорожденных – более низкой оценкой по Апгар при рождении.

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на состояние плода и новорожденного, являясь источником внутриутробного инфицирования и обеспечивая развитие плацентарной недостаточности. Это диктует необходимость пристального внимания исследователей к проблеме пиелонефрита у беременных женщин.



Pyelonephritis adversely affects the condition of the fetus and newborn, being a source of intrauterine infection and ensuring the development of placental insufficiency. This dictates the need for close attention of researchers to the problem of pyelonephritis in pregnant women.

РАЗРАБОТКА МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ НА ОСНОВЕ БИНАРНОЙ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ

Исмайлова М.К.

*Центральная клиника
г. Баку*

Фундаментальные исследования в области репродукции человека привели к тому, что 30 лет назад были открыты новые методы лечения бесплодия – вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). В историческом аспекте взгляды на проблему восстановления репродуктивной функции в бесплодном браке постоянно переоценивались: совершенствовались алгоритмы обследования и диагностики, направленные на успешное лечение в программах ВРТ. Важное значение для исхода ВРТ имеет показание к проведению процедуры. Около 45% пар не имеют успешно проведенной процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) при многократном ее применении. Прогноз эффективности ВРТ на основе только клинического опыта является неточным, поэтому единственным способом консультирования пар с бесплодием являются прогностические модели. Существуют различные методы прогнозирования исходов ЭКО, основанные на статистических расчетах. Для клинического применения способов, основанных на математическом моделировании, необходимо оценить их надежность и валидность. Данные этапы являются важными, так как использование неверного прогноза может иметь неблагоприятные последствия, как для врача, так и для пациентов. В связи с этим существует необходимость разработки и систематизации критериев, способствующих прогнозированию эффективных путей достижения беременности при наиболее часто встречающихся формах бесплодия. Такое прогнозирование, с одной стороны, поможет использовать ЭКО для лечения бесплодия с максимальной результативностью, с другой – способствовать существенному сокращению бесполезных затрат на проведение тех или иных процедур.

Создание математической модели, позволяющей определить результативность метода ЭКО в условиях современного центра вспомогательных репродуктивных технологий.



В исследовании участвовали 518 пациенток Центральной клиники г. Баку, прошедших лечение бесплодия методом ЭКО/ИКСИ. Все пациентки были разделены на две группы: пациентки с наступившей беременностью, т.е. с положительными результатами ЭКО ИКСИ – основная группа (n=234) и пациентки с отрицательными попытками ЭКО ИКСИ – контрольная группа (n=284), у которых после процедуры ЭКО-ИКСИ беременность не наступила. Результирующая оценка предикторов неудачного исхода программы ЭКО проводилась с помощью метода логистической регрессии.

Анализ прогнозирования исхода ЭКО по признакам гинекологического анамнеза показал высокую прогностическую ценность для предсказания исходов ЭКО. Прогностическая ценность данной модели была равна 71,61%, чувствительность – 68,75%, специфичность – 74,19%. Вторая прогностическая модель показала высокую прогностическую информативность иммуногенетического маркера HLA-DQB1*05, присутствие которого значительно повышает вероятность отрицательного исхода ЭКО.

Логистическая регрессия применяется для прогнозирования результатов ЭКО и его осложнений в зависимости от различных показателей бесплодных женщин. Прогностическое уравнение, построенное в результате анализа данных с помощью метода бинарной логистической регрессии, может использоваться для первичной стратификации риска неудачного исхода программы ЭКО, а также в качестве основы для разработки более мощных прогностических инструментов.

Стратегия персонифицированной медицины в настоящее время рассматривается в качестве основного резерва повышения качества медицинской помощи. Внедрение в практику акушера-гинеколога объективных методов, позволяющих оценить индивидуальную вероятность удачного исхода программы экстракорпорального оплодотворения, переноса эмбриона в полость матки, является одной из приоритетных задач современной репродуктологии.

The strategy of personified medicine is presently reviewed as the principal reserve of increasing the quality of medical aid. One of the directions of this strategy is establishment of tools for individually forecasting the effectiveness of the high-tech treatment methods. Inclusion of the objective methods of evaluation of the individual assumption of successful result of the extracorporeal fertilization program and transfer of embryo into the uterine cavity to the obstetrician-gynecologist's practice is one of the prior tasks of the modern reproductology.



ПРИМЕНЕНИЕ 3D-ОПУХОЛЕВЫХ СФЕРОИДОВ В DRUG DISCOVERY

Кавиладзе М.Г.

*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
г. Москва*

В настоящее время в экспериментальной онкологии используются различные модели, включая спонтанные, трансплантированные и индуцированные опухоли животных, опухоли человека, трансплантированные животным, различные культуры опухолевых клеток человека и животных, а также молекулярно-генетические модели. В последние дни особую роль играют *in vitro* модели, основанные на клеточных культурах, включая многоклеточные опухолевые сфероиды (MTS), из-за ужесточения требований к экспериментам на животных. MTS представляют собой искусственно образованные небольшие солидные опухоли, которые представляют собой трехмерную (3D) модель, состоящую из раковых клеток, полученных путем взятия биопсии у онкологического больного. Трехмерные культуры опухолевых клеток преодолевают ограничения, связанные с такими основными характеристиками, как градиенты объема, факторы роста и метаболиты, а также наличие некротических, гипоксических, покоящихся и пролиферирующих клеток.

Цель

Доказать преимущество 3D-модели над 2D-моделью с целью дальнейшего интегрирования *in vitro* модели опухолевых сфероидов в схему разработки противораковых лекарственных средств и использования первичных опухолевых клеток в исследованиях скрининга лекарств для реализации персонафицированного лечения рака.

Материалы и методы

В рамках исследования были получены многоклеточные сфероиды, сгенерированные из суспензии отдельных клеток иммортализованной клеточной линии аденокарциномы молочной железы человека MCF-7 в сыворотке. Микрокапсулы с мультিকлеточными опухолевыми сфероидными (МОС) инкубировались в 24-луночных планшетах с Метотрексатом в течение 48 часов. В качестве контроля использовали монослойную культуру MCF-7 (105 кл в лунке). Количественная оценка выживших клеток производилась с помощью красителя трипанового синего в камере Фукса-Розенталя.

Результаты

При концентрации Метотрексата 100 нМ выживаемость жизнеспособных клеток в контроле была вдвое меньше по сравнению с таковой для МОС. Была также произведена оценка ци-



тотоксического действия Капецитабина в зависимости от размера МОС. При концентрации Метотрексата 100 нМ количество живых клеток составило 65 и 88% для сфероидов размером 150 и 300 мкм, соответственно, в то время как в контроле это значение составило только 35%.

Заключение

По сравнению с монослойными культурами раковые клетки в трехмерных сфероидных культурах демонстрируют большую устойчивость к цитотоксическим препаратам, причем цитотоксическое действие Метотрексата уменьшается с увеличением размера МОС. В связи с этим, трехмерные опухолевые модели представляют собой ценный «инструмент» для исследования рака в контексте с drug discovery.

Трехмерные культуры опухолевых клеток преодолевают ограничения традиционно используемых монослойных культур и воссоздают такие основные характеристики опухолей, как пространственные градиенты кислорода, факторов роста и метаболитов и наличие некротических, гипоксических, покоящихся и пролиферативных клеток. Целью данного исследования было доказать преимущество 3D-модели над 2D-моделью с целью дальнейшего интегрирования in vitro модели опухолевых сфероидов в схему разработки противораковых лекарственных средств.

These days special importance is payed to in vitro models of preclinical drug testing based on cell cultures, including multicellular tumor spheroids (MTS) because of the tightening of requirements for animal experiments. The aim was to prove the advantage of 3D model over 2D model in order to further integrate the in vitro model of tumor spheroids into the design of anticancer drugs and to use primary tumor cells in drug screening studies for the implementation of personalized cancer treatment.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ГУМС НА ОСНОВЕ КВАДРИПОЛЯРНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТЫ

Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.

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

Актуальность

Одной из наиболее значимых проблем климактерического периода является генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС), признаки и симптомы которого встречаются примерно у 50% женщин. Терапия эстрогенами, как системная, так и местная, является одним из основных па-



тогенетически обусловленных методов лечения при симптомах вульвовагинальной атрофии (ВВА) и при ГУМС. Однако, приверженность к терапии эстрогенами остается низкой, также данный метод противопоказан пациенткам с эстрогензависимым раком в анамнезе. Таким образом, возникает необходимость в подборе иных методов лечения, которые смогут обеспечить долгосрочный эффект купирования симптомов. Очевидно, непосредственная стимуляция образования коллагеновых волокон является перспективным вариантом лечения ГУМС. В настоящее время все большую популярность в лечении ГУМС приобретают негормональные, неинвазивные методы, в частности радиочастотные технологии, оказывающие непосредственное влияние на коллагеновые волокна вульвы и влагалища. К одним из таких методов относится технология RF-лифтинга, успешно используемая в косметологии и физиотерапии. Принцип метода основан на нагревании слизистой и поверхностных слоев кожи и стимуляции фибробластов, что способствует синтезу компонентов межклеточного матрикса дермы.

Цель исследования

Оценка эффективности и безопасности терапии ГУМС с помощью воздействия технологии динамической квадриполярной радиочастоты (ДКРЧ).

Материалы и методы

В проспективное открытое клиническое исследование 2019 года включено 29 пациенток с ГУМС. Средний возраст пациенток составил $53 \pm 4,3$. После комплексного обследования всем пациенткам было проведено 4 сеанса ДКРЧ – время воздействия 10 минут, температура 38–42°C, частота 1–1,3 МГц с интервалом 14–16 дней.

Оценка эффективности проводимого лечения проводится на основании данных определения индекса вагинального здоровья, рН-метрии влагалища, оценки сексуальной функции и качества жизни на основе валидированной анкеты FSFI, визуальная аналоговая шкала общей удовлетворенностью эстетическим видом вульвы (ВАШ) через 3 месяца после проведенного лечения.

Результаты

При анализе результатов исследования было выявлено статистически значимое снижение степени тяжести симптомов ГУМС через 3 месяца по следующим показателям: повышение среднего индекса вагинального здоровья у 77% женщин от 21,3 до 24,1 баллов; снижение среднего значения рН влагалища у 80% от 6,8 до 4,9; увеличение средних значений удовлетворенностью внешним видом вульвы у 50% пациенток по ВАШ от 6,5 до 8,2. По данным анкетирования увеличение индекса женской сексуальной функции (FSFI) по следующим показателям: увлажненность на 23%, лубрикация на 30%, удовлетворенность на 39%, влечение на 13%, оргазмичность на 25%; снижение диспареунии на 23%.

Заключение

Все 4 процедуры ДКРЧ хорошо переносились пациентками, во время и после лечения не зарегистрировано побочных эффектов и нежелательных явлений. Наблюдалось бы-



строе купирование симптомов сексуального дискомфорта, сухости, жжения при мочеиспускании – симптомов, связанных с вульвовагинальной атрофией. Также по данным фотофиксации отмечался выраженный эстетический эффект в виде лифтинга тканей промежностей. Достигнутые клинические результаты сохранились у пациенток в течение 3 месяцев после начала лечения. Проводится дальнейшее динамическое наблюдение данной группы пациенток.

Одной из наиболее значимых проблем климактерического периода является генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС). Терапия эстрогенами, как системная, так и местная, является одним из основных патогенетически обусловленных методов лечения при симптомах вульвовагинальной атрофии (ВВА) и при ГУМС. Однако, приверженность к терапии эстрогенами остается низкой, также данный метод противопоказан пациенткам с эстрогензависимым раком в анамнезе. Таким образом, возникает необходимость в подборе иных методов лечения. К одним из таких методов относится воздействие динамической квадрупольной радиочастотой (ДКРЧ). Женщины сообщали о широком спектре клинических улучшений.

One of the most significant problems of the climacteric period is genitourinary menopausal syndrome (GUMS). Estrogen therapy, both systemic and local, is one of the main pathogenetically determined methods of treatment for symptoms of vulvovaginal atrophy (VVA) and GUMS. However, compliance to estrogen therapy is low, and this method is also contraindicated in patients with a history of estrogen-dependent cancer. There is a need to select other methods of treatment. One of these methods is dynamic quadripolar radio frequency (DQRF) exposure. Women reported a wide range of clinical improvements.

ПРОФИЛАКТИКА ВАГИНИТОВ И НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С КОРРЕГИРОВАННОЙ ПЕССАРИЕМ ИЦН

Какваева С.Ш., Джалилова А.Н., Магомедова М.А., Мехтиханова З.А.,
Омарпашаева М.И.

*ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра
акушерства и гинекологии лечебного факультета
г. Махачкала*

Проблема преждевременных родов (ПР) омрачает жизнь акушеров с давних пор, и, несмотря на выдающиеся достижения современной науки и медицины, она не решена и по сей день. Одной из частых причин является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН).



Одним из методов коррекции ИЦН являются акушерские пессарии, имеющие один существенный минус – неблагоприятное воздействие на биоценоз влагалища. Являясь инородным телом, он провоцирует усиление фагоцитоза в эпителии влагалища, выработку экссудата, изменение pH среды.

С целью оценить влияние препарата «Эпиген интим спрей» на состояние микробиоценоза вагинального тракта в динамике использования акушерского пессария у пациенток с ИЦН нами были обследованы 90 беременных женщин в возрасте от 20 до 34 лет. Всем пациенткам был установлен пессарий доктора Арабин с целью коррекции ИЦН в сроке 16–19 недель. Сформированы 2 группы: 1 группа – 50 женщин, которые применяли препарат Эпиген интим спрей, 2 группа – 40 женщин, без использования данного препарата.

Беременные из 1 группы ежемесячно проводили профилактические курсы препаратом Эпиген спрей по 7 дней. При этом препарат распылялся на область наружных половых органов с расстояния 4–5 см путем 1–2 нажатий на клапан пульверизатора и интравагинально с использованием специальной насадки. После применения женщинам рекомендовалось оставаться в положении лежа 5–10 минут.

Помимо стандартных исследований всем беременным также проводилась pH-метрия отделяемого влагалища с помощью индикаторных полосок Биосенсор АН в 24, 28, 32 и 36 нед. В 28 и 36 недель беременности проводилось бактериологическое исследование вагинального отделяемого.

Изначально у всех беременных установлен нормоценоз со средним pH 4,6 (+0,2).

Во 2 группе без использования препаратов для профилактики дисбиоза уже с 28 недель беременности отмечается смещение pH: 5,1–5,3 вплоть до конца беременности. В 1 группе беременных pH остался на уровне 4,5 (+0,3).

Количество лейкоцитов во влагалищном мазке составило в среднем 8 (+4) в поле зрения в группе с применением Эпиген спрея, тогда как во 2 группе их уровень значительно повысился и к концу беременности составил в среднем 22 (+7).

Сравнительный анализ данных бактериологического исследования показал, что количество лактобацилл в 1 группе на протяжении всей беременности поддерживалось на уровне 10^6 степени у 80–94% женщин, а в 2 группе только у 36% женщин.

Вся патогенная флора у женщин в 1 группе либо не обнаруживалась, либо высевалась в значительно меньшем количестве, чем во 2 группе. Грибки рода *Candida* в 36 недель гестации обнаружены у 20% женщин, тогда как во 2 группе – у 78% пациенток ($p=0,001$). *E.Coli* высевалась в 16% случаев в 1 группе и в 40% случаев во второй с уровнем значимости $p=0,002$. *Stafilococcus aureus* не выявлен ни у одной пациентки первой группы, тогда как во второй группе он обнаружен у 3 беременных (7,4%, $p=0,03$).



Практически все пациентки, получавшие профилактическую терапию Эпиген-спреем, отмечали хорошую переносимость препарата. В этой группе до 37 недель беременности доносили 49 женщин, у 1 беременной преждевременно излились околоплодные воды в сроке 34 недели.

Во второй группе при отсутствии профилактики дисбиоза у 2 беременных диагностирован ПРПО на сроке 28 и 31 недель. Однако эти данные недостаточны для достоверной оценки эффективности препарата в плане предупреждения преждевременного разрыва плодных оболочек.

Таким образом, результаты применения «Эпиген спрея» у беременных с скорректированной ИЦН показали высокую эффективность профилактики нарушений микробиотоза половых путей.

Оценено состояние вагинального микробиоценоза у беременных с скорректированной пессарием ИЦН в динамике гестации. Установлено, что при использовании «Эпиген интим спрея» для профилактики дисбиоза половых путей у всех пациенток на 36 неделе наблюдается абсолютный нормоценоз и pH на уровне 4,6 (+0.3).

The state of vaginal microbiocenosis in pregnant women with corrected pessary of the ICI in the dynamics of gestation was evaluated. It was found that when using «Epigen intimate spray» for the prevention of genital tract dysbiosis, at 36 weeks there was an absolute normocenosis and a pH of 4.6 (+ - 0.3).

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ ПОКОЛЕНИЙ

Камилова Н.М.

*Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии
г. Баку*

В настоящее время ученых со всего мира привлекает Азербайджан, как край долгожителей. При этом исследования не ограничиваются раскрытием секрета долголетия, но и возможностью проследить судьбу последующего поколения.

Цель исследования

Изучить состояние здоровья женщин-долгожителей для прогноза репродуктивного здоровья последующего поколения.



Материалы и методы

Объектами исследования явились 254 женщины которые были разделены на 3 группы в зависимости от возраста: I группа 30–59 лет (45 обследуемых), II группа – 60–89 лет (131 обследуемые) и III группа – старше 90 лет (78 обследуемых). За критерии состояния репродуктивной системы в первых двух группах были приняты основные антропометрические показатели, соматическое здоровье, строение женских половых органов, определение гормонов, характеризующие гонадотропно-гонадную, тиреотропную-тиреоидную системы и надпочечники: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, ТТГ, св.Т3, св.Т4, кортизол. У пациентов старше 90 лет репродуктивное здоровье выявлялось по данным анкетного опросника.

Выводы

Полученные данные о состоянии здоровья исследуемых позволяют обосновать необходимость дифференцированного диспансерного наблюдения и коррекцию своевременного осуществления лечебных и реабилитационно-оздоровительных мероприятий для изучения наследственного фактора "долгожительства". Для обследуемых I и II группы характерна высокая частота гинекологических заболеваний, синдром поликистозных яичников 44,7% против 16,2%, миома матки 42,9% против 12,1%, вторичное бесплодие 26,4% против 6,3%. Также для исследуемых в возрасте 30–59 лет характерна высокая частота воспалительных заболеваний женских половых органов 69,4% и опухолевидное образование яичников 26%. У долгожителей лишь в 4% была отмечена миома и 1,2% бесплодие (по данным анамнеза). Анализ экстрагенитальной заболеваемости в I и II группах выявил высокую частоту нарушений по всем системам кроме опорно-двигательной, органов зрения и слуха. Нарушение репродуктивного здоровья более молодого поколения формируется на фоне развития нейроэндокринного дисбаланса. Достоверными его проявлениями являются выявленные нами повышения уровня гонадотропинов и пролактина, а также гипотериоз который сопровождается гиперэстрогенией и гиперандрогенией ($p > 0,05$).

Заключение

Решение проблемы сохранения репродуктивного здоровья мы видим в предупреждении возможных нарушений и своевременной коррекции исходя из анализа полученных клинических и лабораторных данных долгожительниц.

Азербайджанская Республика считается одним из регионов долголетия в мире. Целью исследования явилось изучение состояния здоровья женщин-долгожителей для прогноза репродуктивного здоровья последующего поколения. Было обследовано 254 женщины, которых разделили на 3 группы в зависимости от возраста. Полученные данные о состоянии здоровья исследуемых позволяют обосновать необходимость дифференцированного наблюдения, исходя из анализа полученных клинко- лабораторных данных долгожительниц.



The Republic of Azerbaijan considered one of the regions of longevity in the world. The aim of investigation was to study the health status of women long-livers to predict the reproductive health of the next generation. Two hundred fifty four women examined. They were divided into 3 groups depending on age. The obtained data on the health status of the subjects allow us to justify the need for differentiated monitoring based on the analysis of the obtained clinical and laboratory data of long-liver.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Камилова Н.М., Мирзоева Х.М., Сафарова Р.Б.

*Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии
г. Баку*

В течение последних десятилетий во всем мире отмечается рост числа женщин, рожаящих детей в позднем репродуктивном возрасте. У беременных в старшем возрасте наблюдается неблагоприятное течение беременности. Наибольшее значение для исследователей представляют накопленные с возрастом соматические и гинекологические заболевания. К позднему репродуктивному возрасту женщина приобретает не менее 3–5 хронических соматических и гинекологических заболеваний.

Цель исследования

Изучить влияние озонотерапии на состояние новорожденных у беременных старшей возрастной группы.

Материал и методы исследования

Всего было обследовано 90 беременных в возрасте 35–44 лет сроком беременности 10–32 нед. В основную группу входили 30 беременных, в комплекс лечения, которых входила терапия медицинским озоном в течение 5 дней в виде внутривенных капельных инфузий в количестве 200 мл с концентрацией озона 2 мкг/мл. Курс лечения составил 5–7 процедур в 10–12, 22–24, 32–34 нед. Беременным группы сравнения (n=30) осуществлялась стандартная лечебно-профилактическая терапия. В контрольную группу вошли 30 здоровых беременных. Перинатальное состояние новорожденных было изучено на основании клинической оценки по шкале Апгар на первой и пятой минуте жизни, физических параметрах новорожденного, течения раннего неонатального периода.

Результаты

В основной группе в срок родились 20 (66,7%) детей, а в контрольной группе – 28 (93,3%). Средняя масса тела новорожденных, рожденных в сроке между 36–40 недель гестации,



в основной группе составила $3251 \pm 24,5$, что выше, чем в группе сравнения – $2860 \pm 46,5$. По длине тела новорожденных также имеется значительное различие – $51,72 \pm 0,18$ по сравнению с $49,6 \pm 0,19$. В контрольной группе эти показатели были – $3450,5 \pm 52$ и $52,26 \pm 0,5$.

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте в основной группе составила в среднем $7,64 \pm 0,42$ баллов, в группе сравнения – $7,05 \pm 0,18$. На 5-ой минуте этот показатель в основной группе составил $8,94 \pm 0,34$, а в группе сравнения – $7,24 \pm 0,26$.

У 11 (36,7%) новорожденных группы сравнения имели место осложнения в раннем неонатальном периоде: у 9 (30%) – асфиксия при рождении, мекониальная аспирация – 1 (3,3%), кефалогематома 1 (3,3%). При этом у 8 (16,7%) новорожденных группы сравнения и 6 новорожденных основной группы были переведены в палату интенсивной терапии, 9 (30%) новорожденных данной группы – в отделение реанимации, в последствие все были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Случаев перинатальной смертности в нашем исследовании не было.

Заключение

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что представленное всестороннее обследование возрастных беременных, получивших во время беременности комплексное лечение, включающее озонотерапию, свидетельствует о том, что благодаря данным методам немедикаментозного воздействия улучшилось состояние новорожденного по параметрам физического развития, адаптационно-защитным реакциям и перинатальной заболеваемости по сравнению с новорожденными беременных получавших стандартное лечение.

Женщины в позднем репродуктивном возрасте приобретают не менее 3–5 хронических соматических и гинекологических заболеваний. Отчасти в связи с этим фактом у них наблюдается неблагоприятное течение беременности. Целью исследования явилось изучить влияние озонотерапии на состояние новорожденных у беременных старшей возрастной группы. Было обследовано 90 беременных в возрасте 35–44 лет сроком беременности 10–32 нед. 30 беременным, основной группы в комплекс лечения, включили терапию медицинским озоном. В основной группе в срок родились 20 детей, а контрольной группе – 28. Комплексное лечение, включающее озонотерапию, во время беременности улучшает состояние новорожденных.

Women in late reproductive age acquire at least 3–5 chronic somatic and gynecological diseases. Partly due to this fact, they have an unfavorable course of pregnancy. The aim of the study was to study the effect of ozone therapy on the condition of newborns in pregnant women of the older age group. 90 pregnant women aged 35–44 years with a gestational age of 10–32 weeks were examined. Treatment complex of 30 pregnant women, (main group), includ medical ozone therapy. In the main group, 20 children were born on time, and in the control group, 28. Complex treatment, including ozone therapy, during pregnancy improves the condition of newborns.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА

Кафаров И.Г.

*Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии
г. Баку*

Актуальность

Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВПО), безусловно, является одной из самых актуальных проблем гинекологии в настоящее время. Пролапс гениталий ведет к функциональной недостаточности различных органов и систем с разнообразными клиническими проявлениями и степенью тяжести.

Цель исследования

Улучшить исходы оперативного лечения при генитальном пролапсе.

Материал и методы исследования

За период 2015–2018 гг. были обследованы и прооперированы 116 пациенток с пролапсом гениталий различной степени. Все пациентки были подвергнуты комплексному клиническому обследованию, включавшее сбор анамнеза и инструментальное обследование.

Выводы

У 36 (31%) обративших были выявлены рецидивы после предшествующих оперативных вмешательств по поводу пролапса гениталий. Наибольшее число рецидивов пролапса было после MESH – вагинопластики – 36,1% (11,1% после GyneMesh, 16,7% – после операций с использованием системы Prolift). У 30,6% больных рецидив пролапса наступил после пластики передней стенки влагалища. У 22,3% пациенток – после кольпофиксирующих технологий: в 8,3% наблюдений после фиксации купола влагалища апоневротическим лоскутом, у 5,6% после вентрофиксации матки по Кохеру, у 5,6% пациенток после сакровагинопексии, в 2,8% – после укрепления купола влагалища связочным аппаратом.

Основными причинами рецидивов пролапса гениталий явились: дооперационные дефекты диагностики, недооценка имеющихся анатомических и функциональных симптомов ОиВВПО; применение не физиологичных операций, например, вентрофиксации матки; применение паллиативных, косметических операций: нарушение техники операции, приводящее к формированию гематом, неанатомическое оперирование, неверная фиксация протезов.



Заключение

Вид операции зависит от разновидности пролапса гениталий и сопутствующих гинекологических заболеваний. При апикальном дефекте у женщин старшей возрастной группы операцией выбора является сакроспинальная фиксация. При коррекции стрессовой инконтиненции вагинальным доступом операцией выбора является TVT-O mesh, при лапароскопии операция БЁРЧА. При оперативном лечении центрального цистоцеле золотым стандартом является трансабтураторная фиксация четырёхрукавного сетчатого полиэфирного протеза. (Аналог Prolift anterior).

Одной из актуальных проблем гинекологии является опущение и выпадение внутренних половых органов. Целью данного исследования явилось улучшение исходов оперативного лечения при генитальном пролапсе. Было обследовано и прооперировано 116 пациенток с пролапсом гениталий различной степени. У 36 (31%) пациенток выявлены рецидивы после предшествующих оперативных вмешательств по поводу пролапса гениталий. Наибольшее число рецидивов пролапса наблюдалось после MESH –вагинопластики – 36,1%. Выбор техники операции зависит от разновидности пролапса гениталий и сопутствующих гинекологических заболеваний.

One of the urgent problems of gynecology is the prolapse of the internal genital organs. The aim of this study was to improve the outcome of surgical treatment for genital prolapse. One hundred sixteen patients with various degrees of genital prolapse were examined and operated. In 36 (31%) patients had recurrence after previous surgical interventions for genital prolapse. The highest number of prolapse recurrence was observed after MESH-vaginoplasty – 36.1%. The choice of surgical technique depends on the type of genital prolapse and associated gynecological diseases.

ВЫБОР МЕТОДА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОГИБШЕМ ПЛОДНОМ ЯЙЦЕ

Квеселава С.Г., Андреева М.В., Яловая А.О.

*Волгоградский государственный медицинский университет
г. Волгоград*

Неразвивающаяся беременность (НБ) – это одна из самых значимых проблем современного акушерства, так как носит в себе не только медицинский аспект, но и социальную значимость для будущего России. Доля НБ среди женщин репродуктивного возраста от 18 до 35 лет за последние годы составила более 25%. По рекомендации ВОЗ, в нашей



стране внедрены в практическое здравоохранение два безопасных метода прерывания беременности, в том числе при НБ. Это метод мануальной вакуум-аспирации и метод медикаментозного прерывания беременности (метод МПБ).

Цель исследования

Изучение и выбор оптимального способа прерывания беременности у женщин с НБ.

В соответствии с Приказом МЗ РФ №572н обследованы и пролечены женщины (65 человек) с диагнозом «Неразвивающаяся беременность» (шифр по МКБ-10 O02.0), находившиеся в гинекологическом стационаре городской больницы крупного промышленного города. Беременные составили 2 группы. В 1 группе находились женщины (24 человека), выбравшие метод МПБ. Во 2 группу входили женщины (41 человек), которым проводилось прерывание НБ методом мануальной вакуум-аспирации в связи с имевшимися у них противопоказаниями к МПБ.

Возраст пациенток колебался от 18 до 42 лет. 76,9% женщин были в активном репродуктивном возрасте (от 25 до 35 лет). Почти у 40% женщин прекращение развития эмбриона произошло в сроке 5–8 недель гестации.

Установлено, что в 1 группе находились преимущественно женщины до 25 лет (58,33%), у которых беременность была первой по счету. Во 2 группе преобладали пациентки в возрасте 28–40 лет (74,25%), имевшие в анамнезе роды и искусственные аборты.

Критерием эффективности данных методов прерывания беременности является отсутствие плодного яйца в полости матки, что наблюдалось в 98% и 95% случаев у женщин 1 и 2 групп соответственно. Далее проводились наблюдение и контроль за состоянием здоровья пациенток в течение 8–10 недель после прерывания беременности. Только у одной пациентки 1 группы диагностирован неполный аборт. Во 2 группе единственным осложнением хирургического аборта был эндометрит.

Таким образом, выявлены высокая эффективность данных методов прерывания беременности и минимально низкая частота осложнений после аборта. Метод мануальной вакуум-аспирации может быть рекомендован женщинам с НБ при наличии у них противопоказаний к методу МПБ.

Выбор оптимального метода прерывания беременности среди женщин с диагнозом "Погибшие плодное яйцо" не может быть однозначным, так как в основу заложены данные анамнеза беременной и предпочтения самой пациентки. Но каждый из этих способов определенно имеет риски развития осложнений, как и любое вмешательство со стороны. Следовательно, индивидуальный подбор метода прерывания беременности и соблюдение мер профилактики поможет снизить риски развития побочных реакций и улучшить состояние женщины с неразвивающейся беременностью.



The choice of the optimal method of abortion among women with a diagnosis of "Fetal egg death" cannot be unambiguous, as the basis is given to the history of the pregnant woman and the preferences of the patient herself. But each of these methods definitely has risks of developing complications, like any external intervention. Therefore, the individual selection of the abortion method and the observance of preventive measures will help reduce the risks of adverse reactions and improve the condition of the woman with non-developing pregnancy.

ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ ДОЗИРОВКАХ

Коваль М.В., Обоскалова Т.А.

ГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
г. Екатеринбург

Учитывая стойкую тенденцию к старению населения с увеличением количества женщин старше 50 лет, с имеющимися экологическими и социальными проблемами, остеопорозу женщин в постменопаузальный период и его осложнения могут также привести к эпидемии этого заболевания в нашей стране с непредвиденными медико-социальными последствиями. Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) – является патогенетической в период угасания функции яичников и высоко эффективной для повышения минеральной плотности костной ткани при постменопаузальном остеопорозе. Использование низкодозированных МГТ (1 мг/сутки перорального эстрадиола) достоверно тормозит резорбцию костной ткани и увеличивает минеральную плотность кости. Данные о влиянии ультранизкодозированных препаратов (0,5 и 0,25 мг эстрадиола) на костный метаболизм и профилактику переломов в настоящее время накапливаются.

Цель исследования

Изучить динамику изменения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у пациенток в постменопаузе при применении менопаузальной гормональной терапии с различными дозировками.

Обследовано 180 пациенток, постменопаузального периода в возрасте от 49 до 60 лет, средний возраст которых составил $53,36 \pm 4,1$ лет. Длительность естественной постменопаузы от 1 года до 5 лет. По поводу вазомоторных проявлений климактериче-



ского синдрома респондентки принимали МГТ. В первую группу вошли пациентки (n=60), принимающие в непрерывном режиме комбинированный препарат МГТ с низкой дозой (эстрадиол 1 мг, дроспиренон 2 мг), во вторую группу (n=60), пациентки принимающие микродозированный препарат МГТ (эстрадиол 0,25 мг, дроспиренон 0,5 мг), третью группу (n=60) сформировали пациентки с естественной постменопаузой, отказавшиеся от приема МГТ. Для определения МПКТ использовали двуэнергетическую абсорбциометрию на аппарате Stratos (France) при включении в исследование и через 12 месяцев применения МГТ. МПКТ в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости оценивали по результатам заключения остеоденситометрии.

При оценке исходных показателей костной плотности достоверных различий между сравниваемыми группами не выявили. Нормальные значения отмечены у 84% (n=50), 83% (n=50) и 82% (n=49) женщин соответственно группам. Через год наблюдения в 1 и 2 группах число женщин с нормальными показателями достоверно увеличилось до 98% (n=59) и 92% (n=55) соответственно, $p=0,001$. В третьей группе наоборот, отмечено снижение количества женщин с нормальными заключениями денситометрии до 75% (n=45), $p=0,001$ и рост пациенток с остеопорозом и остеопенией. Достоверных различий между группами с различными дозировками МГТ не обнаружили, $p=0,086$.

Таким образом, наше исследование демонстрирует, что применение минимальной дозировки МГТ у женщин в естественной постменопаузе достоверно тормозит потерю минеральную плотность костной ткани и предотвращает развитие остеопороза (ОР=1,25).

Нами было обследовано 180 женщин с климактерическим синдромом. В первую группу вошли пациентки, принимающие МГТ с низкой дозой, во вторую – ультранизкодозированный препарат МГТ, третью группу сформировали пациентки, отказавшиеся от приема МГТ. Наше исследование демонстрирует, что применение минимальной дозировки МГТ достоверно тормозит потерю минеральную плотность кости и предотвращает развитие остеопороза (ОР=1,25).

We examined 180 women with menopausal syndrome in postmenopausal women. The first group included patients taking a low-dose MHT drug, the second included a microdosed MHT drug, the third group consisted of patients who refused to take MHT. Our study demonstrates that the use of the minimum dosage of MHT in postmenopausal women significantly inhibits the loss of bone mineral density and prevents the development of osteoporosis (RR = 1,25).



КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ: ЖИРОВАЯ И МЫШЕЧНАЯ ТКАНЬ

Коваль М.В., Обоскалова Т.А.

*ГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
г. Екатеринбург*

Положительные социальные сдвиги привели к тому, что лица старше 50 лет представляют сейчас самый быстрорастущий сегмент общества. Однако, результатом увеличения продолжительности жизни явилось появление новых социальных и медицинских проблем, связанных с дегенеративными процессами в старческом возрасте. Менопауза характеризуется напряжением адаптивных систем организма на фоне гормональной перестройки, а результатом этих изменений зачастую становится формирование ожирения и метаболического синдрома. Востребованный и перспективный вектор гинекологической эндокринологии направлен на «омоложение» строения тела и качества жизни женщин в постменопаузе. Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) – является частью общей стратегии поддержания здоровья в пери и постменопаузе. МГТ эффективно купирует климактерические проявления и уменьшает проявления поздних метаболических расстройств. Рекомендуется использование минимальной клинически значимой дозы, которая позволяет получить эффект без повышения рисков нежелательных изменений. Помимо увеличения и перераспределения жировой массы, в связи с гормональными изменениями, параллельно происходит уменьшение мышечной массы и задержка жидкости в организме. Для оценки количества жировой ткани наиболее точным и доступным методом считается двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Информативность метода значительно выше по сравнению с антропометрией и биоимпедансным анализом.

Цель исследования

Изучить взаимосвязь показателей композиционного состава тела (жировой и мышечной массы) и использование МГТ в различных дозах у женщин в постменопаузе.

В исследование включено 50 пациенток постменопаузального периода в возрасте от 49 до 60 лет, средний возраст составил $53,36 \pm 4,1$ лет. Длительность естественной постменопаузы от 1 года до 5 лет. По поводу вазомоторных проявлений климактерического синдрома респондентки принимали МГТ. В первую группу вошли пациентки ($n=15$), принимающие в непрерывном режиме комбинированный препарат МГТ с низкой дозой (эстрадиол 1 мг, дроспиренон 2 мг), во вторую группу ($n=15$), пациентки принимающие ультранизкодозированный препарат МГТ (эстрадиол 0,25 мг, дроспиренон 0,5 мг), третью группу ($n=20$) сформировали пациентки с естественной постменопаузой, отказавшиеся



от приема МГТ. Анализ физикального и клинико-лабораторного обследования: биохимический анализ крови, исследование гормонов, двуэнергетическая абсорбциометрия проведен до лечения и через 12 месяцев наблюдения.

При оценке исходных показателей состава тела у женщин в постменопаузе достоверных различий между сравниваемыми группами не выявили. Жировая ткань составляла в среднем 37% (33–45), мышечная у 52% (46–62), масса висцерального жира 980 г (780–1600). Через год наблюдения в 1 и 2 группах достоверно снизилась общая жировая масса за счет висцерального жира ($p=0,02$) и увеличилась мышечная масса ($p=0,02$). В третьей группе наоборот, отмечена тенденция к увеличению жировой ткани, за счет висцерального жира и прогрессирование саркопении. Достоверных различий между группами с различными дозировками МГТ не обнаружили, $p=0,08$.

Таким образом, наше исследование демонстрирует, что МГТ независимо от дозы компонентов способствует снижению висцеральной жировой ткани и увеличению мышечной массы тела.

МГТ назначенная по показаниям в окно терапевтических возможностей, дает возможность предотвратить развитие менопаузального метаболического синдрома. Жировая и мышечная ткань являются точкой приложения половых гормонов, особенно в сочетании с силовыми тренировками и диетой богатой белком.

MHT prescribed according to indications in the window of therapeutic opportunities, makes it possible to prevent the development of menopausal metabolic syndrome. Adipose and muscle tissue are the point of application of sex hormones, especially in combination with strength training and a protein-rich diet

ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Коробкова Е.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»
г. Луганск

Частота бактериального вагиноза в структуре воспалительных заболеваний половых органов колеблется от 20 до 80%. Для бактериального вагиноза характерна элиминация лактобацилл и колонизация влагалища облигатно- и факультативно-анаэробными микроорганизмами. Лактобактерии отсутствуют у 46% пациенток с бактериальным вагинозом, в 54% случаев их количество резко снижено. Арсенал фармацевтических средств для лечения вагиноза содержит как препараты местного действия, так и комбинации препаратов для перорального приема с местной терапией. Практический опыт свидетельствует, что через месяц после лечения положительные результаты наблюдаются



у 75% женщин, а через 9 месяцев рецидивы возникают у 80% пациенток. Получая непродолжительный эффект, врач вынужден переходить к другому препарату, затем еще к одному и так по кругу.

В схему лечения стали включать препараты для восстановления микрофлоры влагалища. Речь идет о двухэтапном лечении бактериального вагиноза. Вначале использовали антибактериальный препарат, а затем один из пробиотиков. И вновь непродолжительный эффект от лечения. Женщины с вагинозом неоднократно меняют схемы лечения, затем лечащих врачей в надежде на излечение, но проблема остается. Микроорганизмы, входящие в состав современных эубиотиков, не имеют достаточной активности для прикрепления на эпителии влагалища. Такая микрофлора быстро выводится из влагалища и как результат – рецидив заболевания.

Новый подход к лечению вагинозов обеспечивают комбинированные свечи с 0,2 мг эстриола, 2 мг прогестерона и живыми лактобактериями. Эстриол вызывает созревание эпителия, восстанавливает его эластичность, улучшает кровоснабжение влагалища, стимулирует секрецию иммуноглобулинов парауретральными железами. Прогестерон формирует поверхностный и промежуточный слои эпителия, способствует синтезу гликогена. Лактобактерии вырабатывают молочную кислоту, не провоцируют обострения вагиноза.

Нами обследовано 70 женщин с бактериальным вагинозом в возрасте от 21 до 52 лет. Диагностирован бактериальный вагиноз на основании данных клинического и лабораторного обследования: анамнез, жалобы, физикальное обследование с оценкой характера влагалищных выделений, сохранение визуально неизменной слизистой влагалища с отсутствием признаков воспаления; бактериоскопия; оценка рН слизи и аминный тест с 10% КОН. Проводимая диагностика соответствовала критериям Амсея, в дальнейшем проводилась повторно с целью контроля эффективности проведенной терапии и исключения рецидивов.

На первом этапе всем женщинам назначали антианаэробные препараты интравагинально в течение 7–10 дней, далее комбинированные свечи с эстриолом, прогестероном и живыми лактобактериями 1 свеча 2 раза в день в течение 5 дней, затем 1 свеча 1 раз в день в течение 10 дней. Контроль результатов лечения проводился через 3 недели и через 12 недель. Критериями излеченности являлись: отсутствие клинических проявлений и изменений в лабораторных данных.

При первом контрольном визите после проведенного лечения бактериальный вагиноз исключен клинически и лабораторно в 100% случаев. Через 12 месяцев у 2 пациенток (2,9%) вагиноз подтвердили клинически и лабораторно, у 5 женщин (7,2%) бактериальный вагиноз подтвержден лабораторно, жалоб пациентки не предъявляли.

Двухэтапное лечение бактериального вагиноза показало высокую эффективность. Комбинированные свечи с эстриолом, прогестероном и живыми лактобактериями соз-



дают условия для восстановления собственной микрофлоры. Такая терапия позволяет добиться лучших результатов и сохранить длительный эффект от лечения. Не всегда в практической деятельности удается полностью нивелировать провоцирующие факторы, приводящие к развитию бактериального вагиноза. При назначении лечения необходимо учитывать, что имеется контингент женщин, неудовлетворенных лечением и требующих альтернативных схем, которые должны быть в арсенале практикующего акушера-гинеколога.

Использование комбинированных свечей с эстриолом, прогестероном и живыми лактобактериями позволяет восстанавливать оптимальные значения pH влагалищной среды, способствует подавлению роста анаэробных бактерий и созданию оптимальных условий для роста собственной лактофлоры, обеспечивая колонизационную резистентность вагинального биотопа и повышая общую эффективность лечения.

The application of combined suppositories with estriol, progesterone and lactobacilli it possible to restore the optimal vaginal pH values and promotes the suppressed growth of anaerobic bacteria and the creation of optimal conditions for the growth of intrinsic lactoflora, by ensuring the colonization resistance of a vaginal biotope and enhancing the total efficiency of treatment.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ГЕРПЕВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Коробкова Е.А., Карпушин Д.И.

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»
г. Луганск*

Герпетическая и цитомегаловирусная инфекции отнесены в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии. Исследования последних лет убедительно доказали связь герпетической инфекции с синдромом потери плода (неразвивающейся беременностью, самопроизвольными абортами, преждевременными родами, хронической фетоплацентарной дисфункцией, антенатальной гибелью и пороками развития плода). При инфицировании герпесом фетоплацентарная дисфункция развивается вследствие непосредственного поражения вирусами эндотелия сосудов, развития тромбофилии и антифосфолипидного синдрома. Признаками повреждения эндотелия служат выявляемые у беременных маркеры тромбофилии и антифосфолипидные антитела. К главным особенностям вирусов герпеса относятся их пожизненное персестирование



ние в организме, зависимость течения процесса от состояния иммунитета вирусоносителя и склонность к рецидивированию. В период гестации создаются реальные условия для реактивации инфекции, что связано с особенностями функционирования иммунной системы.

Проведен анализ течения беременности и родов, состояние плодов и новорожденных у 47 женщин с антифосфолипидным синдромом и синдромом потери плода, у которых в анамнезе было от 2 до 5 потерь беременности на фоне рецидивирующей герпетической инфекции с частотой рецидива заболевания от 4 до 8 раз в год. В зависимости от проводимой терапии пациентки были разделены на 2 группы. Группа 1 (n=22) – пациентки получали комплексную терапию: рекомбинантный человеческий интерферон, антикоагулянтную, антиагрегантную и антиоксидантную терапии. Группа 2 (n=25), женщины получали антикоагулянты, антиагреганты и антиоксиданты. Проводились общеклинические методы исследования, микробиологическое выделение и идентификация микроорганизмов, молекулярнобиологическое изучение вирусов, определение в крови специфических антител классов IgG и IgM к ВПГ, УЗИ плода, доплерометрическое исследование маточно-плацентарного кровотока, кардиотокография. Исследовались иммунный и интерфероновый статусы до и после иммуномодулирующей терапии. Диагностика тромбофилического состояния крови включала выявление растворимых комплексов мономеров фибрина и молекулярных маркеров тромбофилии.

После проведенной прегравидарной подготовки в 1 группе женщин, гестационный период протекал благоприятно. Наблюдалось исчезновение всех маркеров тромбофилии в 100% наблюдений. В результате все 22 беременности завершились рождением 22 здоровых детей. Не было ни одного случая тяжелого гестоза и отслойки нормально расположенной плаценты. Во 2 группе беременность протекала менее благоприятно. Отмечалась угроза прерывания беременности у 3 беременных, фетоплацентарная дисфункция у 7 женщин, преждевременные роды были в 3 случаях. Наиболее частым осложнением родового акта явилось несвоевременное излитие околоплодных вод – 9 случаев.

В 1 группе женщин отмечено снижение частоты рецидивов заболевания до 1–2 раз в год. Во 2 группе частота рецидивов оставалась на прежнем уровне. Снижение рецидивов в 1 группе связано с тем, что интерферон, связываясь с рецепторами клеток организма, предотвращает репликацию вирусов, увеличивает фагоцитарную активность макрофагов и специфическую цитотоксичность лимфоцитов к клеткам мишеням.

Применение иммуномодулирующей терапии рекомбинантным человеческим интерфероном приводит к нормализации показателей иммунного и интерферонового статусов у беременных с герпетической инфекцией, снижает частоту осложнений в период гестации, повышает эффективность лечения фетоплацентарной дисфункции, улучшает прогноз для плода и новорожденного. Оправданным является начало антикоагулянтной и противовирусной терапии при диагностировании приобретенной тромбофилии при антифосфолипидном синдроме еще на этапе подготовки к беременности.



Целью исследования было изучение влияния комплексного применения медикаментозной и иммуномодулирующей терапии в прегравидарной подготовке к планируемой беременности женщин с синдромом потери плода и антифосфолипидным синдромом, обусловленным герпетической инфекцией. Установлено, что при применении рекомбинантного человеческого интерферона альфа 2b у пациенток нормализовался иммунный и интерфероновый статус, что позволило периоду гестации проходить в оптимально благоприятных условиях.

The aim was to study the effect of combined use of medication and immunotherapy in preparation for the planned pregravidar pregnant women with syndrome of loss of a fetus and antiphospholipid syndrome, caused by herpesvirus infection. It is established that the application of immunorecombinant human interferon alpha 2b, patients normalize the immune and interferon status, which allowed the gestational process takes place in best supportive conditions.

ЭНДОМЕТРИОЗ – ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКЦИИ И ПУТИ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Красильникова А.К., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
им. В.Н. Городкова» Минздрава России
г. Иваново*

В патогенезе наружного генитального эндометриоза, характеризующегося ростом эктопического эндометрия в перитонеальной полости и приводящего к развитию бесплодия, важную роль отводят нарушению функции фагоцитов. Одним из немногих иммуномодуляторов с доказанным активирующим воздействием на фагоциты является Ликопид. Показано, что входящий в его состав глюкозаминилмурамилдипептид стимулирует фагоциты через NOD2 рецепторы. Мы предположили, что использование этого препарата может оказать положительное влияние на функцию моноцитов крови у женщин с бесплодием и эндометриозом.

В связи с этим, целью нашего исследования было установить особенности влияния терапии с использованием препарата Ликопид на функциональное состояние моноцитов крови у пациенток с бесплодием при «малых» формах наружного генитального эндометриоза в зависимости от успеха восстановления их репродуктивной функции.

Нами было обследовано 72 женщины с бесплодием при «малых» формах наружного генитального эндометриоза (основная группа), поступивших на оперативное лечение,



и 40 здоровых фертильных женщин (контроль). У всех пациенток основной группы при проведении лапароскопии был диагностирован наружный генитальный эндометриоз I-II степени и произведена деструкция очагов. В зависимости от ведения послеоперационного периода пациентки с эндометриозом были разделены на 2 подгруппы: 1-я (40 пациенток) получали Ликопид по 5 мг в сутки в течение десяти дней после операции per os, 2-я (33 пациентки) получали после лапароскопии только традиционную терапию. Материалом для исследования служила периферическая кровь. Иммунологическое обследование проводилось дважды: до оперативного лечения и спустя 1 месяц после лечения и включало оценку синтеза и экспрессии PRR рецепторов, а также определение внутриклеточной продукции IL-1 β и TNF α моноцитами.

Вне зависимости от особенностей ведения послеоперационного периода все пациентки основной группы характеризовались повышенным уровнем экспрессии моноцитами мРНК RAGE, увеличением количества TLR2+ и TNF α + при сниженном содержании IL-1 β + моноцитов по сравнению с аналогичными показателями здоровых женщин. Традиционная терапия не приводила к каким-либо изменениям функционального состояния моноцитов. Использование препарата Ликопид в раннем послеоперационном периоде способствовало увеличению экспрессии мРНК NOD2 моноцитами, повышению внутриклеточной продукции ими IL-1 β и мембранной экспрессии TLR2 молекул. Ретроспективный анализ в зависимости от последующего наступления беременности показал, что успешное восстановление репродуктивной функции после применения Ликопида отмечалось у женщин с изначально низкими значениями IL-1 β + моноцитов при нормальном уровне TLR2+ моноцитов. В ответ на терапию с использованием Ликопида у этих женщин отмечалось одновременное повышение мембранной экспрессии TLR2 молекул и внутриклеточной продукции IL-1 β .

Таким образом, для решения вопроса о целесообразности назначения иммуномодулирующей терапии женщин с бесплодием при «малых» формах эндометриоза необходимо до операции проводить иммунологическое обследование и рекомендовать использовать в раннем послеоперационном периоде препарат Ликопид только пациентками с низкими значениями TLR2+ и IL-1 β + моноцитов.

Применение препарата Ликопид неэффективно у пациенток с изначально высоким уровнем TLR2+ моноцитов и эффективно у женщин с изначально низкими значениями IL-1 β + моноцитов при нормальном или сниженном уровне TLR2+ моноцитов. Таким образом, применение препарата Ликопид возможно у пациенток с малыми формами эндометриоза и бесплодием после иммунологического обследования.

The application of the drug Likopid had no effect in patients with originally high level of TLR2+ monocytes and is successful in women with normal or low amount of TLR2+ and IL-1 β + monocytes. Thus application of Licopid is possible in patients with infertility and small forms of endometriosis after immune examination.



ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА КАК ПРИЧИНА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кривенко А.С., Покусаева В.Н., Степанькова Т.А., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С.

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Смоленск*

Актуальность

Увеличение веса в интервале между первыми и вторыми родами обычно связано с повышением риска ряда акушерских осложнений: увеличивается риск преэклампсии, сахарного диабета при повторной беременности, возрастает вероятность рождения крупного плода.

Прирост или уменьшение массы не всегда бывает значительным, составляя в ряде случаев всего 3–4 кг, т.е. изменение индекса массы тела на 1–2 единицы. При этом сам индекс может оставаться в пределах прежней категории. Тем не менее, подобные девиации веса могут значительно модифицировать риск акушерских и перинатальных осложнений при последующих беременностях.

Цель исследования

Определение влияния интергенетического изменения индекса массы тела матери на течение последующей беременности и исход родов.

Материалы и методы

Проспективное исследование включало 207 повторнородящих женщин. Критерии включения: возраст старше 18 лет, одни одноплодные роды в анамнезе, прегравидарный индекс массы тела 18,5–29,9 кг/м², отсутствие указаний на тяжелую соматическую патологию, в т.ч. манифестный сахарный диабет. Критерии исключения: многоплодие.

Анализировались индекс массы тела женщины накануне первой и повторной беременности, а также частота невынашивания, преэклампсии, гестационного сахарного диабета, аномалий родовой деятельности и клинического несоответствия в родах, а также частоты экстренного кесарева сечения и индукции родов. Из перинатальных исходов анализировалась частота макросомии плода.

В зависимости от увеличения веса в интергенетическом интервале пациентки разделены на группы: на 1 кг/м² и менее от исходного ИМТ накануне 1 беременности – 93 беременных (1 группа – контрольная), на 1,1–2 кг/м²–58 (2 группа), на 2,1–3 кг/м²–24 (3 группа), на 3 кг/м² и более – 32 (4 группа).



Результаты

Частота спонтанного прерывания беременности до 22 недель не отличалась между группами: в 1 группе – 5 человек (5,4%), во 2–2 (3,4%), в 3–1 (4,2%), в 4 – 0 ($p>0,05$). Дальнейший анализ течения гестации проводился без учета этих пациенток с выкидышами. Преждевременные роды отмечены только у беременных с увеличением массы в интергенетическом интервале более 2 кг/м² (4 наблюдения – 7,5%, $p=0,002$ при сравнении с контролем): в 3 группе у 2 (8,3%) ($p=0,041$ при сравнении с контролем) и в 4 – у 2 (6,3%).

Частота гестационного сахарного диабета достоверно увеличивается с увеличением показателя интергенетического прироста веса: в 1 группе – случаи диабета не регистрировались, во 2 – у 1 (1,8%) беременной, в 3 – у 9 (37,5%) ($p=0,000$ при сравнении с контролем), в 4 – у 11 (34,4%) ($p=0,000$ при сравнении с контролем).

Риск манифестации преэклампсии также прогрессивно возрастал с увеличением ИМТ между родами более 2 кг/м²: в 1 группе случаев преэклампсии не было, во 2–1 (1,8%), в 3–4 (17,4%) ($p=0,003$ при сравнении с контролем), в 4–9 (28,1%) ($p=0,000$ при сравнении с контролем).

Причем случаи тяжелой преэклампсии (2) были зафиксированы только в 4 группе ($p=0,029$ при сравнении с контролем).

Частота рождения крупного плода (более 4000 г) при своевременных родах имела ту же тенденцию, что и перечисленные выше осложнения (расчет проводился на количество женщин, доносивших беременность до срока): 1 группа – 0 из 88 наблюдений, 2 группа – 2 из 56 (3,6%), 3 группа – 7 из 21 (33,3%) ($p=0,000$ при сравнении с контролем), 4 группа – 14 из 30 (46,7%) ($p=0,000$ при сравнении с контролем).

Из анализа частоты клинического несоответствия, индукции родов и экстренного кесарева сечения исключены пациентки, имевшие плановые показания для абдоминальных родов (рубец на матке, тазовое предлежание и др.). Роды через естественные родовые пути планировались у 67, 48, 18 и 29 женщин в 1, 2, 3 и 4 группах, соответственно. Клинически узкий таз был диагностирован у 2 (6,9%) рожениц из 4 группы. Индукция родовой деятельности и родостимуляция потребовались 3 (4,5%) пациенткам в 1 группе, 5 (10,4%) – во 2, 3 (16,7%) – в 3 и 11 (37,9%) ($p=0,000$ при сравнении с контролем) – в 4 группе. Все запланированные влагалищные роды в 1 группе закончились естественным родоразрешением. Экстренное кесарево сечение произведено у 1 (2,1%) пациентки во 2 группе, у 2 (11,1%) – в 3 ($p=0,043$ при сравнении с контролем) и у 5 (17,2%) ($p=0,002$ при сравнении с контролем) – в 4 группе.

Увеличение индекса массы тела матери в интергенетическом интервале более, чем на 2 кг/м² даже при отсутствии у нее ожирения способствует возрастанию риска осложнений при повторной беременности (преждевременных родов, гестационного сахарного диабета, преэклампсии, макросомии, клинического несо-



ответствия), а также увеличивает частоту индукции родов, родостимуляции и экстренного кесарева сечения. Частота осложнений пропорциональна приросту веса между беременностями.

A gain in the mother's body mass index in the intergenetic range of more than 2 kg / m², even if she is not obese, increases the risk of complications during repeated pregnancy (preterm birth, gestational diabetes, preeclampsia, macrosomia, clinical mismatch), and also increases the frequency of labor induction, birth stimulation, and emergency caesarean section. The frequency of complications is proportional to the weight gain between pregnancies.

АНАЛГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ИМПУЛЬСНОГО НИЗКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО ПОЛЯ У РОДИЛЬНИЦ СО ШВАМИ НА ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ ЭПИЗИОТОМИИ

Кубицкая Ю.В., Голубева О.Н., Амирова Ж.С., Геворкян Г.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»
г. Москва*

Актуальность

Частота эпизиотомии составляет 2,5 – 100%, в США – 20–73%, в России – 27,1–30,92%, в Нидерландах – 11–50%.

Основная жалоба пациенток – боль в области швов на промежности.

Боль в промежности вызывает дистресс у матери и может иметь неблагоприятные последствия. Для уменьшения боли в промежности используются локальные и системные методы воздействия.

Цель

Оценить анальгетический эффект импульсного низкочастотного электростатического поля (ИНЭП) у рожениц со швами на промежности после эпизиотомии в послеродовом периоде.

Материалы и методы

В исследование вошли 48 рожениц в возрасте 20–42 лет со швами на промежности после эпизиотомии.



Все пациентки получали стандартную медикаментозную терапию и рандомным методом были разделены на 2 группы по 24 человека в каждой.

Контрольная группа (I) – родильницы с традиционным ведением послеродового периода. Основная группа (II) – родильницы, в лечении которых, помимо традиционных методов, использовалось контактное воздействие ИНЭП на область швов на промежности. Лечение ИНЭП начинали в течение 6–24 часов после родов и проводили ежедневно, 2 раза в день, курсом до 6 процедур.

Критериями объективизации эффективности лечения являлась оценка общего состояния родильницы и интенсивности болевых ощущений в области послеоперационной раны, проведенная на основании медико-психологического тестирования с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) до и после лечения.

Результаты и обсуждение. Все родильницы жаловались на боли в области послеоперационных швов на промежности. При воздействии ИНЭП на швы промежности отрицательных ответных реакций не зарегистрировано ни у одной пациентки.

Показатели ВАШ в 1 сут после родов в обеих группах были статистически однородны ($p > 0,05$) и составили $2,6 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,1$ балла соответственно. На 2 сут лечения у пациенток II группы уровень интенсивности боли по ВАШ составил $1,8 \pm 0,1$ баллов при коэффициенте обезболивающего действия (КОД) – $0,31 \pm 0,02$, а у больных I группы – $0,8 \pm 0,2$ баллов с КОД – $0,73 \pm 0,02$, что в 1-м случае соответствовало минимальному болеутоляющему эффекту, а во 2-м – выраженному. На 3 сут лечения у пациенток II группы уровень интенсивности боли составил $1,0 \pm 0,04$ баллов с КОД, равным $0,62 \pm 0,01$, что соответствовало болеутолению средней выраженности. И только на 4 сут лечения у пациенток II группы, в лечении которых не использовалось ИНЭП, уровень интенсивности боли составил $0,7 \pm 0,03$ баллов с КОД равным $0,073 \pm 0,01$, что соответствовало болеутолению средней выраженности в 1-м случае и выраженному – во 2-м.

Общее состояние всех родильниц было удовлетворительным. Все женщины выписаны из стационара на 3 сутки после родов с первичным заживлением швов на промежности.

Таким образом, терапия с использованием ИНЭП обеспечивает полное болеутоление в области послеоперационной раны на 2 суток раньше, по сравнению с традиционной терапией, что обусловлено локальным анагетическим и противоотечным действием физического фактора и способствует активизации репаративных процессов в поврежденных тканях, препятствует формированию хронического болевого синдрома в тазовых органах.

Заключение

Использование ИНЭП в послеродовом периоде у родильниц со швами на промежности, способствует достижению выраженного и стойкого эффекта болеутоления.



Оценка эффективности анальгетического эффекта при воздействии импульсным низкочастотным электростатическим полем (ИНЭП) у рожениц после эпизиотомии. Данный метод стимулирует репаративные процессы в поврежденных тканях. Использование ИНЭП у пациенток со швами на промежности способствует достижению выраженного и стойкого эффекта болеутоления.

Evaluation of the effectiveness of the analgesic effect of pulsed low-frequency electrostatic field (INEP) in women after episiotomy. This method helps to stimulate reparative processes in damaged tissues. The use of INEP in patients with perineal sutures contributes to the achievement of a pronounced and persistent pain relief effect.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ЦФО РФ

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

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России
г. Иваново*

Условием выживания новорожденных, особенно с экстремально низкой массой тела при рождении, является улучшение ресурсного обеспечения службы родовспоможения, организации перинатальной помощи в регионе. Целью исследования явилась оценка динамики эффективности регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в 22–27 недель беременности в Центральном федеральном округе Российской Федерации (ЦФО РФ).

Проведен сравнительный анализ сводных по 16 субъектам ЦФО РФ (за исключением г. Москвы и Московской области) отчетных форм №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» (ФСН №32, ФСН №32-В) за 2012 и 2018 гг. Статистическая обработка данных проведена с использованием прикладной программы «Microsoft Office Excel 2003».

В 2012 году в ЦФО РФ произошло 974 родов в 22–27 недель беременности, в 2018 году – 680 родов, при этом доля в общем числе родов снизилась с 0,45% (Me=0,46) до 0,40% (Me=0,39) ($p < 0,005$) соответственно. Следует отметить благоприятную тенденцию улучшения регионализации перинатальной помощи в ЦФО РФ при сверхранних преждевременных родах в 2018 году по сравнению с 2012 годом: снижение в 3,9 раза (с 7,1% до 1,8%) доли родов в 22–27 недель в медицинских организациях (далее – МО) родовспоможения первого уровня и увеличение в 1,7 раза (с 49,8% до 82,4%) в акушерских стационарах третьего уровня.



При родах до 28 недель гестации рождается большинство детей с экстремально низкой массой тела (далее – ЭНМТ), поэтому была проведена оценка показателей, характеризующих качество и организацию медицинской помощи данной категории новорожденных. В 2018 году по сравнению с 2012 годом произошло снижение доли мертворожденных среди детей с ЭНМТ в целом по округу на 16,1% (с 34,2% до 28,7%; $p < 0,01$). Также отмечено снижение летальности новорожденных с ЭНМТ в целом по МО родовспоможения региона с 40,4% до 20,2% ($p < 0,001$) и по группам учреждений родовспоможения второго и третьего функциональных уровней с 40,9 до 21,6% ($p < 0,001$) и с 38,8% до 19,8% ($p < 0,001$) соответственно. За анализируемый период достигнуто снижение доли новорожденных с ЭНМТ, умерших в раннем неонатальном периоде, от всех умерших новорожденных с ЭНМТ с 77,2% в 2012 году до 46,7% в 2018 году (темп снижения – 39,5%). Перинатальная смертность новорожденных с массой тела 500–999 г в 2018 году по сравнению с 2012 годом снизилась на 32,1% (с 535,7 до 363,5 до на 1000 новорожденных с ЭНМТ соответственно; $p < 0,001$).

Результаты анализа основных показателей, характеризующих эффективность организации медицинской помощи при сверхранных преждевременных родах свидетельствуют об их положительной динамике.

Представлены результаты сравнительной оценки отчетных данных 16 субъектов ЦФО РФ за 2012 и 2018 годы, свидетельствующие о положительной динамике показателей, характеризующих эффективность организации перинатальной помощи при сверхранных преждевременных родах.

The results of a comparative assessment of the reporting data of 16 subjects of the Central Federal District of the Russian Federation for 2012 and 2018 are presented, indicating the positive dynamics of indicators characterizing the effectiveness of the organization of perinatal care for early premature births.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Линева О.И., Шафиева И.А., Булгакова С.В., Шатунова Е.П.

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Самара*

Актуальность данной проблемы обусловлена высокой частотой постменопаузального остеопороза (ПМО), профилактику и лечение которого получают менее 20% женщин даже после низкотравматичных переломов.



Цель

Цель настоящего исследования является оптимизация комплексного персонализированного подхода к профилактике и терапии ПМО.

Проведено проспективное исследование 50 женщин в возрасте 45–47 лет после гистерэктомии по поводу миомы матки в сочетании с эндометриозом. Пациентки этой группы с профилактической целью получали сочетанную менопаузальную гормональную терапию (МГТ) в течение 3–5 лет (дидрогестерон + эстрадиол в дозе 2/10 или 1/10). Пациентки 2 группы наблюдались в постменопаузе (n=30) и были отнесены к группе высокого риска остеопоротических переломов по шкале FRAX. В качестве терапии остеопороза им был назначен препарат золендроновой кислоты по 5 мг в/в 1 раз в год в течение 3-х лет. Третья группа (n=20) с клиникой тяжелого ПМО с указанием на переломы позвоночника и шейки бедра в анамнезе получали терипаратид по 20 мкг 1 раз в день подкожно в область живота с помощью шприц-ручки в течение 24 месяцев. Параллельно все пациентки принимали препараты кальция и витамина D. Формирование групп исследования происходило с учетом противопоказаний для назначения каждого из перечисленных методов. Всем пациенткам проведено полное обследование, предусмотренное клиническими рекомендациями. Дополнительно до и после лечения в динамике во всех группах определялся уровень маркера костеобразования (P1NP) и костной резорбции (бета Cross-Laps).

Наши исследования подтвердили положительный эффект МГТ у женщин с хирургической менопаузой для профилактики выраженных клинических проявлений постгистерэктомического синдрома и развития остеопороза. Через 3–5 лет профилактической терапии пациенток 1 группы такой показатель, как ММИ нормализовался, а МПКТ оставалась на прежнем уровне, случаев остеопоротических переломов не зафиксировано. Что касается золендроновой кислоты, то наши данные показали, что она является эффективным препаратом группы бисфосфонатов – ингибиторов резорбции, что подтверждено отсутствием остеопоротических переломов, а также снижением концентрации маркеров костной резорбции. Препарат был назначен пациенткам с учетом их приверженности и соответствует принципам партисипативности. Анаболический эффект терипаратида сопровождался повышением уровня маркера костеобразования (P1NP), увеличением МПКТ и отсутствием рецидива остеопоротических переломов.

Таким образом, полученные нами данные подтверждают эффективность и необходимость проведения персонализированной терапии и профилактики ПМО, что будет способствовать улучшению качества жизни и снижению инвалидности женщин в постменопаузе.

В тезисах представлена оценка эффективности комплексной персонализированной профилактики и терапии постменопаузального остеопороза с использованием МГТ, золендроновой кислоты и терипаратида.

The abstract presents efficiency comprehensive personalizing treatment and prevention postmenopausal osteoporosis with MHT, zoledronic acid and teriparatide.



ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ: РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Линева О.И.¹, Булгакова С.В.¹, Михальченко С.В.^{1,2}, Шафиева И.А.¹, Шатунова Е.П.¹

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2. Министерство здравоохранения Самарской области
г. Самара

Актуальность проблемы связана с реализацией Национального проекта «Здравоохранение», в котором увеличение продолжительности жизни является индикатором и стратегической целью отрасли в целом.

Цель

Цель настоящего исследования явилась оптимизация междисциплинарного взаимодействия по профилактике и терапии остеопороза, в том числе постменопаузального, и связанных с ним переломов с учетом возраст-ассоциированной патологии.

Проведен анализ статистической отчетности показателей работы учреждений здравоохранения за период 2016–2018 гг., что послужило основой для разработки распоряжения Министра здравоохранения Самарской области № 596-р от 10.07.2019 г. При проведении внешнего и внутреннего аудита 5-ти пилотных медицинских учреждений в апреле и сентябре 2019 года особое внимание было обращено на взаимодействие учреждений первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях с гериатрическими стационарами и Самарским областным межведомственным Центром профилактики остеопороза. Констатировано, что данная модель функционирует в рамках предусмотренных регламентирующих приказов. План мероприятий по профилактике когнитивных нарушений, падений и переломов привел к существенному позитивному сдвигу. Это убедительно демонстрируют данные, отраженные в карте комплексной гериатрической оценки пациента. Активизировалась работа акушеров-гинекологов по профилактике остеопороза до и во время беременности при дефиците кальция и витамина D, а также по проведению персонализированной комплексной профилактики и терапии постменопаузального остеопороза путем назначения препаратов МГТ и костно-анаболической терапии после консультации смежных специалистов. В пилотных поликлиниках, согласно приказу МЗ РФ № 173 н, проводится диспансерный учет всех пациентов с остеопорозом с проведением полного обследования согласно клиническим протоколам. В 2019 году в областном межведомственном Центре профилактики остеопороза проконсультировано 1500 человек с остеопорозом в возрасте от 55 до 90 лет. Даны рекомендации по дальнейшему ведению больных, с обязательной коррекцией схем лечения. Обучение больных в «Школе больного остеопорозом» проводится как в Центре, так и в поликлинических учрежде-



ниях. Налажено междисциплинарное взаимодействие специалистов. Мониторинг эффективности проводимой терапии осуществляют сотрудники Центра остеопороза и ГБУЗ СОКГБ. Данный пилотный проект позволил наметить пути коррекции выявленных недостатков и привел к улучшению качественных показателей, что подтверждают данные отчетов, направленных из региона в ФЦ.

Исследование позволило выявить эффективность и модернизировать региональную модель междисциплинарного взаимодействия, направленную на профилактику развития остеопороза и увеличению продолжительности жизни с учетом стратегических задач Национального проекта.

The investigation made it possible to elicit efficacy and optimize worked regional model interdisciplinary cooperation prevention of osteoporosis, osteoporotic fracture, that increase continuation of life, take into account of strategy National project.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Литвинова Е.В., Чурилов А.В., Носкова О.В., Мацынин А.Н.

*ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Кафедра акушерства и гинекологии
г. Донецк*

Проблема по улучшению качества жизни женщин в климактерическом периоде остается актуальной. Ранние клинические проявления климактерического синдрома (КС) требует дифференцированной коррекции, в том числе разработкой различных комплексов упражнений для лечебной физкультуры с учетом формы дисневротического синдрома. Наиболее информативным методом, позволяющим оценить вегетативные нарушения, считают спектральный анализ сердечного ритма (САСР). Для оценки клинической картины различных форм КС был разработан авторский тест, позволяющий диагностировать форму дисневротического синдрома.

Цель

Улучшение качества жизни женщин в период климактерия путем дифференцированной кинезотерапии с учетом различных форм климактерического синдрома.

75 женщин перименопаузального возраста (47–55 лет) были разделены на две группы: 1-я группа – 25 пациенток с физиологическим течением менопаузы, 2-я группа – 50 больных с КС (2А подгруппа – 27 больных с преобладанием ваготонии, и 2В – 23 пациентки



на фоне симпатотонии). Вариабельность сердечного ритма оценивали с помощью компьютерного электрокардиографа «ANS-Pro» при первичном осмотре, а женщинам 2-ой группы – дополнительно после курса кинезотерапии. Симпато-парасимпатический баланс оценивали по индексу вагосимпатического равновесия (ИВСП) LF/HF. Авторский тест-опросник содержал 89 показателей эмоциональных, когнитивных, мотивационных нарушений и нейровегетативных синдромов, позволяющих выделить “склонность к депрессивным или панико-фобическим реакциям” (в случае более чем 45 положительных ответов).

Все полученные результаты обрабатывались методами математической статистики. У женщин контрольной группы показатели ИВСП находились в пределах 1,7, что характеризовало нормореактивность их организма. У пациенток 2А подгруппы на фоне ваготонии наблюдали уменьшение ИВСП более чем в 2 раза и соматогении с преобладанием тревожно-депрессивных состояний (периоды пониженного настроения и депрессивные состояния (92,6%), плаксивость (74,1%), сонливость (55,6%), склонность к брадикардии (88,9%). Для женщин 2В подгруппы был характерен рост значений ИВСП более чем в 2 раза, соматогении проявлялись панико-фобическими реакциями (повышенной возбудимостью, рассеянностью (82,6%), бессонницей (78,2%), истерией (43,4%), раздражительностью (95,7%), тахикардией и болями в области сердца (95,7%). Исходный дисбаланс в организме пациенток 2-ой группы в значительной мере определялся исходным «вегетативным паспортом» больных, что следовало учитывать при составлении корректирующей лечебной гимнастики.

На основании полученных данных нами были разработаны соответствующие комплексы упражнений (психостимулирующая, гипокинетическая, силовая адаптационная кинезотерапия – при ваготонии и, напротив, седативная, изометрическая, аэробная адаптационная кинезотерапия – при симпатотонии). Дифференцированные подходы к кинезотерапии привели к увеличению ИВСП на 25% у пациенток 2А подгруппы и уменьшению индекса на 34% в 2В подгруппе. Женщины 2-ой группы отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение клинических проявлений соматогений, увеличение работоспособности, что характеризовало улучшение качества их жизни, и разрешает применение данного подхода для широкого использования в реабилитации женщин с КС.

Целью исследования явилось улучшение качества жизни женщин в период климактерия путем дифференцированной кинезотерапии с учетом различных форм климактерического синдрома. Исходный вегетативный дисбаланс при климактерическом синдроме в значительной мере определялся исходным «вегетативным паспортом» пациенток, что следует учитывать при дифференцированном подходе к кинезотерапии с целью улучшения качества жизни женщин в перименопаузальном периоде.

The aim of the study was to improve the quality of life of women during menopause by means of differentiated kinesitherapy taking into account various forms



of menopausal syndrome. The initial autonomic imbalance in menopausal syndrome was largely determined by the initial “vegetative passport” of patients, which should be taken into account with a differentiated approach to kinesitherapy in order to improve the quality of life of women in the perimenopausal period.

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ S.AGALACTIAE У ЖЕНЩИН В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Любасовская Л.А., Припутневич Т.В., Мелкумян А.Г.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва

Среди прочих бактерий-оппортунистов, колонизирующих кишечник и перианальную область у женщин, особую значимость на протяжении многих лет, имеет S.agalactiae (СГВ). Являясь комменсалом ЖКТ, он, тем не менее, часто становится ключевым этиологическим фактором при рецидивирующем аэробном вагините, хориоамнионите, хроническом и остром послеродовом эндометрите. Отдельной проблемой стоит состав профилактических мероприятий в дородовом периоде и в родах для предотвращения ранних неонатальных инфекций у новорожденного путем внедрения скрининговых микробиологических исследований, экспресс-диагностики на основе метода ПЦР, антибиотико-профилактики и мониторинг чувствительности к антимикробным препаратам.

Цель исследования

Сравнить частоту выделения СГВ при микробиологическом исследовании отделяемого половых органов (отделяемое влагалища и цервикального канала) и при посеве вагино-ректального мазка в качестве скрининга на СГВ у беременных женщин в III триместре беременности. Изучить частоту СГВ-бактериурии и чувствительность СГВ к антибиотикам.

Биологический материал от пациенток научно-поликлинического отделения поступал в лабораторию микробиологии (отделяемое влагалища, цервикального канала, вагино-ректальные мазки на тампонах с транспортной средой, моча). Посев биологического материала проводили на стандартный набор питательных сред, включая селективный агар для выделения СГВ. Выросшие колонии идентифицировали на времяпролетном масс-спектрометре (Bruker Daltonics). Чувствительность определяли диско-диффузионным методом и с помощью E-тестов.



Результаты

В 2019 году частота выделения СГВ из биологического материала женщин, обследованных в амбулаторно-поликлиническом отделении, составила 7,8% (выделено 846 изолятов из 10847 образцов биологического материала) от 647 женщин, из них – отделяемое цервикального канала – 388, из вагинального отделяемого – 217, вагино-ректальный мазок – 205, из мочи – 35 изолятов. Частота выделения СГВ из влагалища и цервикального канала составила 7% (n=605), из мочи – 6% (n=35). Самой высокой оказалась частота выделения в вагино-ректальном мазке у беременных женщин – 10% (n=205).

При тестировании штаммов СГВ на чувствительность к антибиотикам обнаружено, что при абсолютной чувствительности к бета-лактамам (чувствительность к бензилпенициллину (100%), чувствительность к другим группам антибиотиков имеет тенденцию к значительному снижению – к линкозамидам (клиндамицину) – 59,5% (423/710) чувствительных изолятов, к макролидам (эритромицин) – 53,2% (375/704). Самый высокий процент чувствительности отмечен к нитрофуранам – 93% (601 из 645 протестированных штаммов) и левофлоксацину 89,4% (414/463).

Заключение

Для скрининга на СГВ у беременных женщин вагино-ректальный мазок позволяет получать более высокую частоту обнаружения СГВ, поэтому у беременных без клинических признаков инфекции мочеполового тракта данное исследование предпочтительно. Частота СГВ-бактериурии достаточно низка – 6%, но поскольку это состояние является абсолютным показанием к проведению антибиотикотерапии, проведение скрининга на бактериурию необходимо. Чувствительность СГВ к нитрофуранам сохраняется на высоком уровне, поэтому местные формы нифуратела являются препаратами выбора при СГВ-вагините, фуразидин – при мочевого инфекции. При необходимости системной терапии предпочтение следует отдавать пенициллинам, цефалоспорином I-II поколения и левофлоксацину. Низкая чувствительность к клиндамицину ограничивает использование его местных форм для лечения аэробного вагинита, вызванного СГВ.

Работа выполнена в рамках Соглашения о предоставлении из федерального бюджета грантов в форме субсидий № 075–15-2019–1832 от 2 декабря 2019 года «Разработка технологии персонализированного лечения матерей и новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными мультирезистентными штаммами микроорганизмов, на основании генотипирования возбудителей и терапевтического лекарственного мониторинга антимикробных препаратов».

Для скрининга на СГВ у беременных женщин вагино-ректальный мазок позволяет получать более высокую частоту обнаружения СГВ, поэтому у беременных без клинических признаков инфекции мочеполового тракта данное исследование предпочтительно. Чувствительность СГВ к нитрофуранам сохраняется на высоком уровне, поэтому местные формы нифуратела являются препаратами выбора при



СГВ-вагините, фуразидин – при мочевого инфекции. При необходимости системной терапии предпочтение следует отдавать пенициллинам, цефалоспорином I-II поколения и левофлоксацину. Низкая чувствительность к клиндамицину ограничивает использование его местных форм для лечения аэробного вагинита, вызванного СГВ.

For screening for GBS in pregnant women, a vaginal rectal smear allows a higher detection rate of GBS, so for pregnant women without clinical signs of a genitourinary tract infection, this study is preferable. The sensitivity of GBS to nitrofurans remains at a high level, therefore, local forms of nifuratel are the drugs of choice for GBS vaginitis, and furazidine for urinary infections. If systemic therapy is necessary, preference should be given to penicillins, 1–2nd generation cephalosporins and levofloxacin. Low sensitivity to clindamycin limits the use of its topical forms for the treatment of aerobic vaginitis caused by GBS.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
им. В.Н. Городкова» Минздрава России
г. Иваново*

Развитие и внедрение вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), их финансирование за счет средств ОМС повысило вероятность реализации репродуктивной функции в бесплодных парах, однако, отсутствие критериев, позволяющих оценить эффективность организации медицинской помощи в регионе, не позволяет проводить сравнительный анализ во временном и территориальном аспектах для принятия мер управляющего воздействия.

С целью оценки эффективности организации медицинской помощи с применением ВРТ проведен статистический анализ отчетных форм №30, №32, №62 за 2016–2018 гг. 16 субъектов ЦФО РФ (за исключением г. Москвы и Московской области).

Для оценки эффективности организации медицинской помощи при применении ВРТ предложены следующие индикаторы:

- частота применения ВРТ в регионе (число процедур ВРТ в расчете на 100000 женщин в возрасте 15–44 лет);



- частота ВРТ-беременностей (удельный вес процедур ВРТ, завершившихся клинической беременностью);
- региональная стоимость ВРТ-беременности (соотношение затрат на проведение процедур ВРТ к числу клинических беременностей);
- показатель концентрации ВРТ-родов (удельный вес ВРТ-родов в учреждениях родовспоможения максимального риска).

Результаты анализа свидетельствуют об увеличении числа процедур ВРТ, выполненных в ЦФО РФ в 1,5 раза, в результате частота их применения увеличилась в 1,7 раза (с 136,1 до 229,3 на 100 тыс. женщин в возрасте 15–44 лет). За 3 года отмечено повышение эффективности процедур ВРТ: частота клинических беременностей увеличилась на 8% (с 32,0 до 34,5%). При оценке затрат на 1 ВРТ-беременность установлено их снижение в 1,3 раза (с 366,8 до 273,8 тыс. руб.). Показатель концентрации ВРТ-родов в учреждениях максимального функционального уровня увеличился в 1,2 раза (с 55,7 до 68,9%).

При сравнении результатов организации медицинской помощи с применением ВРТ в субъектах ЦФО РФ установлено, что активность субъектов ЦФО РФ в применении ВРТ различается в 2,8 раза. Эффективность ВРТ, оцениваемая по частоте наступления клинической беременности, различается в субъектах ЦФО РФ в 2,6 раз, затраты на достижение УЗИ-беременности – в 5,7 раз, показатель концентрации ВРТ-родов – в 2,7 раз.

По результатам сравнительного анализа Ивановскую область можно отнести к лидерам вследствие высокой частоты применения ВРТ, наступления клинической беременности, концентрации ВРТ-родов и низкой стоимости ВРТ-беременности.

По результатам расчета коэффициента корреляции Пирсона установлена прямая сильная связь между числом ВРТ-родов и числом многоплодных родов ($r=0,764$; $p=0.000677$), числом многоплодных родов и родов в 22–27 недель беременности ($r=0,767$; $p=0.000625$), поэтому для достижения современных критериев эффективности процедур ВРТ, одним из которых является частота рождения доношенных новорожденных с нормальным весом при рождении, оправданным является перенос одного эмбриона. В Ивановской области в результате перехода к переносу одного эмбриона частота наступления беременности в 2018–2019 гг. снизилась на 15,2% при одновременном снижении частоты многоплодных родов на 25,0%.

Таким образом, предлагаемые индикаторы эффективности организации медицинской помощи с применением ВРТ обеспечивают возможность сравнительного анализа. С целью дополнения критериев эффективности в соответствии с современными требованиями к качеству медицинской помощи с применением ВРТ, целесообразно дополнить таб.100 формы №232 строками, содержащими информацию о многоплодных родах после ЭКО, распределении родов после ЭКО по срокам и родившихся живыми после ЭКО по массе тела при рождении.



Рассматривается проблема оценки эффективности применения ВРТ на примере Центрального федерального округа Российской Федерации. Представлены результаты анализа динамики предложенных индикаторов эффективности организации медицинской помощи с использованием ВРТ на территориальном уровне.

The problem of estimating the frequency of the use of ART is considered on the example of the Central Federal District of the Russian Federation. The results of the analysis of the dynamics of the proposed indicators of the effectiveness of the organization of medical care using ART at the territorial level are presented.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А.,
Омарпашаева М.И., Одаманова М.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
г. Махачкала

Климактерический синдром остается актуальной проблемой и на сегодняшний день. Рост числа хирургических вмешательств по поводу заболеваний органов репродуктивной системы женщины вызывает определенную озабоченность у клиницистов всего мира. По данным авторов, на долю хирургической постменопаузы приходится до 25% женщин в возрастной группе 40–45 лет, причем средний возраст пациенток составляет 40,5 лет.

Цель

Изучение клинических данных у женщин в ранней хирургической постменопаузе.

Материалы и методы

Проведено проспективное обследование 59 женщин основной группы в возрасте от 40 до 55 лет в ранней хирургической постменопаузе, которые перенесли абдоминальные гинекологические операции с удалением яичников.

Данное обследование проводилось современными информативными методами исследования. Были использованы эндоскопические методы (кольпоскопия), ультразвуковое сканирование органов малого таза, бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого влагалища и цервикального канала, цитологическое исследование мазков с шейки матки, гистоморфологическое исследование операционного материала.



Результаты

Всем пациенткам проводилось клинико-лабораторное обследование согласно современным общепринятым установкам перед плановой операцией.

Данные комплексного обследования выявило у женщин основной группы миому матки у 48 (79%) женщин, из них у 35 (71%) больных миома матки сочеталась с кистами или доброкачественными опухолями яичников, у 4 (8%) женщин имелось сочетание миомы матки с дисплазией шейки матки, у 6 (12%) пациенток миома сочеталась с рецидивирующей гиперплазией эндометрия.

Бимануальное вагинальное исследование выявило миому матки у 48 (79%) пациенток, размером от 12 до 24 недельной беременности. У 6 пациенток (10%) – гнойные tubo-вариальные образования.

Анализ крови показал анемию I, II либо III степени у 26 (43%) пациенток. В общем анализе мочи изменений не было.

Данные обследования шейки матки: эрозия у 19 (32%), старые разрывы у 17 (28%), рубцовая деформация шейки матки у 20 (12%), эрозированный эктропион у 7 (2%), эндометриоз шейки матки у 5 (8%), железисто-мышечная гипертрофия у 12 (20%), шеечная локализация миомы матки у 2 (3%), лейкоплакия у 2 (3%) пациенток.

Ультразвуковое исследование органов малого таза подтвердило выявленную патологию.

Данные цитологического исследования мазков с шейки матки: дисплазия легкой степени у 4 (7%), дисплазия средней степени тяжести у 2 (3%), лейкоплакия шейки матки у 2 (3%) пациенток.

Результаты гистологического исследования соскобов из шейки матки и цервикального канала: полип цервикального канала у 6 (10%), дисплазия шейки матки легкой и средней степени у 6 (10%), полип эндометрия у 16 (27%), железисто-кистозная гиперплазия эндометрия у 14 (23%) пациенток.

Заключение

Полученные клинические данные обосновывают необходимость применения хирургического лечения с индивидуальным подходом.

Климактерический синдром остается актуальной проблемой и на сегодняшний день. Проведено проспективное обследование 59 женщин основной группы в возрасте от 40 до 55 лет в ранней хирургической постменопаузе, которые перенесли абдоминальные гинекологические операции с удалением яичников. Полученные клинические данные обосновывают необходимость применения хирургического лечения с индивидуальным подходом.



Climacteric syndrome remains an urgent problem today. A prospective study of 59 women in the main group aged 40 to 55 years in early postmenopausal surgery who underwent abdominal gynecological operations with ovarian removal was conducted. The obtained clinical data justify the need for individual surgical treatment.

РОЛЬ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Мелкумян А.Г., Менжинская И.В., Павлович С.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

Эндометриоз (Э) – распространенное гинекологическое заболевание, характеризующееся наличием функциональных эндометриально-подобных желез и стромы вне полости матки, что приводит к хронической тазовой боли, дисменорее, диспареунии и бесплодию, при этом значительно страдает здоровье и качество жизни женщин. Э диагностируется у 10% женщин репродуктивного возраста. Постановка диагноза Э. правомочна при проведении лапароскопии и морфологической верификации. Поиск неинвазивных методов для диагностики и прогнозирования течения эндометриоза продолжает оставаться актуальным. Ряд аутоантител, в том числе к специфическим эндометриальным антигенам, а также к синтаксину 5 и α -энолазе могут быть рассмотрены в качестве перспективных маркеров при диагностике эндометриоза.

Цель исследования

Изучить распространенность и спектр аутоантител у женщин с распространенным наружным генитальным эндометриозом и их диагностическое значение.

Материалы и методы

Исследуемую группу составили женщины с распространенным наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) (n=39), контрольную группу – здоровые женщины без эндометриоза (n=26). Диагноз эндометриоза устанавливался согласно классификации Американского Общества Репродуктивной медицины (rASRM) во время проведения оперативного вмешательства. Кровь для определения маркеров была получена в пролиферативную фазу менструального цикла. В исследование не включались пациентки, на протяжении по крайней мере 3-х месяцев до получения терапии, принимавшие гормональное лечение или оральные контрацептивы, а также противовоспалительные средства и препараты, применяемые при аутоиммунных заболеваниях. Иммунологические методы иссле-



дования включали: определение антифосфолипидных антител (М и G) к кардиолипину (КЛ), β 2-гликопротеину-1 (β 2-ГП-1), фосфатидилсерину, аннексину V и IgG-антител к ламинину-1 с использованием иммуноферментных наборов ORGENTEC Diagnostika и IBL International (Германия); антител к гормонам хорионическому гонадотропину человека (ХГЧ), прогестерону (ПГ) и эстрадиолу (Э) с помощью непрямого твердофазного ИФА, как описано ранее [Менжинская И.В. и соавт. 2015, Менжинская И.В., Ванько Л.В., 2017]; антител к тропомиозину 3 (ТМЗ), тропомодулину 3 (ТМД), синтаксину 5 (СТ) и α -энолазе 1 с использованием модифицированного варианта ИФА с рекомбинантными протеинами фирмы Abcam (Великобритания), иммобилизованными в концентрации 2–5 мкг/мл на микропланшеты (Nunc MaxiSorp) [Gajbhiye R. et al., 2012, Gajbhiye R. et al., 2017, Менжинская И.В., Ванько Л.В., 2017]. Образцы сыворотки крови исследовали в разведении 1:100. Оптическую плотность (ОП) измеряли на фотометре MULTISKAN EX (Thermo Electron (Shanghai) Instrument Co., Китай) при длине волны 450 нм. Результат считали положительным, если средняя ОП исследуемого образца превышала среднюю ОП контрольных образцов более чем на два стандартных отклонения (2 σ).

Результаты исследования

У женщин с НГЭ выявлялся широкий спектр антител разной специфичности, часто обнаруживались антитела классов М и G к гормонам ХГЧ (35,9%), ПГ (30,8%) и Э (30,8%), а также к белковым антигенам ТМЗ (43,6%), ТМД (у 25,6%), СТ (35,9%) и α -энолазе (38,5%). Антифосфолипидные антитела разной специфичности выявлялись у женщин с эндометриозом реже суммарно у 4 (10,3%) пациенток. Антитела к ламинину-1 не были найдены ни у одной из пациенток. Установлено, что IgG-антитела к ХГЧ и ТМЗ обнаруживались у пациенток с распространенным НГЭ значительно чаще (у 33,3% и 38,5%), чем у здоровых женщин (у 3,7%; $p=0,0147$ и $p=0,0053$), при этом риск наличия данных антител у пациенток с НГЭ был выше в 11,5 и 14,4 раза ($p=0,0233$ и $p=0,013$). Показано, что средний уровень антител к ХГЧ, ТМЗ и ТМД у пациенток с эндометриозом был выше, чем у здоровых женщин (значения p 0,0491; 0,0062; 0,0597). Панель из трех аутоантител к ТМЗ, ХГЧ и α -энолазе имела более высокую чувствительность, специфичность и диагностическую точность, чем отдельные маркеры.

Таким образом, у пациенток с распространенными формами НГЭ выявляется широкий спектр аутоантител разной специфичности, имеющие высокую диагностическую значимость при распространенных формах заболевания. Результаты исследования могут указывать на значимую роль аутоиммунных нарушений в патогенезе эндометриоза и целесообразность применения диагностических панелей для детекции аутоантител при этом заболевании.

У женщин с распространенным наружным генитальным эндометриозом выявляется широкий спектр аутоантител, включающий специфические эндометриальные белки и гормоны, при этом отмечается высокая вероятность наличия аутоантител к тропомиозину 3, α -энолазе и хорионическому гонадотропину человека по сравнению со здоровыми женщинами и высокая диагностическая значимость комбинации этих антител.



In women with moderate and severe external genital endometriosis, a wide spectrum of autoantibodies is detected, including antibodies to specific endometrial proteins and hormones, while there is a high probability of the presence of autoantibodies to tropomyosin 3, α -enolase and human chorionic gonadotropin in comparison with healthy women. There is high diagnostic significance of the combination of these antibodies.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ГОРОДА БАКУ

Мехдиева Ю.Д., Бекирова Н.Б.

Центральная клиника, Азербайджан
г. Баку

Одной из ведущих патологий женской репродуктивной системы является рак шейки матки, который занимает 4 место среди онкологических заболеваний. По данным ВОЗ в 2018 году в мире было зафиксировано 570000 новых случаев выявления, и отмечался рост заболеваемости среди молодого женского населения в возрасте 20–30 лет. Среди женщин Азербайджана также существует проблема недостаточной онкологической настороженности. Значительная часть патологий шейки матки является предраковым состоянием. Поэтому выявление на амбулаторном этапе таких заболеваний является важнейшей задачей акушера-гинеколога. В настоящее время эффективный скрининг патологии шейки матки базируется на проведении последовательного комплекса обследований, включая кольпоскопию, цитологию и выявление вируса папилломы человека – ВПЧ-тестирование.

Цель исследования

Изучить частоту встречаемости фоновых и предраковых заболеваний шейки матки среди женщин города Баку.

Исследование проводилось в амбулаторном отделении Центральной клиники города Баку, в период с января – по декабрь 2019 года. Был проведен ретроспективный анализ 120 пациенток, обратившихся за профилактическим медицинским осмотром. Средний возраст обследованных женщин составил 39+ 8,5 лет, средний возраст наступления менархе был 12,9+0,6 лет. При анализе у 90% женщин был отмечен регулярный цикл, а у 10% – нерегулярный. По количеству наличия половых партнеров у 72,5% женщин был 1 партнер, 27,5% – несколько. Из анамнеза было выявлено, что у 76,6% пациенток были аборты, 23,3% – роды через естественные родовые пути, у 60% – кесарево сечение, а 8,3% женщин были нерожавшие. Среди перенесенных гинекологических опера-



ций у 10% женщин была проведена лапораскопическая операция кистэктомия, у 5% – тубэктомия, 2,5% – эксцизия шейки матки, 11,6% – коагуляция шейки матки. Было выявлено, что в 80,3% случаев у женщин был диагноз цервицит, 20,8% – вульвит, 15% – сальпингит, 7,5% – киста яичника и у 4,1% – оофорит. Из перенесенных эндокринных заболеваний у 20% женщин имело место тиреотоксикоз, 4,1% – гипотиреоз, 10,8% – сахарный диабет.

Наши исследования показали, что среди 120 женщин, проходивших профилактический осмотр на выявление патологии шейки матки, были обнаружены: у 69,1% – эктопия, 25,8% – признаки воспаления, 14,1% – дисплазия первой степени, 4,1% и 0,8% – второй и третьей, соответственно. Максимальная частота встречаемости цервикальной эктопии наблюдалась в возрасте от 31 до 40 лет, где $p < 0,05$. При своевременном выявлении и лечении предраковых состояний шейки матки, можно добиться регрессии. Для различных стран имеет смысл подбирать алгоритм скрининга, учитывая эпидемиологическую обстановку по ВПЧ-инфекции, возраст вступления в половую жизнь, преимущественно применяемые способы контрацепции.

Таким образом, наши исследования подтверждают важность совершенствования программ скрининга и методов ранней диагностики предраковых заболеваний шейки матки.

Изучалась частота встречаемости патологии шейки матки среди женщин города Баку. В исследовании приняли участие 120 женщин. Эффективный скрининг состоит из кольпоскопии, цитологии и выявления вируса папилломы человека – ВПЧ-тестирования.

We have studied the incidence of cervical pathology in women residing in Baku city. The research covered 120 women. (120 women took part in the research). Effective screening consists of colposcopy, cytology and human papillomavirus detection – HPV testing.

ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МОЛОКА У РОДИЛЬНИЦ, ИМЕВШИХ МАНИФЕСТАЦИЮ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мехтиханова З.А., Какваева С.Ш., Магомедова М.А., Абусева З.А., Айсаева Б.М.

ФГБОУ ВО ДГМУ кафедра медицинской симуляции и учебной практики
г. Махачкала

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция увеличения частоты урогенитальных вирусных инфекций. Клиническая значимость урогенитальных вирусных инфекций



остаётся предметом дискуссий в современной литературе. Однако вопросы, касающиеся влияния этой патологии на лактационную функцию, остались неизученными.

Цель

Определение некоторых показателей химического состава молока у женщин с урогенитальными вирусными инфекциями.

Материал и методы исследования. Определение химического состава зрелого молока на 5–6 день лактации у 142 родильниц, из них 32 здоровые и 110 женщин с вирусной инфекцией. Количественное содержание общего белка, казеина и белков сыворотки молока определяли методом V.N. Lowry et al.

Для определения суммарного содержания аминокислот в молоке, в белке казеине и в сыворотке 1 мл обезжиренного молока и 3 мг белка каждой фракции гидролизовали в 3 мл соляной кислоты в запаянных ампулах при температуре 110 (по методу Л.П. Алексеенко). Свободные аминокислоты определяли в безбелковом экстракте, полученном депротеинизацией молока 1% пикриновой кислотой с последующим удалением её на колонке с дауэксом 2 x 3 (200x100 Метц) в хлоридной форме.

Содержание жира в молоке определяли в жирометре по стандарту ГОСТ-5 867–51.

Для определения суммарного содержания углеводов использован метод титрования горячей Фелингова жидкостью.

Микроэлементы и магний определялись методом атомной абсорбции на японском атомно-абсорбционном спектрофотометре «Хитачи»-208, электролиты – методом пламенной фотометрии на немецком фотометре «Фляда-4». Аскорбиновую кислоту определяли титрованием краской Тильмана и витамин А – по Кар-прайсу.

Результаты исследования

У родильниц, перенесших вирусную инфекцию во время беременности, были снижены такие показатели как общий белок до 12,3+0,1 мг/мл, сывороточные белки до 7,2+0,06 мг/мл, казеин до 3,9+0,02 мг/мл, альфа-лактоальбумины до 21,21+0,18% (в контроле – 37,43+2,73 мг/мл), лизин до 626,7+19,37 мг/мл (у здоровых – 1234,9+99,7 мг/мл), гистидин до 525,9+18,9 мг/мл, общее содержание незаменимых аминокислот до 4240,7+131,2 мг/мл, у здоровых родильниц этот показатель составил 6117,72+201,4 мг/мл, липидов до 24,2+1,37 мг/мл, фосфолипидов – до 1,11+0,01 мг/мл, холестерина – до 0,51+0,01 мг/мл, триглицеридов до 20, 1+0,12 мг/мл (P<0,05). Не было выявлено значимых различий в содержании заменимых аминокислот в гидролизате молока между исследуемыми группами. Повышается содержание гамма-Ig до 53,2+1,9 мг/мл и бета-лактоальбуминов до 23,6+1,89 мг/мл по сравнению с контролем, где эти показатели составили 47,95+3,19 мг/мл и 10,53+1,21 мг/мл, соответственно.



Уровень сывороточных альбуминов хоть и был несколько выше $6,04 \pm 2,18\%$, однако различия были статистически не значимыми.

Нам не удалось выявить статистически значимого снижения содержания углеводов в зрелом женском молоке у родильниц, перенёвших вирусную инфекцию во время беременности. Однако содержание лактозы было достоверно ниже у этой категории женщин, по сравнению со здоровыми родильницами. Калорийность в этой группе родильниц не превысила $51,12 \pm 0,1$ ккал, в то время как данный показатель в контрольной группе составил $61,59 \pm 1,37$ ($p < 0,05$).

Не было выявлено влияния инфекции во время беременности на витаминный состав молока и содержание микроэлементов.

Вывод

Наибольшие изменения в химическом составе молока у родильниц, перенёвших вирусную инфекцию во время беременности, наблюдаются в содержании белка, незаменимых аминокислот, жиров и калорийности, что не может не оказывать негативного влияния на развитие новорождённых.

Содержание питательных веществ в грудном молоке должно быть сбалансированным для правильного роста и развития ребенка, оно обеспечивает защиту от распространенных детских болезней, снижает риск приобретения излишнего веса и развития ожирения в детстве и подростковом возрасте. Для достижения перечисленных выше результатов необходимо исследование грудного молока при различных заболеваниях, перенесенных во время беременности, особенно вирусных, с целью коррекции выявленных сдвигов химического состава грудного молока.

The content of nutrients in breast milk must be balanced for the proper growth and development of the baby, it provides protection against common childhood diseases, reduces the risk of becoming overweight and developing obesity in childhood and adolescence. To achieve the above results, it is necessary to study breast milk for various diseases transferred during pregnancy, especially viral, in order to correct the revealed changes in the chemical composition of breast milk.



НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ИССЛЕДОВАНИИ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО КЛАСТЕРНОГО СТАДИРОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЫ КРИОПЕРЕНОСА

Мирошкина М.И., Корнеева И.Е., Бурменская О.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ
г. Москва*

Цель исследования

Выявление предикторов готовности эндометрия к nidации бластоцисты на основании молекулярно-генетической и морфологической оценки рецептивности эндометрия у пациенток с бесплодием.

Материалы и методы

Было проведено гистологическое и молекулярно-генетическое исследование уровня экспрессии мРНК генов LIF, GPX3, AQP3, NDRG1, GNLY, IMPA2, PAEP, IGFBP1, HABP2, DPP4, TAGLN, IL15, POSTN, HLA-DOB, MSX1 методом ОТ-ПЦР в эндометрии, полученном от 104 пациенток, планирующих перенос размороженных эмбрионов с помощью пайпель-биопсии на 7–8 день после пика ЛГ в естественном цикле (ЕЦ) с последующим проведением программы криопереноса. Все пациентки имели регулярный менструальный цикл, нормальный ИМТ 22,3 (3,0), средний возраст составил 34 (4,4). Согласно критериям включения, все пациентки имели в среднем 3,7 (2,5) криоконсервированных эмбриона. По результатам молекулярно-генетического исследования был проведен кластерный анализ и разработана модель стадирования развития эндометрия. Так же проведена оценка исходов программы ВРТ относительно стадии созревания эндометрия и выявлен наиболее благоприятный период для успешной имплантации и пролонгировании беременности. Достоверность межгрупповых различий определялась с помощью критерия Фишера.

Результаты

Ранняя стадия фазы секреции была установлена в 30,8% случаев (n=32); средняя стадия фазы секреции – в 69,2% (n=72) по данным гистологического исследования. Кластерный анализ молекулярно-генетических особенностей экспрессии генов в образцах в период предполагаемого «окна имплантации», позволил выделить 4 кластера образцов: кластер



А, кластер В, кластер С, кластер D. При сопоставлении с гистологическим исследованием образцы эндометрия для кластера А (n=20) в одинаковом соотношении разделились между ранней и средней стадиями фазы секреции и характеризовались высоким уровнем экспрессии генов POSTN, HLA-DOB, MSX1 и низким уровнем экспрессии мРНК генов LIF, GPX3, AQP3, NDRG1, GNLY, IMPA2, PAEP, IGFBP1, HABP2, DPP4 и TAGLN. Кластер С в более чем 65% случаев соответствовал средней стадии фазы секреции, для кластеров В и D установлена средняя стадия фазы секреции более чем в 80% случаев. Промежуточные уровни экспрессии были выявлены в кластерах В (n =31) и С (n=36). И наконец для кластера D (n=17) установлена высокая экспрессия мРНК генов GPX3, AQP3, NDRG1, GNLY, IMPA2, PAEP, IGFBP1, HABP2, DPP4 и TAGLN и низкая экспрессия генов POSTN, HLA-DOB, MSX1. Таким образом, на основании изменения уровня гена PAEP, экспрессия которого увеличивается под действием прогестерона, предложено кластерное стадирование созревания эндометрия от кластера к кластеру: А → С → В → D. После проведения программы переноса размороженных эмбрионов частота положительного результата β-ХГ составляла от 23,5 до 40% без статистически значимых различий между кластерами. Однако, была выявлена статистически значимая разница по частоте клинической беременности и родов живым плодом, в кластерах В и С и составила 9 и 10 случаев (29% и 27,8% соответственно), когда молекулярно-генетический профиль эндометрия соответствовал промежуточному этапу развития между ранне- и среднесекреторной трансформацией эндометрия (p-a-b=0,008, p-a-c=0,010).

Заключение

Исследование молекулярно-генетических профилей экспрессии мРНК LIF, GPX3, AQP3, NDRG1, GNLY, IMPA2, PAEP, IGFBP1, HABP2, DPP4, TAGLN, IL15, POSTN, HLA-DOB, MSX1 генов позволяет верифицировать стадию развития эндометрия наиболее благоприятную для имплантации бластоцисты.

Развитие ВРТ открывает новые горизонты в лечении бесплодных пар. Однако, даже при высоком качестве эмбрионов не всегда удается достичь беременность. Для повышения вероятности наступления беременности в программах ЭКО, важно учитывать синхронность развития эмбриона и эндометрия перед проведением переноса бластоцисты в полость матки у пациенток с безуспешными попытками в анамнезе. Поэтому актуальным вопросом остается определение периода «готовности» эндометрия для имплантации. На сегодняшний день не существует общепринятых молекулярно-генетических критериев оценки «окна имплантации», таким образом, исследования в этом направлении остаются весьма перспективными.

The development of ART opens up new horizons in the treatment of infertile couples. However, even with high quality embryos, pregnancy is not always possible. To increase pregnancy rate in IVF programs, it is important to take the synchronize development of the embryo and endometrium before transferring the blastocyst into the uterine



cavity in patients with a recurrent implantation failure. There are no generally accepted molecular genetic criteria for evaluating the “window of implantation”, so studies in this direction remain very promising.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКТОВ В РАЗВИТИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СУПРУГОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1, ОПИСАНИЕ ПАЦИЕНТА)

Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Гончаров Д.Б.³, Сащенко В.П.⁴

1. ФБУН МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, 2. ФГБУ ГНЦ дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения, 3. ФГБУ ФНИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Министерства здравоохранения, 4. ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Иваново» г. Москва, г. Иваново

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), встречаются у 74,1–81,5% сексуально активных мужчин и женщин, особенно в развивающихся странах. У 77,8% молодых женщин и у 100% молодых мужчин могут отсутствовать клинические признаки ИППП, возбудители выявляются в лаборатории после того, когда обнаруживаются какие либо репродуктивные нарушения, очень часто – возникновение бесплодия у супругов. Наибольшая роль в возникновении бесплодия принадлежит *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*. Особая роль в патогенезе хронических воспалительных заболеваний принадлежит *Trichomonas vaginalis*. *T. vaginalis* была выделена из мягких тканей простаты и способствовала, индуцируя выработку интерлейкина 6, развитию гиперплазии предстательной железы и простатита. *T. vaginalis* может стимулировать эпителиально-мезенхимальный переход в клетках простаты, который является одной из причин фиброза в органе и даже появления ракового процесса.

Цель исследования

Выявить возбудителей из отделяемого мочеполовых органов и проанализировать их связь с наличием репродуктивных нарушений у пациента (клинический случай).

Пациент О.Е.В., возраст 34 года, его супруга пациентка О.М.Д., возраст 30 лет. При регулярной половой жизни более трёх лет в браке планированная беременность не наступала, что послужило поводом для клинического и лабораторного обследования. До брака у каждого из супругов были половые отношения с несколькими партнёрами. При клиническом обследовании у больного выявлен хронический простатит, в простате наблюдался очаговый фиброз; варикоцеле слева II степени; кисты головок придатков обоих яичек. Пациент



предъявлял жалобы, постепенно развивающиеся: общая слабость, быстрая утомляемость, снижение либидо, эректильная дисфункция, дискомфорт во время мочеиспускания, болезненные ощущения в промежности и в области яичек. Выявлены сопутствующие заболевания хронический гастродуоденит вне обострения, диффузные изменения в поджелудочной железе и желчном пузыре; кистозные изменения в левой почке; ВСД кардиального типа; наблюдались заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани. В лабораторных анализах у пациента выявлены гиперпролактинемия, низкий уровень эстрадиола, изменения реологических свойств крови, повышенное количество тромбоцитов и тромбокрита, недостаток витамина Д, нарушения липидного обмена. Изменения количества половых гормонов пролактина и эстрадиола у пациента указывают на наличие эндокринного фактора бесплодия. В спермограмме наблюдалась астенозооспермия, бактериоспермия. При анализе эякулята методом ПЦР ИППП не выявлялись. При использовании комплекса лабораторных методов микроскопического, культурального, РНИФ из эякулята была выделена *T.vaginalis*. Из микробиоценоза урогенитального тракта, используя ПЦР (тест Андрофлор), выделен род *Staphylococcus* и *Enterococcus* в большом титре, культурально в диагностически значимом титре из эякулята выделены *Escherichia coli*, *Staph. haemolyticus*, *E.faecalis*. Методом ИФА из сыворотки крови пациента выявлены антитела Ig G в диагностически значимом титре к *Ch. trachomatis*, ЦМВ, ВЭБ, ВГЧ 6, *Borrelia burgdorferi*, *Pneumocystis carinii*, *Helicobacter pylori*. Следует обратить внимание на выявление у пациента возбудителя клещевого иксодового боррелиоза *B.burgdorferi*. Больной не замечал протекание боррелиоза, первичный аффект отсутствовал, ярких клинических признаков заболевания не наблюдалось. Известно, что эндотоксин *B.burgdorferi* имеет нейротропное действие, боррелии, циркулируя, способны вызывать поражения сосудов в виде васкулитов и окклюзий, это нарушает кровоснабжение органов, что актуально и при простатите. Таким образом, выявленная смешанная хламидийно-трихомонадная инфекция у пациента супруга явилась одной из главных причин мочеполовых заболеваний и бесплодия.

Клинический пример указывает на значимость диагностики у мужчин с бесплодием не только ИППП, но и других условно-патогенных возбудителей, а также рода *Borrelia*, что определяет в дальнейшем тактику лечения.

*Инфекционный фактор является одним из ведущих в возникновении репродуктивных нарушений в форме бесплодия у супругов. Рассматривается клинический случай выявления и роли сочетанной инфекции возбудителей, передаваемых половым путём, рода *Borrelia* и рода *Pneumocystis* у супругов с заболеваниями мочеполовых органов.*

*Infectious factor is one of the leading in the occurrence of reproductive disorders in the form of infertility in spouses. The clinical case of the identification and role of the combined infection of sexually transmitted pathogens of the genus *Borrelia* and the genus *Pneumocystis* in spouses with urogenital diseases is studied.*



РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКТОВ В РАЗВИТИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СУПРУГОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2, ОПИСАНИЕ ПАЦИЕНТКИ)

Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Гончаров Д.Б.³, Сащенко В.П.⁴

*1. ФБУН МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, 2. ФГБУ ГНЦ дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения, 3. ФГБУ ФНИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Министерства здравоохранения, 4. ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Иваново»
г. Москва, г. Иваново*

Любой возбудитель ИППП оказывает патогенное влияние на половые органы. *Trichomonas vaginalis* принадлежит особая роль в создании условий для длительного поддержания хронического воспалительного процесса в половой системе у женщин, простейшие трудно выявляются при лабораторной диагностике. Трихомонады изменяют микробиоценоз влагалища, это способствует усиленной колонизации биотопа условно-патогенной микрофлорой, которая снижает выработку провоспалительных цитокинов и, наоборот, усиливает выработку противовоспалительных факторов. Трихомонады способны инвазировать в выше лежащие половые органы, проникать в ткани матки и маточные трубы.

Цель исследования

Выявить возбудителей из отделяемого мочеполовых органов и проанализировать их связь с наличием репродуктивных нарушений у пациентки (клинический случай).

Описывается клинический случай выявления и роли инфекции в развитии первичного бесплодия у супругов. Приводится описание пациентки супруги. При клиническом обследовании у пациентки выявлен хронический двухсторонний сальпингофорит, поликистоз яичников, гипоплазия тела матки, в анамнезе – эрозия шейки матки. Больная предъявляла жалобы на периодические боли в обеих паховых областях с иррадиацией в поясницу и крестец, на дизурические расстройства, диспареунию, нарушение менструального цикла. Во время гинекологического осмотра отмечено: наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка влагалища не гиперемированная, выделения умеренные, слизистой консистенции, белого цвета, без запаха. Своды влагалища глубокие, безболезненные. Шейка матки конической формы, с наличием эрозии. Матка в положении *anteflexio*, *anteversio*, не чувствительная при пальпации. Маточные трубы тяжистые, инфильтрированные, слегка чувствительные при пальпации. Яичники не увеличены. Выявлены сопутствующие заболевания: эндокринные заболевания – диффузный токсический зоб; нефроптоз справа;



кистозные изменения в правой молочной железе; хроническая ЖДА. В лабораторных анализах наблюдались изменения в количестве половых гормонов и гормонов щитовидной железы, гормон прогестерон был понижен, гормон ТТГ понижен, гормоны Т3 и Т4 повышены, в общем анализе крови выявлялся низкий гемоглобин, повышение СОЭ, моноцитоз, наблюдались изменения реологических свойств крови. В анализе мочи периодически наблюдалась гематурия и бактериурия. При анализе отделяемого женских половых органов методом ПЦР ИППП не выявлялись. При использовании комплекса лабораторных методов микроскопического, культурального, РНИФ из влагалища и шейки матки была выделена *T. vaginalis*. В микробиоценозе урогенитального тракта у пациентки, используя ПЦР (тест Фемофлор), диагностирован аэробный дисбиоз, наблюдалось резкое уменьшение количества рода *Lactobacillus*, преобладание семейства *Enterobacteriaceae* и рода *Streptococcus*. У пациентки в разное время диагностировался бактериальный вагиноз и вагинит. Методом ИФА из сыворотки крови выявлены в диагностически значимом титре антитела Ig G к *Ch. trachomatis*, ВПГ1,2, ЦМВ, *P. carinii*. Следует отметить, что возбудитель пневмоцистоза *P. carinii*, пенетрируя, может поражать эндотелий сосудов и передаваться трансплацентарным путём, что актуально для женщин, планирующих рождение ребёнка. Таким образом, у пациентки выявлена ранее не диагностированная смешанная хламидийно-трихомонадная инфекция, которая вызвала заболевания половых органов, а возможно и патологии в эндокринной системе и системе крови.

Клинический пример показывает наличие у пациентки множества факторов, обуславливающих бесплодие: анатомические особенности матки, эндокринные факторы, инфекционный фактор, все факторы взаимосвязаны. Описанные клинические случаи показывают, что для выявления ИППП, особенно, *Ch. trachomatis* и *T. vaginalis*, необходимо использовать комплекс лабораторных методов. Выявленные разнообразные инфекции у супружеской пары вызывают патологические изменения в разных системах организма, что оказывает влияние на изменение нормального функционирования и репродуктивной системы и, в целом, на возникновение нарушений в форме бесплодия.

*Инфекционный фактор является одним из ведущих в возникновении репродуктивных нарушений в форме бесплодия у супругов. Рассматривается клинический случай выявления и роли сочетанной инфекции возбудителей, передаваемых половым путём, рода *Borrelia* и рода *Pneumocystis* у супругов с заболеваниями мочеполовых органов.*

*Infectious factor is one of the leading in the occurrence of reproductive disorders in the form of infertility in spouses. The clinical case of the identification and role of the combined infection of sexually transmitted pathogens of the genus *Borrelia* and the genus *Pneumocystis* in spouses with urogenital diseases is studied.*



СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мурадова Д.К., Гайдарова А.Г., Эседова А.Э., Идрисова М.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Махачкала*

Курсом современной гинекологической медицины является тактика органосохраняющих оперативных вмешательств. Однако, сохранить репродуктивные органы женщины не всегда удается, в результате чего развивается хирургическая менопауза (ХМ).

Как известно, менопауза, наступившая после оперативного вмешательства, характеризуется сложными реакциями нейроэндокринной системы и отличается от физиологической менопаузы одномоментным наступлением острого дефицита половых стероидов. Тиреопатии выступают дополнительным триггером в клинических проявлениях ХМ. Дефицит тиреоидных гормонов усиливает вазомоторные, эмоциональные-вегетативные, генитоуринарные проявления ХМ.

Цель исследования

Оценить особенности клинических проявлений у женщин с ХМ на фоне заболеваний щитовидной железы (ЩЖ).

Обследовано 150 женщин, оперированных в перименопаузальном периоде. В основную группу вошло 80 женщин с ХМ, страдающих заболеваниями ЩЖ, а именно гипотиреозом. Группу контроля – 70 женщин с ХМ без патологии ЩЖ.

Учитывались жалобы, анамнез, результаты гинекологического осмотра, антропометрические данные. Тяжесть менопаузальных симптомов оценивалась с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) – индекса Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.

Все оперированные женщины имели клинические проявления ХМ. Жалобы на вазомоторные симптомы (приливы жара и/или ознобы, потливость) и психосоматические расстройства (головная боль, раздражительность, депрессия, расстройства сна, слабость) чаще встречались среди пациенток основной группы, нежели у пациенток группы контроля, у которых ХМ протекала без фоновых заболеваний ЩЖ. При анализе колебаний массы тела в течение первого года после операции отмечалось стремительное ее увеличение до 6 кг у 55 пациенток (68,7%), через 2 года – у 18 (22,5%), не отмечалась прибавка массы тела у 7 женщин (8,7%). В то время как женщины контрольной группы указывали на небольшое равномерное прибавление массы тела.

При оценке степени тяжести менопаузального синдрома (МС) по данным ММИ было выявлено, что у женщин с хирургической менопаузой на фоне синдрома гипотирео-



за у 22 (27,5%) преобладала тяжелая, а у 40 (53,7%) среднетяжелая степени тяжести МС. В свою очередь, у пациенток контрольной группы такие формы МС встречались в 1,5–2 раза реже – у 9 (12,8%) и 21 (30%) пациентки, соответственно.

Степень выраженности клинических симптомов ХМ и тяжесть их течения усугубляются в условиях дефицита гормонов ЩЖ. В результате этого существует необходимость дальнейшего изучения данной патологии для формирования алгоритма обследования и лечения.

Обследовано 150 женщин, оперированных в перименопаузальном периоде. В основную группу вошло 80 женщин с ХМ, страдающих заболеваниями щитовидной железы, а именно гипотиреозом. Группу контроля – 70 женщин с хирургической менопаузой без патологии щитовидной железы. Установлено, что у женщин с хирургической менопаузой на фоне синдрома гипотиреоза у 22 (27,5%) преобладала тяжелая, а у 40 (53,7%) среднетяжелая степени тяжести менопаузального синдрома. В свою очередь, у пациенток контрольной группы такие формы менопаузального синдрома встречались в 1,5–2 раза реже – у 9 (12,8%) и 21 (30%) пациентки.

We examined 150 women who were operated on during the perimenopausal period. The main group included 80 women with HM, suffering from thyroid diseases, namely hypothyroidism. The control group consisted of 70 women with surgical menopause without thyroid pathology. It was found that in women with surgical menopause against the background of hypothyroidism syndrome, 22 (27.5%) had a severe predominance, and 40 (53.7%) had a moderate severity of menopausal syndrome. In turn, in patients of the control group, such forms of menopausal syndrome were 1.5–2 times less common – in 9 (12.8%) and 21 (30%) patients.

ЭКСПРЕССИОННЫЕ ПРОФИЛИ МРНК ГЕНОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Назарова Н.М., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Шешко П.Л.,
Аттоева Д.И., Гусаков К.И.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

Актуальность

Чрезвычайно актуальным является оценка уровня экспрессии мРНК генов для точной дифференциальной диагностики ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки с целью выбора оптимальной тактики ведения.



Цель

Изучить особенности экспрессии мРНК генов в дифференциации степени тяжести неоплазии и при рака шейки матки для определения их диагностической значимости.

Материалы и методы

Клинические, молекулярно-генетические методы, прицельная биопсия шейки матки, гистологическое исследование биопсийного материала, оценка экспрессии мРНК в пораженной ткани шейки матки.

Результаты

С целью дифференциальной диагностики ВПЧ ассоциированных поражений шейки матки была изучена экспрессия мРНК генов MK167, CDKN2A/p16, CCNB1, BIRC5, BCL2, BAG1, BAX, NDRG1, PTEN, ESRI, PGR, TLR7, OSM, CD68, PTGS2, SCUBE2, CTSL2 у 110 пациенток в биоптатах шейки матки. В зависимости от гистологического диагноза было сформировано 4 группы: 1 группа – 37 (33,6%) с хроническим цервицитом, 2–31 (28,1%) с LSIL (CIN I), 3–33 (30%) с HSIL, и 4–9 (8,1%) с раком шейки матки (РШМ). При группах с HSIL и РШМ отмечено достоверное повышение уровня экспрессии маркеров пролиферации (MK167), понижение маркеров апоптоза (BCL2), рецепторов эстрогенов (ESRI) и прогестерона (PGR).

Для построения модели дифференциальной диагностики поражений шейки матки на основе параметров уровня экспрессии мРНК MK167, BCL2, ESRI, PGR и наличия ВПЧ высокого канцерогенного риска использован метод дискриминантного анализа. Модель позволяет дискриминировать четыре патологических состояния (хронический цервицит, LSIL, HSIL, и РШМ) с помощью трех канонических линейных дискриминантных функций (КЛДФ). Уравнение КЛДФ имеет вид: $КЛДФ = k_1 \cdot x_1 + k_2 \cdot x_2 + \dots + k_n \cdot x_n + const$, где k_1, k_2, k_n – коэффициенты функции, $const$ – константа, x_1, x_2, x_3 – относительные уровни экспрессии генов или другие параметры. В соответствии с моделью 8 из 9 пациенток с РШМ были классифицированы, как РШМ; 1 – как HSIL. Чувствительность для РШМ составила 88,9%. 1 функция наилучшим образом дискриминировала группы хронический цервицит и РШМ. Из 32 пациенток с HSIL 23 были классифицированы, как HSIL, 3 – как РШМ, в 5 случаях – LSIL, в 4 – хронический цервицит. Чувствительность для HSIL – 69,7%; 27 пациенток с хроническим цервицитом из 37 были определены в свою группу, чувствительность – 73%. Только 11 из 31 пациентки группы LSIL классифицированы в свою группу, 29% классифицировались, как более тяжелые поражения шейки матки, а для 35,5% пациенток с LSIL прогноз был более благоприятным и связан с регрессией патологического процесса. Чувствительность для LSIL – 35,5%.

Заключение

Оценка уровня экспрессии мРНК генов MK167, BCL2, ESRI, PGR может помочь в постановке более точного диагноза и дифференцировать легкую (LSIL) и более тяжелую (HSIL и рак шейки матки) степень поражения шейки матки; а также воспалительные процессы (хронический цервицит).



Разработана модель для дифференциальной диагностики 4-х патологических состояний шейки матки: воспалительный процесс, интраэпителиальная неоплазия легкой и тяжелой степени, РШМ, учитывающая относительные уровни экспрессии мРНК генов (MK167, BCL2, ESRI, PGR) и наличие ВПЧ канцерогенного риска в эпителии шейки матки в качестве дополнительного исследования малоинвазивным способом. Работа выполнена по теме государственного задания «Разработка и внедрение маркеров ранней диагностики и прогнозирования риска развития ВПЧ-ассоциированных предраковых заболеваний и рака нижнего отдела половых путей».

A model was developed for the differential diagnosis of 4 pathological conditions of the cervix: inflammatory process, intraepithelial neoplasia of mild and severe degree, RSM, taking into account the relative levels of mRNA expression of genes (MK167, BCL2, ESRI, PGR) and the presence of HPV carcinogenic risk in the epithelium of the cervix as an additional study in a minimally invasive way.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Неклюдова А.В., Андреева М.В.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет
г. Волгоград

С целью снижения перинатальной смертности ежегодно увеличивается частота операции кесарево сечение (КС). В крупных перинатальных центрах России она составляет 40–50%. Учитывая, что оперативное родоразрешение не является физиологическим для женского организма, оно оказывает глубокое повреждающее влияние на состояние здоровья женщины, вызывая нарушения психической сферы, иммунной системы, процессов адаптации, а также снижение реактивности организма, в том числе, нервной системы, особенно вегетативной регуляции.

Таким образом, учитывая снижением адаптационных процессов у родильницы в послеоперационном периоде, несмотря на широкое внедрение в акушерскую практику антибиотиков, КС является наиболее частой причиной инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Частота эндометрита после КС составляет 5%-20%, раневая инфекция – 3–5%. Следовательно, актуальным является изучение адаптационных возможностей организма родильниц в послеоперационном периоде.

Цель

Изучение адаптационные возможности организма родильниц после КС в раннем послеоперационном периоде на фоне проводимого традиционного лечения.



Проведено обследование 35 родильниц после операции КС в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 н. на базе родовспомогательного учреждения Волгоградско-Волжского региона.

Большинство женщин были в возрасте старше 30 лет (53,3%).

При анализе показателей соматического, акушерско-гинекологического анамнеза установлено, что по частоте на 1-м месте была экстрагенитальная патология (86,7%), на 2-м – заболевания гениталий (60%), на 3-м – искусственные аборты (26,7%).

В структуре экстрагенитальных заболеваний преобладали болезни сердечно-сосудистой системы (26,6%) и хронический пиелонефрит (13,3%). Среди патологии гениталий преобладали патология шейки матки (16,7%) и миома матки (10%).

Течение беременности у родильниц осложнилось ОРВИ (50%), анемией (43%), угрозой преждевременных родов (28%).

Основным показанием для КС был несостоятельный рубец на матке после операции КС в анамнезе (23,3%). Дородовое излитие околоплодных вод выявлено у 26,7%. Основной причиной данного осложнения были вагиниты во время беременности.

Адаптационные возможности организма обследованных пациенток определялись по индексу функциональных изменений (ИФИ). Оценка ИФИ является простой и прогностически информативной методикой доврачебного обследования женщин и включает минимальный набор данных (возраст, рост, масса тела, частота пульса, систолическое давление, диастолическое давление). Расчет индекса функциональных изменений проводился с использованием уравнения множественной регрессии по А.П. Берсеновой.

Изучение адаптационных возможностей у родильниц в послеоперационном периоде до начала лечения выявило у большинства из них (93,1%) нарушения процессов адаптации, в основном, в виде срыва адаптации (76,2%) и неудовлетворительной адаптации (13,3%).

После проведения традиционной терапии в послеоперационном периоде число пациенток со срывом адаптации снизилось, но всего в 1,2 раза (65,8%, $p > 0,05$), а процент родильниц с удовлетворительной адаптацией увеличился незначительно (с 3,3% до 7,1%, $p > 0,05$).

Выявлено, что у родильниц в раннем послеоперационном периоде наблюдаются значительные нарушения адаптационных возможностей организма, несмотря на проводимое медикаментозное лечение.

Следовательно, нужно разрабатывать новые профилактические методики, повышающие адаптационные возможности организма, что в дальнейшем приведет и к улучшению качества их жизни.



Изучены адаптационные возможности организма у родильниц после операции кесарево сечение в раннем послеоперационном периоде. Доказано, что на фоне традиционного ведения послеоперационного периода число пациенток со срывом адаптации снизилось, но в недостаточном количестве, что требует разработки новых методов профилактики, повышающих адаптационные возможности организма.

The adaptive capabilities of the body in puerperas after cesarean section in the early postoperative period were studied. It is proved that against the background of the traditional management of the postoperative period, the number of patients with a failure of adaptation has decreased, but in insufficient numbers, which requires the development of new methods of prevention that increase the adaptive capacity of the body.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДОМА ТКАНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

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

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

Актуальность

Среди онкологической патологии органов репродуктивной системы у женщин РШМ находится на 3-м месте. Актуальным и перспективным является поиск потенциальных биомаркеров, обладающих как диагностической, так и прогностической значимостью в скрининговых программах или при разработке таргетной терапии.

Цель

Выявить и проанализировать изменения липидома тканей шейки матки при ее поражении различной степени тяжести, вызванных папилломавирусной инфекцией, у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Клинические, цитологическое исследование, молекулярно-генетические методы, расширенная кольпоскопия, прицельная биопсия шейки матки, гистологическое исследование биопсийного материала, липидомный анализ тканей шейки матки (масс-спектрометрия).



Результаты

Обследована 41 пациентка (средний возраст 34 года), по результатам гистологического исследования сформированы 4 группы: I группа – 8 (19%) пациенток с хроническим цервицитом в сочетании с ВПЧ-инфекцией, II группа – 9 (22%) пациенток с LSIL, III группа – 13 (32%) пациенток с HSIL, IV группа – 11 (27%) пациенток с РШМ. 67% случаев LSIL обусловлено ВПЧ филогенетической группы А9, при этом ВПЧ 16 типа встречался в 28% случаев. 84% случаев HSIL вызваны ВПЧ группы А9 (16, 33, 35, 31, 58 типы), ВПЧ 16 типа – в 56% случаев. ВПЧ группы А9 определялись в 100% при РШМ, более половины (55%) всех случаев РШМ были вызваны ВПЧ 16 типа. У 85% пациенток наблюдалась высокая вирусная нагрузка (в среднем – 5,2 log). Нормальная кольпоскопическая картина встречалась у 5 (12%) пациенток, слабовыраженные и выраженные изменения при кольпоскопии – у 36 (88%) пациенток.

Для всех четырех групп было выявлено разделение пограничных и патологических образцов, что свидетельствует о значительных отличиях липидного профиля сравниваемых образцов. Обнаружены выраженные отличия липидома тканей, граничащих со злокачественной опухолью, от тканей, граничащих с доброкачественными (воспалительными) и предраковыми поражениями эпителия шейки матки. Установлено, что ткани при HSIL и РШМ имели схожий липидный профиль. В результате масс-спектрометрического анализа были выявлены статистически значимые отличия уровней липидов, относящихся к фосфатидилхолинам (PC 32:0, PC 34:1, PC 36:4, PC 34:0, PC 38:4), этаноламинам (PE O-46:0, LPE 46:0, PE O-48:0, LPE 48:0, PE O-46:1) и сфингомиелинам (SM 34:0, SM 42:2) в тканях шейки матки с ВПЧ-ассоциированным неопластически трансформированным эпителием.

Заключение

Поражения эпителия шейки матки, вызванные папилломавирусной инфекцией, сопровождаются значимыми изменениями уровня липидов в ткани (PC; PE; SM), которые могут рассматриваться в качестве потенциальных биомаркеров для ранней и дифференциальной диагностики степени тяжести поражения эпителия шейки матки.

Среди онкологической патологии органов репродуктивной системы у женщин РШМ находится на 3 месте. Требуется поиск биомаркеров, обладающих диагностической и прогностической значимостью. Цель работы – проанализировать липидом тканей шейки матки при ВПЧ-ассоциированных поражениях различной степени тяжести у женщин репродуктивного возраста. Работа выполнена по теме государственного задания «Разработка и внедрение маркеров ранней диагностики и прогнозирования риска развития ВПЧ-ассоциированных предраковых заболеваний и рака нижнего отдела половых путей».

Among the oncological pathology of the reproductive system in women, RSM is on the 3rd place. It is necessary to search for biomarkers that have diagnostic and prognostic significance. The aim of the work is to analyze the lipid profile of cervical tissues in HPV-associated lesions of various severity in women of reproductive age.



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОМОЩИ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ КАК ДЕТЕРМИНАНТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Носкова О.В., Чурилов А.В., Доля П.Г., Чурилов А.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
г. Донецк

Сохранение репродуктивного здоровья молодых женщин является одной из основных задач практической гинекологии, которая заключается в предупреждении патологии, которая может послужить причиной инвалидизации женского населения и утрате возможности к зачатию и вынашиванию здорового ребенка. Пик фоновых и предраковых заболеваний приходится именно на фертильный возраст. Поэтому очевидная необходимость выбора таких методик лечения, которые приводят к минимальной травматизации ткани шейки матки и уменьшают вероятность развития рубцовой деформации шейки матки в последующем, а именно радиоволновая хирургия.

Цель

Изучение эффективности радиоволновой хирургии в лечении фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Проанализированы результаты обследования и лечения 113 пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями в возрасте от 23 до 38 лет. Структура заболеваемости распределилась следующим образом: эктопия шейки матки у 43 пациенток, 18 с эрозированным эктропионом, 32 с лейкоплакией без атипии, 11 с рубцовой деформацией шейки матки как результат послеродовых разрывов, 6 эндометриоз шейки матки, 7 дисплазия шейки матки легкой и умеренной степени. Обследование состояло из клинического, микробиологического, цитологического обследования, кольпоскопии, биопсия шейки матки с гистологическим исследованием. Для лечения шейки использовалась радиоволновая коагуляция аппаратом «Сургитрон». Лечение при помощи радиоволновой хирургии было выполнено в объеме прицельной биопсии шейки матки с последующей коагуляцией у 67 больных, радиоконизация шейки матки с последующей радиокоагуляцией шейки у 36 (11 с рубцовой деформацией шейки матки, 7 дисплазией легкой и умеренной степени, 18 с эрозированным эктропионом). При условии четких границ поражения выполняли эксцизию измененных участков. После обработки радиоволной отмечено образование фибриновой пленки с отторжением на 9–15-е сутки, полная эпителизация к 30–40 суткам. Рецидивы отмечались у 5 пациенток с лейкоплакией, которым было проведено повторное лечение.



Радиоволновая хирургия является эффективным методом лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, позволяющая уменьшить травматичность, кровопотерю и сохранить репродуктивный потенциал женщин.

Цель исследования изучение эффективности радиоволновой хирургии в лечении фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Проанализированы результаты обследования и лечения 113 пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями в возрасте от 23 до 38 лет. Радиоволновая хирургия является эффективным методом лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, позволяющая уменьшить травматичность, кровопотерю и сохранить репродуктивный потенциал женщин.

The purpose of the study was to study the effectiveness of radio wave surgery in the treatment of background and precancerous diseases of the cervix. The results of examination and treatment of 113 patients with background and precancerous diseases aged 23 to 38 years were analyzed. Radio wave surgery is an effective method of treating background and precancerous diseases of the cervix, which can reduce trauma, blood loss and preserve the reproductive potential of women.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ЦЕРВИЦИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А.

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра акушерства и гинекологии
г. Донецк*

Воспалительные заболевания в структуре гинекологической патологии занимают лидирующие позиции, составляя 60–65% от числа всех гинекологических заболеваний. Актуальность этой проблемы объясняется тем, что пик заболеваемости приходится на активный репродуктивный возраст от 15 до 24 лет, нарушая репродуктивное здоровье и являясь причиной синдрома хронических тазовых болей (24%), невынашивания беременности (45%), бесплодия (40%) и эктопической беременности (3%). Причиной воспалительных заболеваний в большинстве случаев являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). В 60–70% случаев ВЗОМТ вызываются сочетанием гонококков и хламидий.

Цель исследования

Изучить значение инфекционных факторов в генезе цервицита у женщин репродуктивного возраста.



Проведен анализ 110 историй болезни женщин в возрасте от 16 до 38 лет, поступивших в гинекологическое отделение. В основную группу вошли 70 женщин с клинически установленным диагнозом острого и хронического цервицита, контрольную группу составили 40 здоровых женщин. Диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза, данных кольпоскопии, цитологического исследования, методов лабораторной диагностики. Основная группа в зависимости от остроты процесса была разделена на две подгруппы с острым цервицитом 29 женщин и 41 пациентки с хроническим цервицитом.

Результаты

При оценке образцов из цервикального канала методом ПЦР у женщин с цервицитом, преимущественно выделены *Ureaplasma urealiticum* у 24 женщин из 70 обследованных (48,5%), *Chlamydia trachomatis* были обнаружены у 23 женщин (32,8%), *Mycoplasma hominis* у 6 женщин обеих групп (8,5%), инфицирование вирусом простого герпеса (ВПГ) у 7 (10%), вирус папилломы человека (ВПЧ) у 10 (%). В контрольной группе у 5 (12,5%) женщин из 40 были выявлены методом ПЦР *Ureaplasma urealiticum*, другой патологии не выявлено. У 42 (60%) женщин из основной группы с цервицитом выявлена микст-инфекция: сочетание двух возбудителей у 30 (71,4%) женщин из трех возбудителей у 12 (28,5%). При этом в цервикальном канале преобладали *Chlamydia trachomatis* (45,6%), вирус папилломы человека (34,2%), *Mycoplasma hominis* в сочетании с ВПГ 12,8%, *Ureaplasma urealiticum* и *Mycoplasma hominis* выявлены в 10,2%, в 7,2% сочетание ВПЧ с *Chlamydia trachomatis*. Сравнивая частоту и особенность выявленных микроорганизмов в цервикальном канале в зависимости от остроты процесса, выявлено: при остром цервиците хламидии в 62%, *Mycoplasma hominis* в 25%, *Ureaplasma urealiticum* при остром процессе обнаружена в 7%, ВПЧ обнаружен в 6% случаев острого течения, а ВПГ при остром цервиците встречался с одинаковой частотой, как и при хроническом процессе 11,2%. При хроническом процессе (случаев) хламидии встречались у 11 женщин, *Mycoplasma hominis* у 10 (10%), *Ureaplasma urealiticum* у 27 (27%), ВПЧ в 57%, ВПГ 14/3%. При оценке микробиоценоза влагалища при остром цервиците изменения микрофлоры соответствуют кандидозному вагиниту, при хроническом процессе – бактериальным вагинозом.

Заключение

На основании проведенных исследований обнаружено, что при остром цервиците чаще были выявлены хламидии и вирусы папилломы человека, уреоплазмы и микоплазмы встречались в 2 раза реже, ВПГ при остром и хроническом процессе встречался в одинаковом проценте случаев. В большинстве случаев преобладала смешанная микрофлора. Хроническом воспалении наиболее часто встречались уреоплазмы и ВПЧ человека. Анализируя вышеизложенное можно говорить о том, что возбудители инфекций передающихся половым путем играют ведущую роль в этиологии острых и хронических цервицитов.



Цель исследования изучить значение инфекционных факторов в генезе цервицита у женщин репродуктивного возраста. Проведен анализ 110 историй болезни женщин в возрасте от 16 до 38 лет, поступивших в гинекологическое отделение. На основании проведенных исследований обнаружено, что при остром цервиците чаще были выявлены хламидии и вирусы папилломы человека, уреоплазмы и микоплазмы встречались в 2 раза реже, ВПГ при остром и хроническом процессе встречался в одинаковом проценте случаев. В большинстве случаев преобладала смешанная микрофлора. Таким образом, возбудители инфекций передающихся половым путем играют ведущую роль в этиологии острых и хронических цервицитов.

Objective: to study the significance of infectious factors in the genesis of cervicitis in women of reproductive age. The analysis of 110 case histories of women aged 16 to 38 years, admitted to the gynecological department. Based on the studies, it was found that in acute cervicitis, chlamydia and human papillomaviruses were more often detected, ureaplasma and mycoplasma were found 2 times less often, HSV in the acute and chronic process was found in the same percentage of cases. In most cases, mixed microflora prevailed. Thus, the causative agents of sexually transmitted infections play a leading role in the etiology of acute and chronic cervicitis.

ЗНАЧЕНИЕ КОНФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ АЛЬБУМИНА КРОВИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Носова Ю.В., Хабас Г.Н., Солопова А.Е., Иванец Т.Ю., Сухова Ю.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва*

Актуальность

Рак яичников занимает второе место в структуре смертности женщин от онкогинекологических заболеваний, уступая лишь раку молочной железы. За 10 лет заболеваемость увеличилась на 11.9%. Отсутствие специфических клинических и диагностических маркеров для опухолей яичников, латентное течение и низкая выявляемость заболевания на ранних стадиях приводят к неоптимальным результатам лечения у данной группы пациенток. В связи с этим пятилетняя выживаемость при всех стадиях не превышает 35%. В последние десятилетия идентификации биомаркеров рака яичников было посвящено множество исследований, в результате которых было выявлено большое количество потенциальных



претендентов, идентифицированных геномными и протеомными технологиями. Однако, разработанные методики скрининга и первичной диагностики сопряжены с большими финансово-экономическими затратами и не показали значимой эффективности. В связи с этим не вызывает сомнений необходимость систематизации обширных клинических знаний в отношении опухолей яичников, имеющих в распоряжении акушеров-гинекологов и онкологов, исследования актуальных методов диагностики этих заболеваний и разработки наиболее приемлемых алгоритмов для эффективного их выявления и мониторинга. Изменение метаболизма является характерным признаком злокачественных новообразований. Существенная трансформация конформации молекулы альбумина наблюдается у больных раком, что было показано с использованием флюорисцентных методов и спектроскопии электронного парамагнитного резонанса (ЭПР). В клинических исследованиях онкологических пациентов было выявлено специфическое изменение конформации альбумина, детектируемое методом ЭПР, что может быть использовано для ранней диагностики злокачественных опухолей с достаточно высокой чувствительностью и специфичностью.

Цель исследования

Оценить диагностические возможности показателей конформационных характеристик альбумина сыворотки крови для дифференциальной диагностики ЭОЯ.

Материалы и методы

В пилотное проспективное исследование включены 28 пациенток в возрасте от 23 до 64 лет, из них 12 пациенток с впервые выявленным раком яичников I-III стадии, 10 больных с доброкачественными эпителиальными опухолями яичников (ЭОЯ) и 6 пациенток с пограничными ЭОЯ. Всем пациентам производился забор крови при поступлении в стационар до начала лечения. Анализировали результаты исследования проб сыворотки крови пациентов, собранных в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, измеренных методом АТА-тест. Пробы сыворотки были отобраны и алиquotированы, затем хранились в замороженном виде до исследования. Исследование алиquot методом АТА-тест производили: – в лаборатории ФГБУ им. В.И. Кулакова в течение 2019 г., – в лаборатории ФГБУ им. В.И. Кулакова с участием представителей предприятия «Альбутран» – 16 и 17 января 2020 г., – в лаборатории предприятия «Альбутран» – 20 и 21 января 2020 г. Полученные результаты были собраны в сводную таблицу, которая включает данные измерений на анализаторе АХМ-09 (ООО «Альбутран-М», Россия) в лаборатории ФГБУ им. В.И. Кулакова за 2019 г., и данные измерений на анализаторе АХМ-09 (ООО «Альбутран-М», Россия) в лаборатории предприятия «Альбутран» за 20 и 21 января 2020 г. Оценивалось 3 ключевых параметра: DR (дискриминантный параметр), характеризующий конформацию сывороточного альбумина; RTQ (транспортная эффективность), отображающая интегральную эффективность реализации альбумином последовательности основных операций по транспортировке жирных кислот; DTE (детоксикационная активность), характеризующая эффективность связывания и эвакуации эндотоксинов клетками печени. Пробы для исследования готовили смешива-



нием сыворотки крови (по 50 мкл) с растворами спинного зонда 16–доксил стеариновой кислоты в этаноле (концентрации 5,8 ммоль/л и 7,5 ммоль/л) в микропланшетах, смесь инкубировали при 37°C в течение 10 мин при непрерывном встряхивании в шейкере. После инкубации смесь переносили в стеклянные капилляры и исследовали на анализаторе.

Для анализа результатов применяли непараметрический U-критерий Манна-Уитни, а также проводили дискриминантный и ROC-анализ с вычислением площади под ROC-кривой (AUC) и точек cut-off для статистически значимых показателей, разделяющих с максимальной диагностической чувствительностью (SE) и специфичностью (SP).

Результаты

Таблица 1. Описательная статистика показателя DR в обследованных группах пациентов, по данным измерений 2019 года (данные измерений 2020 года не включены)

Группа пациентов		Количество пациентов	Показатель DR		
			Среднее значение	Медиана	Стандартное отклонение (SD)
1	Пациенты с доброкачественными и пограничными опухолями	16	1,58	1,65	0,91
2	Пациенты с ЗНО*	12	0,83	0,77	0,41

*) Достоверно различие ($p < 0,05$) по сравнению с группой “Пациенты с ЗНО”

Полученные результаты различия признака статистически значимы ($p < 0,05$). Эти данные можно объяснить изменениями структурно-функционального состояния альбумина, а также его сниженной конформационной подвижностью и лабильностью ввиду блокировки связывающих центров молекулы различными опухолевыми метаболитами и токсическими лигандами.

Это позволяет рекомендовать к использованию показатели DR в ранней диагностике ЗОЯ.

Интегральная информативность теста (AUC-область под ROC-кривой) при сравнении групп доброкачественных опухолей яичников с раком яичников составляет 0,746 (74,6%).

Оптимальное значение cut-off равно 1,25. При этом тест имеет чувствительность SE=83,3% и специфичность SP=60,0%. Диагностическая точность теста составляет 77,7%.

Заключение

Результаты пилотного теста демонстрируют, что в сыворотке крови больных раком яичников показатели конформационных характеристик альбумина отличны от таковых при пограничных и доброкачественных опухолях. Полученные данные позволяют предположить, что после накопления достаточного количества материала, а также анализа результатов в группе здоровых женщин, данная система будет применима в ранней диагностике больных РЯ, а также позволит улучшить диагностическую информативность существующих методов.



ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПРЕДТРОМБОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Озолиня Л.А., Лапина И.А.

*ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва*

Беременность, роды, послеродовый период, а также многие гинекологические заболевания сопровождаются изменениями состояния свертывающей системы крови, замедлением венозного кровотока и повреждением стенки сосудов, что увеличивает риск возникновения венозных тромботических осложнений (ВТЭО), приводящих в некоторых случаях к летальному исходу.

Цель исследования

Определить эффективность проведения диагностики предтромботических состояний и назначения коррекции гемостаза для профилактики ВТЭО в акушерстве и гинекологии.

Обследовано 100 пациенток во время беременности, родов, послеродовом периоде, а также при гинекологической патологии. Учитывали предшествующие, акушерские и транзиторные клинические факторы риска ВТЭО. Всем пациенткам проводили скрининг гемостаза (число тромбоцитов, АЧТВ, ПТИ, МНО, ТВ, фибриноген), а при выявлении отклонений от нормы – расширенное обследование (антитромбин Ш, РКМФ, Д-димер, агрегатограмма, тромбоэластограмма), обследование на врожденную тромбофилию высокого риска (мутации факторов II, V) и циркуляцию антител к фосфолипидам. При низкой степени риска ВТЭО рекомендовали неспецифическую профилактику ВТЭО (эластическая компрессия ног, избегать дегидротации), при умеренной и высокой – назначали низкомолекулярный гепарин (НМГ) при беременности и в послеродовом периоде, а также в периоперационном периоде у гинекологических больных. Среди обследованных – 50 пациенток имели низкий риск ВТЭО, 40 – умеренный и 10 – высокий риск. Среди пациенток с низким риском ВТЭО роды в 65% случаев проведены через естественные родовые пути, а у 35% пациенток – путем кесарева сечения в экстренном порядке. В послеоперационном периоде проведена профилактика ВТЭО с применением низких доз НМГ в течение 10 дней. Беременным с умеренным риском ВТЭО назначали низкие профилактические дозы НМГ с 28-й недели гестации – до родов (отменяли за 12 часов до ожидаемого рождения плода) и возобновляли через 6–8 часов после родов – до полной активизации (на 10 дней). Беременные с высоким риском ВТЭО получали низкие или высокие профилактические дозы НМГ с первого триместра беременности до родов (отменяли за 24 часа до ожидаемого рождения плода) и еще 6 недель после родов. Угроза прерывания беременности диагностирована у 2% пациенток с низким риском ВТЭО, у 5% – с умеренным риском и у 10% – с высоким риском ВТЭО.



Железодефицитная анемия легкой степени констатирована у 4% пациенток с низким риском ВТЭО, у 7,5% – с умеренным риском и у 20% – с высоким риском ВТЭО. Преэклампсия средней степени тяжести диагностирована у 5% пациенток с умеренным риском и у 10% – с высоким риском ВТЭО. Частота оперативного родоразрешения у пациенток с умеренным и высоким риском ВТЭО составила 15,0% и 20,0% соответственно. Показанием к кесареву сечению были слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности и клинически узкий таз. Случаев ВТЭО среди обследованных пациенток не констатировано.

Таким образом, своевременная оценка риска ВТЭО и проведение адекватной профилактики позволяет избежать тромботических и геморрагических осложнений.

Цель исследования – определить эффективность проведения диагностики предтромботических состояний и назначения коррекции гемостаза для профилактики ВТЭО в акушерстве и гинекологии. Обследовано 100 пациенток: факторы риска, гемостаз, врожденная тромбофилия, АФС. Всем назначали неспецифическую профилактику, при умеренном и высоком риске – НМГ. В большинстве случаев беременность протекала без осложнений и роды были своевременными. ВТЭО и кровотечения не диагностированы.

The aim of the study was to determine the effectiveness of the diagnosis of prethrombotic conditions and the appointment of hemostasis correction for the prevention of VTE in obstetrics and gynecology. 100 patients were examined: risk factors, hemostasis, congenital thrombophilia, APS. All patients were prescribed nonspecific prophylaxis, with moderate and high risk – LMWH. In most cases the pregnancy proceeded without complications and delivery was timely. During the study VTE and bleeding are not diagnosed.

ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Оразов М.Р.¹, Елагин И.Б.², Семенов П.А.¹

1. ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 2. НУЗ «Дорожная клиническая больница имени Н.А. Семашко на станции Люблино ОАО «РЖД» г. Москва

В настоящее время морбидным ожирением называют хроническое полиморфное заболевание, сопровождающееся повышенным ИМТ (Индексом Массы Тела) ≥ 40 кг/м² или ≥ 35 кг/м² при наличии сопутствующих заболеваний и увеличенным кластером жировых депо.



Актуальность проблемы обусловлена, высокой распространенностью морбидного ожирения в популяции и отсутствием тенденций к снижению. Согласно результатам эпидемиологических исследований специалистов IASO (Международной ассоциации по исследованию ожирения), показано, что лидерами по масштабам данной проблемы являются США и государства Западной Европы. За последнюю четверть века в Европе число пациентов с ожирением повысилось в 3 раза. По официальным статистическим данным, в РФ на конец 2016-го года зафиксировано около 23,5 млн. граждан с ИМТ >30 кг/м².

Важно отметить, что в последние годы зафиксирован прогрессирующий рост различных вариаций всевозможных нейроэндокринных болезней у женщин репродуктивного возраста, сопровождающихся нарушением фертильности на фоне ожирения той или иной стадии.

Существующие на данный момент консервативные методики для коррекции морбидного ожирения недостаточно эффективны. В этой связи эталоном в лечении ожирения и МС считается бариатрическая хирургия.

Проблема морбидного ожирения имеет также и социальную значимость. Именно поэтому изучение параметров качества жизни становится одним из самых распространенных и общепризнанных методов определения течения хронических болезней, в частности, у женщин, страдающих морбидным ожирением.

Однако, в доступной литературе не было найдено исследований, где бы оценивалось влияние бариатрических вмешательств на качество жизни (согласно доступным опросникам) женщин изучаемой когорты.

Мы оценивали качество жизни женщин, страдающих морбидным ожирением, до и после бариатрической хирургии.

В ходе исследования были проанализированы исходы хирургического лечения морбидного ожирения у пациенток репродуктивного возраста (n=110), отобранных «слепым» методом, с использованием лапароскопического мини-желудочного шунтирования (группа I (n=55)) и лапароскопической гастропластики (группа II (n=55)). Контрольную группу составили 30 (n=30) условно здоровых нормовесных женщин. Качество жизни женщин оценивали, используя опросник SF-36, состоящий из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал.

Был установлен статистически значимый более низкий уровень всех изучаемых параметров качества жизни до операции в сравнении с группой контроля (p <0,05). При сравнительном анализе влияния на качество жизни двух бариатрических методик не выявлено статистических значимых различий (p ≥0,05).

Бариатрическая хирургия независимо от вида вмешательства (лапароскопическое гастрощунтирование или гастропластика) статистически значимо повышает качество жизни женщин, страдающих морбидным ожирением.



Общепринятый факт: женское морбидное ожирение встречается чаще, чем мужское. На сегодняшний день бариатрическая хирургия по-прежнему, независимо от вида вмешательства, является наиболее эффективным методом лечения морбидного ожирения и метаболического синдрома и статистически значительно повышает качество жизни женщин изучаемой когорты. Статья посвящена изучению качества жизни страдающих морбидным ожирением женщин.

It has long been generally accepted that morbid obesity is more common in women than in men. Nowadays, regardless of the type of intervention, bariatric surgery is the most effective treatment for morbid obesity and metabolic syndrome and significantly improves the quality of life of morbidly obese women. The article is devoted to the study of the quality of life of morbid obese women.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГНОЙНОГО МАСТИТА У ДЕВОЧКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Паренкова И.А.

*Консультативный центр Государственного бюджетного учреждения
здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы»
г. Москва*

Актуальность

В период пубертата, ассоциированный с физиологической дисфункцией яичников, у девочек могут возникать как АМК, так и доброкачественные диффузные изменения в молочных железах (ДДМЖ). ГНМ у девочек-подростков развивается на фоне ДДМЖ.

Цель

Оценка возможных причин ГНМ у девочки 12ти лет спустя 3 мес. после эпизода аномального маточного кровотечения (АМК) с менархе и возможностей превентивных диагностических и лечебных мероприятий ГНМ.

Материал и методы исследования

Использованы традиционные методы описания клинического случая: жалобы пациента, данные анамнеза жизни, настоящего заболевания, методы обследования и лечения.



Результаты

Обратилась девочка 12ти лет с жалобами на боли и покраснение кожи в области правой молочной железы преимущественно в околососковой области в течение 14 дней, усилились в последние 4 дня, отмечались периодические ознобы. Наследственность отягощена эндометриозом у мамы, бабушки по материнской линии. Перенесенные заболевания: ОРВИ редко, ветряная оспа. Гинекологический анамнез: 3 мес. назад -менархе, продолжалось более 15 дней. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза заслуживали внимания увеличение размеров матки до 52 x 34 x 49 мм, признаки гиперплазии эндометрия (толщина до 17–19 мм, без признаков циклических изменений, с признаками кистозной дегенерации). Яичники – не увеличены, фолликулярный аппарат без особенностей. В условиях стационара проведен гормональный гемостаз АМК комбинацией этинилэстрадиола 0,03 мг и дезогестрела 0,15 мкг в составе КОК с эффектом. По выписке из стационара девочка по назначению гинеколога продолжила прием этинилэстрадиола и дезогестрела в вышеуказанной дозировке в течение 1 менструального цикла. На фоне приема КОК – менструальноподобная реакция 5–6 дней, умеренная, с болями, эндометрий на контрольном УЗИ толщиной 1–2 мм. Далее была назначена циклическая витаминотерапия без эффекта – спонтанных менструаций не было. На фоне отсутствия менструаций у девочки на фоне полного соматического здоровья появились вышеуказанные жалобы на боли в правой молочной железе, что и послужило поводом для обращения к гинекологу на 44-й день цикла. По поводу НГМ девочка госпитализирована с хирургическое отделение, проведено лечение в объеме дренирования абсцесса, антибактериальной, противовоспалительной терапии.

Выводы

Таким образом, недостаточный объем обследования и реабилитации по выписке из стационара, по-видимому, способствовали возникновению ГНМ у данной пациентки с АМК. Данные анамнеза девочки: отягощенная по эндометриозу наследственность, АМК с менархе у соматически здорового ребенка, эхографические признаки гиперплазии эндометрия, вероятно, могут быть предикторами сопутствующих ДДМЖ. С целью своевременной диагностики и лечения ДДМЖ и профилактики ГНМ все девочки, перенесшие АМК с менархе, должны быть обследованы в объеме ультразвукового обследования органов малого таза и молочных желез.

Целью данной работы является оценка возможных причин гнойного нелактационного мастита (ГНМ) у девочки 12ти лет спустя 3 мес после эпизода аномального маточного кровотечения (АМК) с менархе и возможностей превентивных диагностических и лечебных мероприятий ГНМ. Все девочки с АМК с менархе должны быть обследованы на предмет изменений в молочных железах с целью профилактики ГНМ.

The aim of this work is to assess the possible causes of purulent non-lactational mastitis (PNLM) in a girl 12 years 3 months after an episode of abnormal uterine bleeding (AUB) with menarche and the possibilities of preventive diagnostic and therapeutic measures. All girls with AUB with menarche should be examined for pathological changes in the mammary glands in order to prevent PNLM.



ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК

Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Моксякова Е.Г.¹, Тургунова Г.М.^{1,2},
Осипова Г.Т.^{1,2}, Сибирская Е.В.²

*1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»,
2. Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО РГМСУ им. А.И. Евдокимова г. Москва*

Актуальность

В текущее десятилетие отмечается рост соматической и гинекологической заболеваемости при снижении численности детей и подростков.

Цель исследования

Проанализировать структуру гинекологической заболеваемости у девочек в возрасте от 0 до 18 лет по данным специализированного гинекологического стационара третьего уровня в динамике с целью определения мер профилактики репродуктивных нарушений.

Материал и метод

Использованы данные отчетов деятельности гинекологического стационара за период с 2015 по 2018 гг.

Результаты

Главные причины госпитализации девочек – апоплексия яичников и аномальные маточные кровотечения (АМК). Удельный вес апоплексии яичников за указанный период колебался соответственно от 14,6% до 17%, периодически смещался на второе ранговое место, уступая АМК. Тем не менее, отмечается относительный рост АМК в структуре госпитализированной заболеваемости от 13,8% до 17,2%. Третье и четвертое ранговое место в структуре госпитализированной гинекологической заболеваемости занимают кисты – фолликулярные и желтого тела. Несмотря на то, что удельный вес по данным нозологиям меняется из года в год, суммарная частота функциональных кист яичников несколько возросла с 20,5% в 2015 г. до 24,2% в 2018 г.

То есть, причина госпитализации каждой третьей девочки – ранее недиагностированные изменения в яичниках. В целом, если учитывать данные о структуре заболеваемо-



сти, у подавляющего большинства девочек (около 70%) отмечалась дисфункция яичников и/или болевой синдром. Показатель частоты дисменореи в период с 2015 по 2018 г. несколько снизился с 6,6% до 4,7%, частота овуляторного синдрома остается на стабильном уровне в 4%.

За отчетный период отмечается некоторое снижение госпитализаций, связанных с травматическими повреждениями с 10,5% в 2015 г. до 6,7% в 2018 г., что можно считать благоприятной тенденцией.

Частота воспалительных заболеваний наружных половых органов послужила поводом к госпитализации в среднем в каждом 10 случае. Гнойно-абсцедирующие поражения вульвы составили в среднем около 2% без существенной динамики, инородные тела как повод для госпитализации – менее 1%. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в 2015 г. составили 6%, к 2018 г. – снизились до 1,6%.

Удельный вес врожденных пороков развития (ВПР) половых органов не претерпел существенной динамики, находясь на уровне около 2–2,5%.

Заключение

За период с 2015 по 2018 гг. зарегистрировано снижение причин госпитализации, связанных с внешними факторами (травмы), социальными факторами (госпитализация по поводу ВЗОМТ и беременности), существенно не меняется удельный вес ВПР, нет устойчивой тенденции по статистике новообразований половых органов, но отмечается рост госпитализированной заболеваемости, обусловленной преимущественно состоянием нарушенного соматического здоровья – воспалительные заболевания наружных половых органов, и гормональной дисфункцией организма (АМК, функциональные кисты яичников), наряду с отсутствием устойчивой положительной динамики снижения частоты дисменореи у девочек.

Роль гинекологов амбулаторного звена заключается в профилактике и лечении воспалительных заболеваний, дисфункции яичников, уточняющей диагностике объемных образований у девочек для уменьшения случаев экстренной гинекологической помощи и проведения органоуносящих оперативных вмешательств. Предложенные меры могут способствовать сохранению овариального резерва, в дальнейшем – предотвращению синдрома преждевременного истощения яичников и гормонозависимых заболеваний, ассоциированных с бесплодием (эндометриоза, миомы матки). Перспективы восстановительного лечения в настоящее время недостаточно ясны и требуют дополнительного изучения.

В структуре госпитализированной гинекологической заболеваемости лидируют аномальные маточные кровотечения (АМК) и апоплексия яичников, отмечается рост АМК и кист яичников при снижении воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), травм и случаев беременности. Актуальна плановая диагностика дисфункции яичников на амбулаторном этапе.



Abnormal uterine bleeding (AUB) and ovarian apoplexy lead in the structure of hospitalized gynecological morbidity, there is an increase in AUB and ovarian cysts, a decrease in inflammatory diseases of the pelvic organs (PID), injuries and cases of pregnancy. The planned diagnosis of ovarian dysfunction at the outpatient stage is relevant.

АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АСПЕКТЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Моксякова Е.Г.¹, Тургунова Г.М.^{1,2},
Осипова Г.Т.^{1,2}, Сибирская Е.В.²

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»,
2. Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО РГМСУ им. А.И. Евдокимова г. Москва

Актуальность

Своевременная диагностика и лечение гинекологических заболеваний у девочек необходима для последующей реализации репродуктивного потенциала в условиях демографического кризиса.

Цель исследования

Проанализировать структуру гинекологической заболеваемости у девочек в возрасте от 0 до 17 лет по обращаемости в консультативный центр учреждения третьего уровня для улучшения качества медицинской помощи.

Материал и метод

Использованы данные отчетов деятельности консультативного центра за период с 2015 по 2018 гг.

Результаты

Проанализирована статистика 5828 обращений, отмечалось снижение абсолютного числа случаев с 1629 в 2015 г. до 1249 в 2018 г. В возрасте 0–4 года (I группа) – от 15% до 17%, от 5 до 9 лет (II группа) – 4–5%. Пик обращаемости приходится на подростков: в возрасте 10–14 лет (III группа) 37%–39%, к возрасту 15–17 лет (IV группа) увеличивается до 40–42%. Большинство обращений – повторные, для уточнения диагноза либо в связи с отсутстви-



ем эффекта от ранее проведенного лечения, что напрямую связано с качеством жизни детей и их родителей. Главный повод визита к гинекологу у девочек I группы – синехии половых губ (СПГ) с динамикой роста за указанный период времени от 58,2% до 69,3%, что предположительно связано с ростом кожных аллергических проявлений в данной возрастной группе, далее следовали вульвовагиниты (ВВ) с частотой 22,4% и 18,4% соответственно и нарушения полового созревания, удельный вес которых снизился с 13,4% до 10%, при этом истинное ППР составило около 50%. В возрасте 5–9 лет лидируют по частоте ВВ на уровне около 70%, в то же время частота СПГ снизилась с 2015 по 2018 гг. с 14 до 7,8%, возможно, за счет уменьшения частоты повторных обращений. Третье ранговое место занимали врожденные пороки развития (ВПР) с некоторой тенденцией к росту с 18,8% до 21,6%, при этом примерно в 40% диагностированы видимые пороки вульвы. Слабая тенденция к росту ВПР сохраняется в возрасте 10–14 лет – с 3,2% до 3,7%, снижаясь к возрасту 15–17 лет до 1%, чаще как случайная находка, из них около 50% – аномалии матки, что связано с приближением возраста менархе и закономерным снижением частоты недиагностированных пороков вульвы и влагалища в связи с началом менструаций. Среди подростков всех возрастных групп лидируют аномальные маточные кровотечения (АМК) с тенденцией к росту заболеваемости у 10–14 летних с 24% до 29% к 2018 г. без положительной динамики у 15–17 летних, с частотой 23–24%. На втором месте в III группе – ВВ, удельный вес которых остается на стабильном уровне 24–25%, при этом хронический процесс отмечается примерно у 9% обратившихся. На третьем и четвертом месте в возрасте 10–14 лет масталгия и дисменорея – в 12,5%-14% и 10–11% случаев соответственно. В возрасте 15–17 лет второе место занимала дисменорея с частотой 22,5–24%. На третьем месте в IV группе – ВВ, удельный вес данного показателя снизился с 20% в 2015 г. до 17,3% в 2018 г. Если принять во внимание, что аногенитальные кондиломы в этом возрасте 10–14 лет встречаются стабильно с частотой около 8%, а к 15–17 годам – у 12–13% девочек, то есть в 1,5 раза чаще, то общее количество обращений подростков по поводу воспалительных заболеваний половых органов составило примерно треть случаев обращения. Эктопия шейки матки определялась у подростков с частотой 9–10%. Удельный вес воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у девочек III и IV групп в 2015 г. находился на уровне 4,6% и 1,9%, к 2018 г. частота снизилась до 2,9% и 1,5% соответственно.

Заключение

В целях повышения качества гинекологической помощи на уровне первичного звена рекомендуется в установленные сроки проводить профосмотры, своевременно направлять на консультацию к гинекологу девочек с синехиями, аномалиями строения вульвы, нарушениями полового развития, в период менархе – даже практически здоровых девочек. Не рекомендуется применять травматические методы разделения сращений и назначать антибиотики рутинно. При болевом синдроме, связанном с ростом молочных желез, подозрении на дисфункцию яичников проводить ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез, оценку гормонального профиля. Рост аногенитальных кондилом у девушек 15–17 лет нацеливает на профилактику распространения ВПЧ.



Максимальное количество обращений к гинекологу приходится на возраст 10–17 лет и составляет около 80%. У девочек младшей возрастной группы лидируют синехии и воспалительные заболевания вульвы с тенденцией к росту вульвовагинитов в возрасте 5–9 лет до 70% и снижением в подростковом возрасте до 30% на фоне увеличения аногенитальных кондилом в 1,5 раза к 15–17 годам. К возрасту менархе ниже частота недиагностированных пороков развития половых органов. У девочек-подростков преобладают аномальные маточные кровотечения с частотой 24–29%, нарастает частота дисменореи. Целесообразны превентивные мероприятия в отношении аллергических заболеваний, вакцинации, нарушений полового развития.

The maximum number of visits to the gynecologist falls on the age of 10–17 years and is about 80%. In girls of the younger age group, synechiae and inflammatory diseases of the vulva lead with a tendency to increase vulvovaginitis at the age of 5–9 years to 70% and a decrease in adolescence to 30% against the background of anogenital warts 1.5 times by 15–17 years. By the age of menarche, the frequency of undiagnosed malformations of the genital organs is lower. In adolescent girls, abnormal uterine bleeding predominates with a frequency of 24–29%, the frequency of dysmenorrhea increases. Preventive measures in relation to allergic diseases, vaccination, sexual development disorders are advisable.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕЛЕВОГО КОМПЛЕКСА «ФЛАМЕНА» НА РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ СВОЙСТВА ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

Петросян Е.И., Буянова С.Н., Дуб Н.В., Бабунашвили Е.Л., Юдина Н.В., Гукасян С.А.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства
и гинекологии»
г. Москва

Актуальность

Все чаще ведутся дискуссии о необходимости лечения в послеоперационном периоде после пластических операций на шейке матки. Есть мнение, что ткани должны эпителизоваться физиологическим путем. Также существует мнение, что в послеоперационном периоде должна проводиться местная терапия вагинальными суппозиториями, способствующая заживлению шейки матки и нормализации биоценоза влагалища.



В настоящее время, разрабатываются различные лечебные препараты для послеоперационной реабилитации, способствующие улучшению и ускорению заживления тканей. Разногласия по данному вопросу стали причиной для проведения данного исследования.

Цель исследования

Оценить влияние гелевого комплекса «Фламена» на регенеративные свойства тканей после пластических операций на шейке матки.

Материалы и методы

В исследование было включено 60 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет после оперативного лечения рубцовой деформации, гипертрофии, а также элонгации шейки матки в сочетании с несостоятельностью мышц тазового дна, в объеме: пластика шейки матки, ампутация шейки матки по Штурмдорфу и манчестерская операция. Все пациентки были разделены на 2 группы. Основную группу составили 30 пациенток (50%), которым применяли липосомальный фосфолипидно – антиоксидантный комплекс природного происхождения «Фламена» в послеоперационном периоде. Все пациентки с 10 суток после оперативного лечения вводили интравагинально гелевый комплекс «Фламена» по 1 аппликатору в сутки в течение 10 дней. Группу сравнения составили 30 (50%) пациенток без специфического лечения. Результаты оценивались через 1 и 2 месяца.

Результаты исследования

Пациентки соблюдали лечебно-охранительный режим в течение 2 месяцев после операции, включающий: ограничение физической нагрузки, половой покой. Всем пациенткам в послеоперационном периоде через 1 месяц проводился осмотр шейки матки в зеркалах. В основной группе у 24 (80%) пациенток была отмечена полная эпителизация тканей, сохранение анатомо-функциональной структуры шейки матки. У 6 (20%) пациенток была отмечена частичная эпителизация и наличие шовного материала на шейке матки. В группе сравнения у 28 (93%) пациенток – отсутствие эпителизации, кровоточивость тканей, наличие отека. У 2 (7%) пациенток отмечалась частичная эпителизация, кровоточивость тканей и сохранялся отек. Также оценивались результаты в обеих группах спустя 2 месяца после оперативного лечения. В основной группе у 29 (96%) пациенток при осмотре шейки матки в зеркалах была отмечена полная эпителизация шейки матки, отсутствие шовного материала, отека и кровоточивости тканей. Шейка матки была анатомически сформирована. У 1 (4%) пациентки отмечалась частичная эпителизация шейки матки, отсутствие шовного материала, сохранялись небольшой отек и кровоточивость тканей, что потребовало дополнительного лечения. В группе сравнения у 17 (56%) пациенток – частичная эпителизация тканей, отсутствие шовного материала, кровоточивости и отека. У 13 (44%) пациенток – полная эпителизация шейки матки, отсутствие шовного материала, но отмечался небольшой отек. После проведенной терапии с применением комплекса «Фламена» у пациенток, перенесших оперативное вмешательство, процессы регенерации протекали быстрее по сравнению с группой контроля.



Заключение

В результате проведенного исследования доказана эффективность гелевого комплекса «Фламена», который способствовал улучшению микроциркуляции, ускорению процессов регенерации и эпителизации шейки матки после пластических операций. Липосомальный антиоксидантно-фосфолипидный комплекс «Фламена» может быть рекомендован как средство для ускорения репарации тканей.

Было обследовано 60 пациенток репродуктивного возраста после пластических операций на шейке матки. Проведен сравнительный анализ результатов лечения пациенток, применявших гелевый комплекс, и не применявших его. Результаты проведенного исследования показали высокую эффективность использования гелевого комплекса "Фламена" в послеоперационном периоде, способствующего быстрому заживлению тканей.

We examined 60 patients of reproductive age after plastic surgery on the cervix. A comparative analysis of the results of treatment of patients who used the gel complex, and did not use it. The results of the study showed a high efficiency of using the "Flamena" gel complex in the postoperative period, which promotes rapid tissue healing.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т.,
Иванова А.А.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ
г. Москва

Актуальность

Бактериальный вагиноз (БВ) является одной из наиболее частых причин патологических вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста и сопряжен с нарушениями репродуктивного здоровья женщин в акушерской и гинекологической практике.

Известно, что одной из основных проблем бактериального вагиноза является частое рецидивирование процесса. В настоящее время причины рецидивирования БВ у пациенток окончательно не определены. В последнее время все большее внимание уделяется роли врожденного иммунитета в развитии данного процесса. Известно, что при взаимодей-



ствии микроорганизмов с толл-подобными рецепторами TLR-2, TLR-4, происходит активация синтеза ряда провоспалительных цитокинов (ФНО-а, ИЛ-1в, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12), в результате чего развивается воспалительная реакция.

Также имеются данные о том, что в определенных условиях микроорганизмы сдерживают экспрессию Toll-подобных рецепторов, что приводит к блокированию активности провоспалительных факторов иммунитета и происходит быстрый рост количества микроорганизмов, ассоциированных с БВ без выраженной воспалительной реакции. В исследованиях S. Itkin было показано, что полиморфизм в гене, кодирующем TLR4, приводит к заметному угнетению TLR-активности, что в свою очередь связано с измененным вагинальным иммунным ответом и развитием БВ.

В зарубежной литературе есть некоторые исследования отдельных цитокинов, таких как ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 и TNF-α при воспалительных заболеваниях нижних отделов генитального тракта, но диагностическая ценность определения данных цитокинов при БВ и, особенно, при рецидивирующем БВ недостаточно исследована.

Цель исследования

Оценить уровень экспрессии мРНК генов иммунного ответа ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12α, TNFα, TLR 2, TLR 4, LIF в соскобах с боковых стенок влагалища, полиморфизм генов TLR2, TLR4, TLR8, ИЛ-1β, ИЛ-6, TNFα в крови у пациенток с впервые выявленным и рецидивирующим БВ.

Материалы и методы

В проспективное открытое клиническое исследование войдут 60 женщин, обратившихся в научно-поликлиническое отделение с диагнозом БВ, поставленном на основании критериев R.Amsel, прошедших обследование, согласно критериям включения и исключения (1 группа – женщины с впервые выявленным БВ, 2 группа-женщины с рецидивирующим БВ) Методом ПЦР в режиме реального времени будет определена экспрессия мРНК генов иммунного ответа ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12α, TNFα, TLR 2, TLR 4, LIF в соскобах с боковых стенок влагалища, а также полиморфизм генов TLR2, TLR4, TLR8, ИЛ-1β, ИЛ-6, TNFα в крови у пациенток.

Результаты

На основании данных литературы можно проанализировать состояние провоспалительного и противовоспалительного статуса врожденного иммунитета при БВ. Таким образом, есть публикации, свидетельствующие о повышении уровня экспрессии мРНК генов ИЛ-1β, ИЛ-8, ИЛ-10, TNFα, TLR 2, TLR 4 и снижении уровня экспрессии мРНК генов ИЛ-18, ИЛ-12a, TGFb1 при БВ. В результате проведенного исследования нам предстоит определить уровень экспрессии вышеупомянутых генов иммунного статуса при рецидивирующем БВ. Также мы планируем выявить положительную ассоциацию аллелей определенных локусов генов TLR2, TLR4, TLR8, ИЛ-1β, ИЛ-6, TNFα с рецидивированием процесса.



Заключение

В результате проведенного исследования планируется определение роли генных полиморфизмов, влияние врожденного иммунитета в прогнозировании вариантов течения БВ.

БВ является наиболее распространенным и часто рецидивирующим типом нарушения микробиоты влагалища. Несмотря на все большее понимание патогенеза БВ до сих пор неизвестно, почему большинство женщин с БВ имеют очень слабую иммунную ответную реакцию без признаков воспаления. В результате проведенного исследования нам предстоит определить уровень экспрессии мРНК генов IL-1 β , IL-8, IL-10, TNF α , TLR 2, TLR 4, IL-18, IL-12a, TGF β 1 при рецидивирующем БВ. Также мы планируем выявить положительную ассоциацию аллелей определенных локусов генов TLR2, TLR4, TLR8, IL-1 β , IL-6, TNF α с рецидивированием процесса. Все это позволит прогнозировать варианты течения БВ.

BV is the most common and often recurrent type of vaginal microbiota disorder. Despite an increasing understanding of the pathogenesis of BV, it is still unknown why most women with BV have a very weak immune response without signs of inflammation. As a result of the study, we have to determine the level of mRNA expression of the IL-1 β , IL-8, IL-10, TNF α , TLR 2, TLR 4, IL-18, IL-12a, TGF β 1 genes in relapsing BV. We also plan to identify a positive association of alleles of certain loci of the TLR2, TLR4, TLR8, IL-1 β , IL-6, TNF α genes with a recurrence of the process. All this will allow predicting the options for the course of BV.

ТЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЦИТОЛОГИИ

Прилепская В.Н., Сычева Е.Г., Бурменская О.В.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва

Цель исследования

Проанализировать ход течения ПВИ и изменения уровня вирусной нагрузки у пациенток с цитологическим заключением NILM (в течение 24 мес.).



Материалы и методы

В исследование были включены ВПЧ-положительные женщины (n=66) с цитологическим заключением NILM. В ходе динамического наблюдения (каждые 6 мес. в течение 24 мес.) проведены клинико-лабораторные обследования, включающие определение ВПЧ 21 типа с оценкой вирусной нагрузки методом ПЦР в режиме реального времени, жидкостную цитологию, расширенную кольпоскопию.

Результаты

По результатам динамического наблюдения в зависимости от течения ПВИ были сформированы 4 группы: 1 группа – с элиминацией вируса через 6 мес. от момента инфицирования – 27 (40,9%), 2 группа – с элиминацией вируса через 12 мес. – 7 (10,6%), 3 группа – с элиминацией ВПЧ через 24 мес. – 6 (9,1%), 4 группа – с персистенцией ВПЧ ВР более 24 мес. – 26 (39,4%).

Средний уровень вирусной нагрузки ВПЧ в 1 группе составил – 5,3 log (6,8–1,6 log), 2 группе – 5,1 log (6,2–1,8 log), 3 группе – 4,9 log (5,2–1,3 log), 4 группе – 5,5 log (7,8–1,2 log). В исследуемых группах статистически значимых различий в уровне вирусной нагрузки выявлено не было ($p > 0,05$).

При расширенной кольпоскопии в 54,5% случаев были выявлены изменения эпителия, требующие проведения прицельной биопсии шейки матки. Кольпоскопические изменения статистически чаще наблюдались в 4 группе с персистенцией ВПЧ ВР ($p < 0,05$). У данных пациенток в формировании морфологически подтвержденного CIN+ участвовали ВПЧ 16, 58, 39, 18 и 51 типов.

Заключение

В большинстве случаев элиминация вируса произошла в первые 6 мес. исследования – 40,9%. Несмотря на отсутствие изменений по результатам цитологического исследования персистенция ВПЧ ВР наблюдалась в 39,4% случаев с наличием изменений при расширенной кольпоскопии.

Внедрение в клиническую практику генотипирования ВПЧ 21 типа методом ПЦР в режиме реального времени позволяет оценить типовую принадлежность вируса и течение инфекции (элиминация или персистенция) у пациенток с нормальными результатами цитологии.

The introduction of HPV 21 type of PCR genotyping into clinical practice in real time allows us to assess the typical affiliation of the virus and the course of infection (elimination or persistence) in patients with normal cytology results.



ОНКОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ – ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Романова Е.Ю., Тугушев М.Т., Спирина А.А., Знобишина А.В., Булдина О.Н.,
Житина Е.А.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава
России, ЗАО «МК ИДК» ГК «Мать и Дитя»
г. Самара*

В настоящее время доказана роль персистирующей папилломавирусной инфекции (ПВИ) в этиопатогенезе аногенитальных кондилом, канцерогенеза плоскоклеточной карциномы шейки матки и ВПЧ-ассоциированных дисплазий. Частота инфицирования ПВИ в возрасте 20–25 лет достигает 22–40%. В России отмечен рост заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в возрастной группе до 29 лет. Несмотря на высокую частоту самостоятельной элиминации ПВИ, у 2–5% инфицированных возможен переход в инвазивный рак.

Цель

Изучение онкогенной роли разных типов ВПЧ для реализации плоскоклеточного интраэпителиального поражения высокой степени (HSIL), цервикального рака и оценка эффективности консервативного, оперативного и комбинированного методов лечения ВПЧ, ассоциированных дисплазий.

Проведён ретроспективный анализ 100 медицинских карт амбулаторного больного ф025у/у-04 пациенток от 21 до 57 лет, инфицированных ПВИ, осуществлявших наблюдение и лечение в медицинской компании ИДК ГК «Мать и Дитя» Самара с 2015 по 2019 гг.

Лабораторный скрининг ВПЧ проводился путём ПЦР диагностики цервикальных мазков с детекцией результатов в режиме реального времени, использован метод жидкостной цитологии BD SurePath FocalPoint с окраской по Папаниколау, кольпоскопическое исследование на кольпоскопе «Olimpus», осуществлялся анализ гистологических исследований эксцизий, прицельных биопсий и конусовидных биопсий шейки матки, эндоцервикальных соскобов. Противовирусная терапия назначалась до, на фоне и после хирургического вмешательства, включала инозин пранобекс 500 мг в суточной дозе 3000 мг курсами по 20, 28 или 30 дней); аллокин-альфа 100 мкг 3–6 инъекций; свечи интерферон альфа-2b 1млн Ед вагинально 2–3 курсам по 10 дней с месячным перерывом.



При персистирующей ПВИ иммунный статус был скомпрометирован у 74% пациенток. Факторами риска персистенции ПВИ и перехода в CIN явились: курение – 21%, раннее начало половой жизни – 16%, искусственные аборты – 37%, отсутствие барьерной контрацепции у 55%, сопутствующие хронические урогенитальные инфекции у 60%.

В подгруппе с латентным течением ПВИ без дисплазий наиболее часто встречался ВПЧ 51, 73, 82 типа – 25%, в подгруппах с CIN 3 и цервикальным раком преобладало инфицирование ВПЧ 16 типа (55–75%), ВПЧ 18 типа (45%) и ВПЧ 31 типа (25%).

Процент расхождений цитологического и гистологического заключения в группах с CIN II, CIN III и с субклиническими поражениями составил соответственно 40%, 30%, 15%.

Спустя 180 дней после завершения комплексного лечения полная элиминация вируса отмечена в 82%, персистенция ВПЧ сохранялась в 18% случаев, из них у 58% пациенток персистировала ПВИ высокого канцерогенного риска (16,18,39,45,59 типы).

При прогрессии интраэпителиального поражения в CIN III и рак, максимально часто встречался ВПЧ 16 типа – в 45%, самым низким онкогенным потенциалом обладали ВПЧ 73 и 82 типов.

Максимальную эффективность в отношении излечения CIN продемонстрировал комбинированный метод лечения (медикаментозная терапия и радиоволновая эксцизия шейки матки) – излеченность достигнута у 85% пациенток. Медикаментозное лечение без эксцизии позволило достигнуть излеченности при латентном носительстве ПВИ у 30%; при CIN 1 у 30% пациенток. Назначение медикаментозного лечения до оперативного вмешательства создаёт благоприятный фон для предотвращения рецидива дисплазий.

Представлено исследование онкогенной роли разных типов ВПЧ для реализации плоскоклеточного интраэпителиального поражения высокой степени (HSIL), рака шейки матки и оценка эффективности консервативного, оперативного и комбинированного методов лечения ВПЧ, ассоциированных дисплазий, а также факторов риска персистенции ВПЧ и риска рецидива дисплазии шейки матки после комбинированного лечения.

Study of the oncogenic role of different types of HPV for the implementation of high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL), cervical cancer and evaluation of the effectiveness of conservative, surgical and combined treatment methods, as well as risk factors for HPV persistence and risk of recurrence of dysplasia after combined treatment of HPV-associated dysplasias.



НЕУДАЧИ И ДЕФЕКТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ПОСЛЕ ЭКО

Рудакова Е.Б., Стрижова Т.В., Федорова Е.А., Замаховская Л.Ю., Бесман И.В., Шаган О.А.

*ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр»
г. Балашиха*

Актуальность

По данным регистра РАРЧ в 2017 РФ проведено 139 779 циклов ЭКО и ЭКО/ИКСИ и 35 628 криопереносов. Общая эффективность на цикл составила: ЭКО-33,9%, ИКСИ-31,2%, криопереносы-39,9%. Всего беременностей после ВРТ наступило 56 068, общее количество родов после ВРТ – 26 329. То есть, беременности возникают только в трети циклов ВРТ (неудачи имплантации), из которых теряются больше половины, до 80% в I триместре – эмбриональные потери (дефекты имплантации).

Цель исследования

Определение наиболее значимых факторов риска неудач и дефектов имплантации после ЭКО. Определение эффективности предгравидарной подготовки с учетом выявленных факторов.

Материалы и методы

Исследование проведено в 4 этапа: 1-й и 2-й этапы – ретроспективное сравнительное исследование. Оценена частота встречаемости факторов риска в структуре неудач ЭКО и потерь беременности после ЭКО, место тромбофилии и хронического эндометрита и силы их влияния. 3-й и 4-й этапы – проспективное сравнительное исследование с целью определения дифференцированной подготовки к программам ЭКО. Обследованы 143 пациентки в возрасте до 35 лет включительно, которым были проведены предыдущие программы ЭКО и ОВРТ МО «МОПЦ». При неудачах ЭКО и потерях беременности до 10 недель пациентки были обследованы более детально, в том числе на наличие маркеров хронического эндометрита, врожденные и приобретенные тромбофилии.

Результаты

По результатам исследования 1-ого и 2-ого этапа наиболее значимым факторам риска при неудачах и дефектах имплантации является хронический эндометрит. Ведущим фактором влияющим на ранние эмбриональные потери (дефекты имплантации) является наличие врожденной и приобретенной тромбофилии. На 3-м этапе были проведены дифференциальные программы подготовки у пациенток



с неудачами ЭКО в анамнезе и выявленными тромбофилией и хроническим эндометритом. При тромбофилии подготовка включала консультацию гематолога, выполнение рекомендации с учетом действующих клинических рекомендаций МЗ «Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии» (2014), клинических протоколов МАРС «Прегравидарная подготовка» (2016), «Неразвивающаяся беременность»(2015). При хроническом эндометрите – с учетом клинических протоколов МАРС «Прегравидарная подготовка» (2016), «Неразвивающаяся беременность» (2015).

На 4-м этапе исследования проведена сравнительная оценка исходов проведенных программ ЭКО у пациенток, прошедших и не прошедших предварительную подготовку после предыдущих неудач.

Выводы

Дифференцированная прегравидарная подготовка пациенток с неудачами и эмбрионическими потерями в предыдущих программах ЭКО и ПЭ, в том числе на фоне хронического эндометрита и тромбофилии, позволяет на 10–30% (в зависимости от полученных фолликулов в среднем на 20%) увеличить количество пациенток, сумевших получить беременность после ЭКО и благополучно преодолеть эмбрионический порог при последующих программах ЭКО и ПЭ.

В настоящее время широкое распространение в РФ при лечении бесплодия получили ЭКО и ПЭ. Большинство процедур проводится за счет средств ОМС. Однако, многие исследователи отмечают недостаточную эффективность программ, отмечено значительные потери полученных беременностей. В проведенном исследовании определены наиболее значимые факторы риска неудач и потерь беременностей после ЭКО, показаны эффективность прегравидарной подготовки.

Currently, IVF and PE have become widespread in the Russian Federation in the treatment of infertility. Most of the procedures are carried out at the expense of CHI. However, many researchers note the lack of effectiveness of the programs, there are significant losses of pregnancies. In the given study, the most significant risk factors for failures and pregnancy losses after IVF were determined, and the effectiveness of pregravid preparation was shown.



МЕНОПАУЗА И ДИАБЕТ: ВЛИЯНИЕ НА МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ

Сафарова С.С.

*Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан, Баку Кафедра
внутренних болезней II
г. Баку*

Цель исследования

Выявить изменения, происходящие в женском организме на фоне сахарного диабета 1 и 2 типа, влияющие на процессы костного ремоделирования. Определить вектор изменений сывороточных биомаркеров костного ремоделирования и состояние минеральной плотности кости у женщин в пре- и постменопаузальном периоде при данном заболевании.

Материалы и методы

Всего обследованы 142 пациентки, из них 57 с СД1 и 85 с СД2. Возраст обследованных женщин от 40 лет до 68 лет ($56,3 \pm 0,9$ и $57,6 \pm 6,2$ лет). Длительность менопаузы в среднем составила $13,4 \pm 0,8$ и $10,7 \pm 0,6$ лет. Длительность СД1 составила: $17,08 \pm 0,8$ и СД2: $8,15 \pm 4,6$ лет, среднее значение гликозилированного гемоглобина (HbA1c) – $7,5 \pm 0,2$ и $7,5 \pm 1,6\%$, нейропатия и ретинопатия выявлены у 42% и 88% пациенток. Пациентки с поздними стадиями осложнений и хроническими заболеваниями были исключены из исследования. Контрольную группу составили 43 женщины ($55,9 \pm 0,9$ лет) без эндокринной патологии в анамнезе. Биохимический анализ крови включал определение HbA1c, ионный баланс (Ca^{2+} , P+), функциональное состояние почек (альбумин, СКФ), гормоны (паратирин, кальцитонин, инсулин), индекс НОМА-IR, витамин D (25 (ОН)D), сывороточные маркеры костного ремоделирования (P1NP и b-СТх), измерение минеральной плотности кости (МПК) по Т-критерию в области L1–4 и шейки бедра методом двухэнергетической рентгеноабсорбциометрии (DXA).

Результаты

Уровень Ca^{2+} в группе пациенток с СД1 и СД2 был статистически значимо ниже контрольных значений ($p = 0,022$), в постменопаузальной подгруппе пациенток с СД1 и СД2 отмечалось максимальное снижение концентрации Ca^{2+} ($p = 0,003$). В группе контроля средние показатели P в сыворотке крови в постменопаузе был статистически значимо ниже, чем у пациенток с СД1 и СД2 ($p = 0,018$). Анализ показал значимые различия между группами по величине ионизированного Ca^{2+} , паратирин и 25 (ОН)D ($p = 0,002$, $p = 0,037$ и $p = 0,018$ соответственно). Выявлена отрицательная ассоциация между 25 (ОН)D и HbA1c / длительностью диабета ($r = -0,487$; $p = 0,003$ и $r = -0,464$; $p = 0,001$); отрицательная связь между 25 (ОН)D и HbA1c / длительностью диабета ($r = -0,487$; $p = 0,003$ и $r = -0,464$; $p = 0,001$); положительная



корреляция между уровнем паратиринина и кальцитонином ($r = 0,536$, $p = 0,001$). СКФ значительно коррелировала с уровнем паратиринина при СД2 ($r = -0,213$; $p = 0,04$), а также с 25 (ОН)D ($r = 0,346$; $p = 0,001$). При СД2 уровень паратиринина в сыворотке был связан с индексом НОМА-IR ($r = -0,273$, $p = 0,01$). У женщин с СД2 в постменопаузе выявлена значимая положительная зависимость между уровнем кальцитонина и индексом НОМА-IR ($r = 0,615$; $p = 0,03$). Уровень PINP был статистически значительно ниже у пациентов с СД1 по сравнению с контрольной группой ($p = 0,035$). У пациенток с СД2 в постменопаузе выявлена положительная корреляция между PINP и индексом НОМА-IR ($r = 0,218$, $p = 0,03$). Отмечена значимая разница в уровне b-СТх при СД1 и СД2 в сравнении с контролем ($p < 0,05$). Определена значимая отрицательная связь между СКФ и b-СТх для СД1 ($r = -0,204$; $p = 0,04$); для СД2 ($r = -0,203$; $p = 0,01$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между Т-критерием области L1–4 и длительностью диабета (СД1: $r = -0,568$, $p = 0,001$; СД2: $r = -0,267$, $p = 0,04$), также определена значимая корреляция между Т-критерием области L1–4 и уровнем b-СТх (СД1: $r = -0,452$, $p = 0,002$; СД2: $r = -0,357$, $p = 0,09$). Анализ данных DXA показал, что у женщин с СД2 изменения Т-критерия в области шейки бедренной кости менее выражены, чем в области L1–4 ($r = 0,387$; $p = 0,019$).

Заключение

С увеличением длительности сахарного диабета, в условиях хронической гипергликемии выявляется деструкция как остеобластов, так и остеокластов, на что указывает снижение уровня маркера костеобразования PINP и рост значений маркера костной резорбции b-СТх. Кроме того, снижение уровня витамина D в сыворотке крови влияет на гомеостаз кальция и фосфата. В результате страдает как органический матрикс, так и минеральный компонент костной ткани, что в итоге приводит к деструкции костной ткани и прогрессированию диабетической остеопатии, повышая риск возникновения низкотравматических переломов.

Исследование включает системный анализ, направленный на оценку корреляции между маркерами обмена костной ткани и минеральной плотностью кости у женщин в пре- и постменопаузе с сахарным диабетом в анамнезе. Данный анализ способствует выявлению информативных предикторов для раннего прогнозирования деструктивных изменений в костной ткани. Результаты систематического анализа показали, что изменения значений N –концевого пропептида проколлагена I типа (PINP) и C-концевого телопептида коллагена I типа (CTX) имели тенденцию быть более информативными при прогнозировании долгосрочных деструктивных изменений в костной ткани по сравнению с рентгеностеоденситометрией.

The presented study includes a systematic analysis aimed at assessing the correlation between bone metabolism markers and bone mineral density in pre- and postmenopause female with diabetes. This analysis helps to identify informative markers for early prediction of destructive changes in bone tissue. The results of a systematic analysis showed that changes in the values of the procollagen type I N-terminal propeptide (PINP) and C-terminal telopeptide of type 1 collagen (CTX) tended to be more informative in predicting long-term destructive changes in bone tissue compared with x-ray absorptiometry.



УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ

Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет) Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета
г. Москва*

Цель исследования

Повышение эффективности хирургического лечения пациенток с внутриматочными синехиями и синдромом Ашермана с помощью ультразвукового мониторинга при гистероскопической лазерной деструкции внутриматочных сращений.

Материалы и методы

В клинике акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева с 2015 по 2019 годы было проведено обследование и лечение 485 пациенток с внутриматочными синехиями и бесплодием в возрасте от 25 до 46 лет (средний возраст $36,2 \pm 0,7$ года). У всех в анамнезе были внутриматочные вмешательства. Все пациентки ретроспективно были разделены на 3 группы. Первую группу составили 160 (33%) пациентки, у которых была обнаружена полная или почти полная облитерация полости матки. Во вторую группу из 189 (38,9%) больных вошли те, у которых видели сращения в нижней трети полости и в области внутреннего зева (полость матки у пациенток этой группы не визуализировалась). Третья группа была представлена 136 (28,1%) пациентками с единичными внутриматочными синехиями.

Оперативное лечение пациенток с диагностированными внутриматочными синехиями осуществлялось на 5–8 день менструального цикла в объеме: гистероскопия с использованием световолоконной оптикой фирм «Karl Storz» с диаметром 3,5 мм, деструкция внутриматочных сращений с помощью твердотельного лазера на алюмо-иттриевом гранате с неодимом (Nd-YAG) с длиной волны 1.06 мкм в непрерывном режиме на базе установки Medilas 5010 Fibertom.

Деструкция внутриматочных сращений у пациенток I и II групп проводилась под ультразвуковым контролем с использованием трансабдоминального датчика аппарата Toshiba Arlio 500, при котором оценивали положение инструментов, направление воздействия лазерным лучом, протяженность рубцовой ткани и адекватность разделения синехий, ход цервикального канала и матки в результате чего в процессе операции полость матки приобретала правильную треугольную форму.



Результаты

Нормализация менструальной функции – отсутствие болезненных менструаций, увеличение менструальной кровопотери – после оперативного вмешательства отмечали 360 женщин (74,2%). Кроме того, через 2–6 менструальных цикла после вмешательства 303 пациенткам из I и II групп была произведена контрольная офисная гистероскопия. У 31 пациентки I группы и 17 женщин II группы был отмечен рецидив. Внутриматочной патологии выявлено не было у 122 пациенток I группы и у 133 II группы. Не одной пациентке из III группы контрольная офисная гистероскопия не проводилась.

Заключение

Ультразвуковой мониторинг при внутриматочной лазерной хирургии у женщин с внутриматочными синехиями и синдромом Ашермана позволил снизить количество интраоперационных осложнений, сократить продолжительность операции и повысить качество её выполнения.

Представлены данные об использовании интраоперационного ультразвукового мониторинга во время хирургического лечения внутриматочных синехий и синдромом Ашермана.

Data on the use of intraoperative ultrasound monitoring during surgical treatment of intrauterine adhesions and Asherman syndrome are presented.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ И ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА КОК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н., Джигладзе Т.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета г. Москва

Цель исследования

Определить значение УЗ сканирования и доплерометрии в комплексной оценке состояния яичников и эндометрия у пациенток после длительного приема КОК для прогнозирования восстановления репродуктивной функции после отмены гормональной контрацепции.

Материалы и методы

В 2018–2019 годах проведено гормональное и УЗ обследование 37 женщин после отмены оральных контрацептивов, которые они принимали в течение длительного срока. Возраст



пациенток составил 23–40 лет, средний возраст – 31,9+/-1,3 года. Длительность приема КОК от 5 до 9 лет, в среднем – 7,5 лет. К моменту обследования все пациентки прекратили прием КОК 2 и более месяца назад в связи с планированием беременности. УЗ исследование проводилось как минимум 2 раза: на 4–6 день и 19–22 день от начала менструации во втором-третьем менструальном цикле после отмены КОК. Тем пациенткам, цикл которых самостоятельно не восстановился, первое ультразвуковое исследование выполнено в момент обращения в клинику. Кроме того, всем пациенткам проведена оценка кровоснабжения матки и придатков в режиме цветового доплеровского картирования. Диагностика выполнялась на аппарате Voluson E8 Expert, (General Electric), для повышения качества диагностики использовалась автоматическая оценка состояния фолликулов на основе ультразвуковой эхографии (Sono AVCTM follicle) и режим томографического ультразвука (TUI).

Результаты

По данным УЗ исследования значительные отклонения от нормальных показателей были зафиксированы у 17 пациенток, менструальный цикл которых не восстановился в течение первых 6 месяцев после отмены КОК. У 2-х пациенток с инструментальным прерыванием беременности в анамнезе были визуализированы эхо-признаки внутриматочных синехий, в связи с чем рекомендовано дообследование для уточнения диагноза и последующее хирургическое лечение. Диагноз в дальнейшем был подтвержден при «офисной» гистероскопии. По данным доплерометрии аркуатных сосудов кровотока был снижен. В группе из 20 пациенток с регулярным менструальным циклом результаты исследования были в пределах нормы, беременность в течение 6 месяцев наступила самостоятельно у 8 из них. Данные УЗИ коррелировали с результатами гормональных исследований.

Учитывая полученные данные, можно сделать вывод о целесообразности своевременного ультразвукового и гормонального обследования женщин, прекративших длительный прием КОК, при задержке менструации более чем на 2–3 недели.

Заключение

Включение в комплекс обследования пациенток, планирующих беременность после отмены длительного приема КОК, трехмерной УЗ реконструкции и программы для оценки фолликулярного аппарата позволяет повысить эффективность диагностики нарушений функции репродуктивной системы для раннего выявления и своевременной их коррекции.

Представлены данные о возможности УЗ сканирования и доплерометрии в оценке состояния яичников и эндометрия у пациенток, принимавших КОК в течение длительного времени, для прогнозирования восстановления репродуктивной функции после отмены гормональной контрацепции.

The article aims to assess the possibility of ultrasound scanning and doppler study in the assessment of the condition of the ovaries and endometrial in patients after long intake of COC, predicting the restoration of reproductive function after the abolition of hormonal contraception.



АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Свиридова Н.И., Максимов С.Н.

*Волгоградский Государственный медицинский университет
г. Волгоград*

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост аномальных маточных кровотечений (АМК), частота встречаемости которых в репродуктивном возрасте составляет 10–30%. Известным является тот факт, что АМК являются одной из основных причин железодефицитных анемий, снижают работоспособность и качество жизни женщины.

Одной из причин развития АМК являются полипы эндометрия (ПЭ). Частота выявления ПЭ достигает 25–35%, в связи с чем, они занимают ведущее место в структуре внутриматочной патологии. ПЭ служат показанием для проведения каждой четвертой гистероскопии ввиду их ассоциации с АМК, бесплодием и риском малигнизации.

Цель

Изучение структуры и распространенности полипов эндометрия у женщин репродуктивного возраста в современных условиях.

Проведен анализ гистологических исследований соскобов эндометрия, полученных при диагностическом выскабливании стенок полости матки под контролем гистероскопии у 684 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет за период с 2017 г. по 2019 г. на базе гинекологического отделения ГБУЗ ВОКПЦ № 2 г. Волгограда. Показанием к госпитализации явилось наличие эхографических признаков ПЭ.

Средний возраст обследуемых пациенток составил $38,42 \pm 2,18$ лет. В результате проведенного анализа установлено, что у 35,5% обследуемых клинические проявления отсутствовали, в то время как наличие АМК различного характера диагностировано у 64,5% обследованных. Так, у 195 (44,2%) пациенток АМК проявлялись обильными менструальными кровотечениями, в 28,1% случаев выявлено сочетание обильных менструальных кровотечений и межменструальных кровотечений. Обильные менструальные кровотечения на фоне олигоменореи диагностированы у 70 (15,9%) женщин.

В ходе исследования установлено, что в структуре морфологического состояния эндометрия у обследуемой когорты пациенток преобладали полипы на фоне хронического эндометрита (48,8%). Полипы на фоне неизменного эндометрия (эндометрий в стадии пролиферации) выявлены в 43,6% случаев. В то время как гиперплазия эндометрия без атипии



(простая или комплексная) верифицирована у 42 (6,1%) обследуемых, а фокусы атипической гиперплазии эндометрия в структуре полипов диагностированы в 1,5% случаев.

В результате проведенного анализа морфологической структуры полипов эндометрия выявлены следующие формы: железистые ПЭ – 11,5%, железисто-фиброзные – 80,8%, фиброзные – 7,6%. Обращает на себя внимание тот факт, что у каждой третьей пациентки с железистыми ПЭ, и у каждой второй пациентки с железисто-фиброзными ПЭ, выявлены признаки изъязвления полипов, что свидетельствует о воспалительных изменениях в эндометрии, которые обуславливают патогенетические механизмы их формирования.

Таким образом, данные, полученные в ходе настоящего исследования, свидетельствуют о преобладании инфекционно-воспалительного фактора в генезе полипов эндометрия у женщин репродуктивного возраста. Это диктует необходимость поиска информативных иммунологических предикторов формирования и рецидивирования полипов эндометрия с целью оптимизации тактики ведения пациенток с данной патологией.

В современных условиях лидирующее место в генезе полипов эндометрия у женщин репродуктивного возраста занимает инфекционно-воспалительный фактор, что диктует необходимость поиска информативных иммунологических предикторов формирования и рецидивирования полипов эндометрия с целью оптимизации тактики ведения пациенток с данной патологией.

In modern conditions, the leading place in the genesis of endometrial polyps in women of reproductive age is occupied by the infectious and inflammatory factor, which necessitates the search for informative immunological predictors of the formation and recurrence of endometrial polyps in order to optimize the management of patients with this pathology.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

Свиридова Н.И., Хасаева М.И.

*Волгоградский Государственный медицинский университет
г. Волгоград*

Известно, что отсутствие реабилитации после перенесенных послеродовых инфекционных осложнений является одной из наиболее частых причин возникновения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, приводящих к нарушению репродуктивной функции женщины в будущем.



Цель

Оценка факторов риска развития нарушений репродуктивной функции женщин, перенесших послеродовые инфекционные осложнения.

Проведено когортное ретроспективное исследование медицинских карт пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся в КДП ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2» за период с 2017 по 2019 год на этапе прегравидарной подготовки.

Критериями включения в исследование явились: возраст пациенток от 18 до 45 лет, наличие морфологически верифицированного ХЭ; АМК различного характера; в анамнезе роды через естественные родовые пути, осложнившиеся послеродовым эндометритом; заинтересованность в выполнении репродуктивной функции. Критериями исключения явились: возраст младше 18 лет и старше 45 лет; рубец на матке после операции кесарево сечение, злокачественные новообразования любой локализации. На основании критериев включения и исключения нами были отобраны 174 медицинские карты пациенток, которые составили основную группу. Контрольная группа включала в себя 60 здоровых женщин в возрасте от 18 до 45 лет, имеющих в анамнезе роды через естественные родовые пути, не осложненные послеродовым эндометритом.

У пациенток, перенесших ХЭ, выявлена более высокая частота встречаемости инфекционно-вирусных заболеваний в детском возрасте. Среди детских инфекций у больных основной группы доминировали: корь (48,3%), ветряная оспа (32,2%) и краснуха (12,1%), что было достоверно выше, чем в контрольной группе.

В структуре экстрагенитальной заболеваемости у пациенток с ХЭ лидирующее положение занимали заболевания органов ЖКТ, которые встречались у 44,8% пациенток основной группы и у каждой третьей женщины группы контроля (35,0%). Кроме того, у пациенток основной группы достоверно чаще выявлялись воспалительные заболевания органов мочевыделительной (26,4%) и дыхательной системы (22,4%).

Каждая третья пациентка (33,5%) с ХЭ в анамнезе использовала внутриматочный метод контрацепции. Невынашивание беременности диагностировано у 48,3% пациенток основной группы, и лишь у 8,3% женщин группы контроля. Установлено, что послеродовый эндометрит развивался у 61,5% первородящих пациенток, в то время как у повторнородящих – в 38,5% случаев.

Течение беременности у пациенток основной группы осложнялось развитием бактериального вагиноза (67,8%), обострением хронической соматической патологии (34,5%), угрозой прерывания беременности (32,2%). ИППП во время беременности диагностированы у каждой четвертой пациентки (25,3%). К факторам риска, обусловленным течением родов, следует отнести: преждевременное излитие околоплодных вод (10,3%), хориоамнионит (8,0%), задержку частей последа в полости матки (5,2%), травму мягких тканей



родовых путей (24,1%). Послеродовый период осложнился развитием эндометрита (100%), который в 16,1% случаев сочетался с инфицированием швов на промежности.

Таким образом, данные, полученные в ходе настоящего исследования, необходимо использовать для прогнозирования развития нарушений в репродуктивной системе у пациенток, перенесших послеродовый эндометрит, с целью дифференцированного подхода к ранней реабилитации репродуктивной функции.

Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, необходимо использовать для прогнозирования развития нарушений в репродуктивной системе у пациенток, перенесших послеродовый эндометрит, с целью дифференцированного подхода к ранней реабилитации репродуктивной функции.

The results obtained in the course of this study should be used to predict the development of disorders in the reproductive system in patients after postpartum endometritis, with the goal of a differentiated approach to early rehabilitation of reproductive function.

РЕГЕНЕРАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

Серебренникова К.Г., Арутюнян Н.А., Кацалап С.Н.

Центральная Клиническая Больница Российской Академии Наук
г. Москва

Актуальность

В настоящее время ХЭ как результат репродуктивных потерь остается актуальной проблемой и в основном приходится на возрастную группу 25–36 лет. ХЭ выступает причиной бесплодия в 12–46%, необъяснимого генеза – 28%, неудачные попытки ЭКО – 30%. По данным разных авторов частота морфологически верифицированного, бессимптомно протекающего воспалительного процесса в эндометрии у женщин с привычным невынашиванием беременности составляет от 45–70% случаев и более. Эффективным методом лечения ХЭ является ФДТ, которая обладает антибактериальным и противовирусным действием, а также способствует регенерации эндометрия и формированию естественного иммунитета.

Цель исследования

Изучить способность эндометрия к регенерации у пациенток с бесплодием при ХЭ после ФДТ.



Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 95 пациенток репродуктивного возраста от 28 до 43 лет, средний возраст составил 34 ± 3.1 года с ХЭ, подтвержденного морфологически. Все пациентки прошли клиническое обследование, включающее: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, гистологическое и иммуногистохимическое исследования эндометрия (аспирационная биопсия) до и после ФДТ (до 9 д.м.ц.), исследование уровня общих антител класса G и их avidность до и после ФДТ. Внутриполостную ФДТ проводили во II фазу менструального цикла терапевтическим лазером «ЛАМИ» (ООО «ОПТТЕХНИКА», Санкт-Петербург) с фотосенсибилизатором на основе хлорина E6 (Фотодитазин, ООО «Вета-Гранд»). Равномерное распределение световой энергии внутри матки достигали с помощью специально разработанного световода-диффузора баллонного типа (ОВДБ «КОВБ-660»). Средняя плотность мощности лазерного излучения составила $0,05 \text{ Вт/см}^2$, плотность энергии 40 Дж/см^2 , время лазерного воздействия 13 мин.

Результаты

При анализе данных результатов УЗИ у пациенток с ХЭ статистический анализ показал достоверные различия при измерении толщины эндометрия на 5 д.м.ц. после сеанса ФДТ и составил $5,9 \pm 0,24 \text{ мм}$, толщина эндометрия на 21 д.м.ц. после сеанса ФДТ в среднем была $10,6 \pm 0,52 \text{ мм}$ ($p=0,027$). После проведенного сеанса ФДТ отмечено, что регенерация эндометрия имела место в 74% случаев ($p=0,023$). Подтверждением этому стало проведенное иммуногистохимическое исследование эндометрия, 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 секреции, и к прогестерону со средней стадии пролиферации до поздней стадии секреции. На основании определения протективной активности В-системы было также установлено влияние ФДТ на клеточные механизмы иммунной системы, в частности на усилении процессов пролиферации и дифференцировки В-лимфоцитов в плазматические клетки и антителогенез нормальных иммуноглобулинов G. Сравнительный анализа с использованием критерия Манна-Уитни показал достоверность ($p < 0,05$) различий показателей, характеризующих протективную активность В-системы иммунитета. Таким образом, высокая активация антител в процессе облучения способствует десенсибилизации организма и формированию сильного иммунного ответа. При оценке эффективности после ФДТ отмечено, что через месяц от начала лечения все пациентки с нарушением менструального цикла отметили клиническое улучшение состояния менструальной функции. Полученные отдаленные результаты свидетельствуют о высокой эффективности ФДТ, как по критериям диагностических исследований, так и по критерию числа наступивших беременностей после ФДТ (как самостоятельно, так и после ЭКО и ПЭ). В частности, у 54% наступила беременность, роды у 44,0%, неразвивающаяся беременность – у 10%.



Заключение

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о целесообразности проведения ФДТ с целью лечения ХЭ при бесплодии, стимуляции регенерации эндометрия и формированию стойкого иммунного ответа. Подтверждением восстановления морфофункционального состояния эндометрия является беременность, наступившая у 54% пациенток.

Ведущее место в структуре нарушений репродуктивной функции у женщин занимают воспалительные заболевания внутренних половых органов приводящие к бесплодию. Эффективным методом для улучшения и восстановления регенеративной функции эндометрия, а также повышения имплантационной восприимчивости эндометрия при бесплодии и формирования стойкого иммунного ответа является фотодинамическая терапия (ФДТ). В исследовании была изучена способность эндометрия к регенерации после ФДТ у пациенток с бесплодием при хроническом эндометрите (ХЭ).

The leading place in the structure of reproductive disorders in women is occupied by inflammatory diseases of the internal genital organs leading to infertility. An effective method for improving and restoring the regenerative function of the endometrium, as well as increasing the implantation susceptibility of the endometrium in infertility and the formation of a stable immune response, is photodynamic therapy (PDT).

The study examined the ability of the endometrium to regenerate after PDT in patients with infertility in chronic endometritis (CE).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ФОКУСИРОВАННОЙ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Солдатская Р.А.¹, Оразов М.Р.², Силантьева Е.С.¹, Белковская М.Э.¹

1. Клинический госпиталь «Лапино» группы компаний «Мать и дитя»; 2. Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН
г. Москва

Недостаточность мышц тазового дна (НМТД) – заболевание, основой которого является утрата функции тазовой мускулатуры вследствие травматизации в родах, хирургического вмешательства, старения. При отсутствии лечения данная патология прогрес-



сирует до пролапса гениталий. Те или иные проявления заболевания отмечают от 2,9% до 53% женщин, но реальная распространенность неизвестна. В связи с этим НМТД требует ранней диагностики и своевременной консервативной терапии.

Цель

Улучшить исходы лечения женщин с НМТД и оценить эффективность высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной терапии (ВИФЭМ-терапии) в коррекции данной патологии.

Материалы и методы

В рамках исследования были осмотрены 115 женщин. Основная группа (n=50) прошла ВИФЭМ-терапию на аппарате EMSELLA (компании BTL). Группа сравнения (n=35) получила терапию электростимуляции мышц тазового дна на аппарате BioBravo в домашних условиях. Средний возраст пациенток – 34,07±6,37 года. Группу контроля составили 30 самостоятельно рожавших женщин без признаков НМТД.

Критерии включения в исследование: возраст пациенток 18–45 лет; наличие родов через естественные родовые пути, с момента которых прошло не менее 6 месяцев; отсутствие лактации; наличие НМТД, пролапса гениталий 1 ст. по POP-Q; наличие сексуальной дисфункции.

Критерии исключения: беременность; генитальный пролапс II-IV ст. по POP-Q; наличие показаний для хирургического лечения; повреждение фасции тазового дна; металлические приспособления в теле (импланты, ВМС и др.); имплантированные электронные приспособления; общие противопоказания к физиотерапии.

Всем пациенткам был проведен сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр с пальпаторной оценкой силы мышц тазового дна, мочевого теста на беременность, трансперинеальное ультразвуковое сканирование на аппарате Voluson E10 с использованием технологии OmniView, датчиком RIC6–12. Оценка сексуальной функции была проведена с помощью опросника FSFI.

Результаты

При сборе анамнеза выявлены наиболее частые жалобы, характерные для сексуальной дисфункции: снижение чувствительности при интимной близости – 61,33%; хлюпающие звуки во влагалище при интимной близости – 57,33%; гипо/аноргазмия – 48%; чувство «широкого» влагалища – 46,67%. В 73,33% случаев наблюдалось также стрессовое недержание мочи. С целью оценки целостности фасции тазового дна при УЗИ был изучен леваторно-уретральный интервал, не отличившийся у женщин здоровых и страдающих НМТД (<25 мм). В основной группе после проведенной терапии, в отличие от группы сравнения, достоверно уменьшился процент жалоб. Результат опросника FSFI в обеих группах достоверно улучшился (основная группа: до терапии – 23,9±6,7; после – 27,7±



6,1; через полгода – 30,9+/-2,95; группа сравнения: 23,5+/-6,4;24,6+/-6,2;26,8+/-4,75). При этом более выраженные изменения наблюдались в основной группе.

По результатам УЗИ пациенток основной группы наблюдалось статистически значимое уменьшение параметров, приближенное через полгода к значениям группы контроля: параметр (до терапии; после терапии; через полгода; группа контроля – ГК).

В покое: 1. Уретеровезикальный угол, гр. (до терапии – 25,06+/-9,71; после – 18,7+/-6,98; через полгода – 16,73+/-6,23; ГК – 16,7+/-4,51); 2. Передне-задний размер леваторного отверстия (ЛО), мм (51,1+/-6,8;47,98+/-6,25;46,61+/-5,94; ГК – 46,6+/-2,3); 3. Поперечный размер ЛО, мм (41,44+/-6,43;38,4+/-6,03;36,05+/-5,42; ГК – 35,4+/-2,5); 4. Площадь ЛО, см² (14,48+/-1,74;14,09+/-1,78;12,72+/-1,89; ГК – 11,59+/-0,35);

Схожая динамика выявлена при функциональных пробах: при натуживании и сокращении.

В группе сравнения статистически значимых изменений в параметрах трансперинельной эхографии после лечения и в динамике выявлено не было.

Заключение

Исходя из полученных данных, выявлена высокая эффективность высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной терапии НМТД в сравнении с электростимуляцией мышц тазового дна. Консервативная терапия на раннем этапе развития НМТД позволяет улучшить качество сексуальной жизни женщин, а также предупредить развитие пролапса гениталий.

Недостаточность мышц тазового дна (НМТД) – заболевание, основой которого является утрата функции тазовой мускулатуры. Без лечения данная патология манифестирует со временем до пролапса гениталий. В связи с этим данная патология требует своевременной диагностики и консервативной терапии на ранних этапах развития. Цель – оценка эффективности нового метода консервативной терапии НМТД путем высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной стимуляции (ВИФЭМ-терапия), в сравнении с полостной электростимуляцией мышц тазового дна. По результатам исследования установлена высокая эффективность ВИФЭМ-терапии по сравнению с электростимуляцией мышц тазового дна в коррекции НМТД.

Weakness of the pelvic floor muscles (PFMW) – a disease based on the loss of the function of the pelvic muscles. Without treatment, this pathology manifests until genital prolapse. In this regard, it requires timely diagnosis and conservative therapy in the early stages. The goal is to evaluate the effectiveness of the new method of conservative therapy of PFMW by means of high-intensity focused electromagnetic stimulation (HIFEM-therapy), in comparison with cavity electrostimulation of the pelvic floor muscles. According to the results of the study, the high efficiency of HFEM-therapy was established in comparison with electrical stimulation of the pelvic floor muscles in the correction of PFMW.



ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Степанян Л.В., Будилина И.Ю.

*ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» МЗ России, врач акушер-гинеколог Областного перинатального центра ГБУЗ АО АМОКБ
г. Астрахань*

Цель

Представление клинического случая ведения беременной женщины с идиопатической легочной гипертензией (ЛГ).

Материалы и методы

Клинический случай пациентки С., 1981 года рождения. В анамнезе повышение АД с 2010 года до 150/90 мм рт.ст., одышка при ходьбе с 2015. В июле 2016 года в связи с нарастанием одышки, снижением трудоспособности госпитализирована в пульмонологическое отделение в сроке 14–15 недель второй беременности, выписана с DS: легочная гипертензия неуточненная.

25 октября 2016 года консультирована в ФЦ ССХ, выставлен DS: Легочная артериальная гипертензия. ХСН IIa. Ф.Кл. III. Относительная недостаточность трикуспидального клапана 3 ст. Пациентка консультирована в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе имени Мясникова: пролонгация беременности абсолютно противопоказана (гибель матери и плода).

13.01.2017 больная С. (срок гестации 29 недель) была переведена в ОПЦ из кардиологического отделения. Настоящая беременность третья, первые две закончились самопроизвольными выкидышами на разных сроках.

За время нахождения в ОПЦ неоднократно проводились перинатальные консилиумы с участием кардиологов. Учитывая высокий материнский и перинатальный риск предлагалось прерывание беременности согласно Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». В связи с относительной стабилизацией состояния беременной, крайней заинтересованностью в рождении жизнеспособного плода и многочисленными отказами от досрочного родоразрешения – беременность пролонгирована до 34 недель гестации на фоне непрерывного наблюдения за пациенткой в условиях многопрофильной больницы, терапии амлодипином 5 мг/сутки, карведилолом 13 мг/сутки, профилактическими дозами антикоагулянтов клексана 0,4 мг/сутки.



Ухудшение самочувствия отмечается с 23.02.2017. Усилилась одышка при ходьбе, появилась в покое, сердцебиение, присоединились отеки нижних конечностей. Отмечено ухудшение картины ЭХО – кардиоскопического исследования.

Клинический DS к моменту родоразрешения: Беременность 34 недели. Идиопатическая легочная гипертензия III степени по Хай-Эдвардсу (Р ла ср. 92–69–57–55 мм.рт.ст.) Открытое овальное окно сброс право-левый (ЧП Эхо от 26.10.2016 года ФЦ ССХ). Недостаточность трикуспидального клапана с регургитацией 3–4 степени. Дилатация правого предсердия. Нарушение диастолической функции ЛЖ. Доп. Хорда левого желудочка. ХСН II а ст. Ф. Кл. III. Миома матки. Артериальная гипертензия 2 степени, риск высокий. Антифосфолипидный синдром. ОГА. ХВГП. Возрастная первородящая.

Результаты исследования

28.02.2017 г. проведено оперативное родоразрешение – кесарево сечение в плановом порядке на фоне ЭТН.

В 10.40. родился живой недоношенный мальчик массой 2 160, ростом 46 см, окружностью головки 30 см с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Интраоперационно в присутствии кардиолога УЗИ контроль Рла сред. до операции – 62 мм. рт.ст.; после операции – 46 мм. рт. ст. Антибиотикопрофилактика в течение суток препаратом «Медоклав».

Выписана домой на 8 сутки в удовлетворительном состоянии, ребенок переведен на второй этап выхаживания в связи с недоношенностью, выписан домой 19.03.2017 с весом 2380 гр на 19 сутки жизни.

Заключение

Благодаря слаженной работе сотрудников областного перинатального центра и кардиологов удалось достичь положительного результата с пациенткой С.

Мультидисциплинарный подход к ведению беременности, клиническая настороженность позволяют своевременно поставить диагноз и избежать осложнений, как со стороны матери, так и плода.

Представление клинического случая ведения беременной женщины с идиопатической легочной гипертензией (ЛГ).

Presentation of a clinical case of a pregnant woman with idiopathic pulmonary hypertension (LH).



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН СО СПОНТАННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Василевская Г.В., Степанов С.Ю.,
Попов А.А.

*ГАУЗ Оренбургская Областная клиническая больница №2, Областной
перинатальный центр
г. Оренбург*

Актуальная проблема современности – рост частоты бесплодия. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) как метод вспомогательных репродуктивных технологий, используемый в лечении бесплодия, становится рутинным, что влечет за собой увеличение числа пациенток с индуцированной беременностью.

Цель и задачи исследования

Анализ исходов родов у пациенток со спонтанной и индуцированной беременностью.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй родов у женщин со спонтанной и индуцированной беременностью, родоразрешенных на базе Областного перинатального центра ГАУЗ ООКБ № 2 в 2018 году. Все пациентки были разделены на 2 группы: I группа – 50 женщин со спонтанно наступившей беременностью, II группа – 50 женщин после ЭКО. Были рассмотрены следующие показатели: возраст, паритет родов, способы родоразрешения, перинатальные исходы.

Результаты

Возрастные группы у рожениц I группы составили: до 20 лет-3 (6%), 20–29 лет-27 (54%), 30–39 лет-20 (40%). Первые роды предстояли 40% беременным, повторные роды-60%. Возрастные группы у рожениц II группы: 25–29 лет-11 (22%), 30–39 лет-32 (64%), старше 40 лет – 7 (14%). Первые роды были у 72% беременных, повторные роды-28%. Таким образом, в I группе преобладали повторнородящие пациентки среднего репродуктивного возраста, а во II группе – первородящие пациентки среднего репродуктивного возраста.

В I группе роды через естественные родовые пути проведены в 56% случаев, в 12% случаев произведена вакуум экстракция плода. Операцией кесарево сечение родоразрешены 32% женщин, из которых 37,5% были выполнены в плановом порядке и 62,5% в экстренном порядке. Во II группе роды через естественные родовые пути проведены в 24% случаев. Операцией кесарева сечения родоразрешены 76% женщин, из которых 42,1% были выполнены в плановом порядке и 57,9% в экстренном порядке.



В I группе роды преждевременные роды были у 5 пациенток (10%), из которых до 28 недель беременности – 2%, 28–34 недели – 8%. Во II группе преждевременные роды произошли у 10 пациенток (20%), из которых до 28 недель беременности – 2%, 28–34 недели – 12%, 36 недель – 6%.

В I группе в 60% родов оценка новорожденного по шкале Апгар составила 8 баллов. Вес новорожденных-22% с массой менее 3000 гр., 70%-с массой 3000–4000 гр., 8% случаев-4000 гр. и более.

Во II группе в 62% родов оценка новорожденного по шкале Апгар составила 8 баллов. Вес новорожденных-26% с массой менее 3000 гр., 66%-с массой 3000–4000 гр., 8% случаев-4000 гр. и более.

Индукцированная беременность является фактором высокого риска осложнений родоразрешения данных пациенток, что ведет к увеличению частоты как планового, так и экстренного кесарева сечения, по сравнению с пациентами со спонтанной беременностью.

Induced pregnancy is a high risk factor for complications of delivery of these patients, which leads to an increase in the frequency of both elective and emergency caesarean section, compared with patients with spontaneous pregnancy.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Студёнов Г.В., Мурцаев Р.С., Уварова Е.Е., Яхудина Р.К., Мусалова И.А.

*ГАУЗ Оренбургская Областная клиническая больница №2, Областной
перинатальный центр
г. Оренбург*

Первое место в структуре злокачественных заболеваний среди женщин занимает рак молочной железы (РМЖ). По статистике, на 100 000 человек приходится 46 случаев заболеваемости.

Большую роль играют: время наступления менархе и климакса (повышает риск 4 раза), беременность и роды (снижают вероятность возникновения рака на 50%). Так же риск развития РМЖ повышают: травмы молочных желез, лактационный мастит, ожирение (приводит к увеличению концентрации эстрадиола в крови), доброкачественные опухоли молочной железы.



Несмотря на данный факт, встречаются случаи заболевания РМЖ в период вынашивания беременности и лактации. РМЖ, ассоциированный с беременностью – это появление злокачественной опухоли молочной железы на фоне беременности, лактации, или на протяжении следующего года после родов, это наиболее распространенная форма опухолей, диагностируемая у беременных женщин.

При беременности происходит рост молочной железы и в ней образуется большое количество новых сосудов, этим объясняется быстрое прогрессирующее опухолевого процесса в период беременности. Еще одним фактором является гормональная перестройка организма женщины в период беременности. При наличии злокачественной трансформации прогестерон и эстрогены во время беременности могут стимулировать рост опухоли. Осуществляют запуск синтеза факторов роста.

Цель исследования

Акцентировать внимание на проблеме диагностики РМЖ, ассоциированного с беременностью и психо-социального поведения будущей матери.

Материалы и методы

Клинический случай, проведенный на базе Областного Перинатального центра (ОПЦ) ГАУЗ ОКБ № 2 г. Оренбурга в феврале 2018 г.

Результаты

Пациентка М. 34 года. В анамнезе 1 срочные роды в 2016 г. без осложнений. Данная беременность вторая, протекала на фоне гестационного сахарного диабета. В 26 недель беременности после травмы появились боли в левой молочной железе, уплотнение, обратилась в женскую консультацию. По данным УЗИ мастит. Лазеротерапия и антибиотикотерапия улучшений не принесли. От хирургического лечения пациентка отказалась. В 28 недель взята трепанобиопсия (результат – мышечные волокна с воспалительным инфильтратом). В 30 недель, по результатам УЗИ, выявлена фибролипома левой молочной железы. Пациентка направлена в онкодиспансер, но на консультацию не явилась. В 30–31 неделю онкомаркеры СА15–3 9.7 со слов в норме. В 34 недели вскрылся гнойный очаг левой молочной железы без повышения температуры. Пациентка продолжает отказываться от консультаций и стационарного лечения. В 38–39 недель поступила на родовую госпитализацию в ОПЦ ГАУЗ ОКБ № 2. Была осмотрена торакальным хирургом: нельзя исключить отечно-инфильтративную форму рака левой молочной железы с метастазами в лимфоузлы, во вторую очередь туберкулез левой молочной железы. Также консультирована онкологом: саркома левой молочной железы, на границе левых квадрантов плотное бугристое образование диаметром 8–9 см. Фтизиатр выставил диагноз: образование левой молочной железы неясного генеза, необходима биопсия с гистологической верификацией. По данным УЗИ диффузные изменения печени, селезенки, поджелудочной железы, почек. В левой подмышечной об-



ласти лимфоузел 9,6х6,4 мм. В 39 недель самостоятельно родила живую доношенную девочку 3340 гр, 53 см, оценка по Апгар 8–9 баллов. В послеродовом периоде выполнена трепанобиопсия. Материал отправлен на гистологию и ИГХ. В левой подмышечной области произведена пункция гипоезохонного лимфоузла 16 мм. После обследований и коллегиальных осмотров выставлен диагноз: клинически канцер левой молочной железы T4N1M0. 2кл.гр. В послеродовом периоде подавление лактации бромкриптином. При выписке направлена в онкодиспансер. На прием к онкологу не явилась, в медицинские учреждения не обращалась.

Данный случай наглядно демонстрирует «междисциплинарный характер» онкопатологии. Диагностика, лечение рака молочной железы при беременности связаны не только с рисками здоровья матери, но плода, а также сопровождаются наличием психо-социальных акцентуаций будущей матери. Для решения комплекса возникающих проблем необходимо четкое взаимодействие медицинских служб: акушерства-гинекологии, онкологии, педиатрии, психотерапевтической, а также социальной.

This case clearly demonstrates the "interdisciplinary nature" of oncopathology. Diagnosis and treatment of breast cancer during pregnancy are associated not only with the risks to the health of the mother, but also the fetus, and are also accompanied by the presence of psycho-social accentuations of the expectant mother. To solve the complex of emerging problems, a clear interaction of medical services is required: obstetrics-gynecology, oncology, pediatrics, psychotherapeutic, as well as social.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Сычева Е.Г., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва

Цель исследования

Изучить частоту встречаемость типов ВПЧ согласно канцерогенному потенциалу у пациенток с «малыми» формами поражения шейки матки.

Материалы и методы

В исследование было включено 129 ВПЧ-положительных женщин репродуктивного возраста. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее генотипиро-



вание с определением 21 типа ВПЧ и оценкой вирусной нагрузки методом ПЦР в режиме реального времени, жидкостную цитологию.

Результаты

В зависимости от результатов цитологического заключения сформированы 3 группы пациенток: 1 группа (n=66) – с NILM, 2 группа (n=28) – с ASCUS, 3 группа (n=35) – с LSIL.

Наиболее часто встречающимися типами ВПЧ в 1 группе были ВПЧ 16 – 27,3%, 31 – 18,2%, 52 – 12,1%, 51 – 12,1%, менее 10% ВПЧ 18, 58, 66, 33, 66, 33, 35; во 2 группе ВПЧ 16 – 39,3%, 56 – 14,3%, менее 10% ВПЧ 52, 58, 31, 33, 35, 59, 66; в 3 группе – ВПЧ 16 – 40,0%, 39 – 17,1%, 52 – 15,2% менее 10% ВПЧ 52, 59, 58, 51 типов. Согласно классификации IARC в 1 группе типы ВПЧ высокого канцерогенного риска встречались в 85,7%, во 2 группе – 92,9%, 3 группе – 98,8%, случаях. Вероятно канцерогенные типы ВПЧ (группа 2A) выявлены в 1 группе – в 16,1%, во 2 группе – в 3,6%, в 3 группе – в 14,3%. Типы ВПЧ возможно канцерогенного риска (группа 2B) в 1 группе – 21,2%, во 2 группе – 3,6%, в 3 группе – 17,1%. Таким образом, в исследуемых группах статистически чаще наблюдались типы ВПЧ высокого канцерогенного риска (группа 1) ($p < 0,05$).

Заключение

Результаты исследования демонстрируют преобладающую частоту выявления типов ВПЧ высокого канцерогенного риска в исследуемых группах. Следовательно, пациентки с «малыми» формами поражения шейки матки находятся в зоне риска по формированию плоскоклеточных интраэпителиальных неоплазий.

Международным агентством по изучению рака (IARC) было выделено двенадцать типов ВПЧ высокого канцерогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 и 59) (группа 1), четырнадцать дополнительных типов ВПЧ – вероятно-, возможно канцерогенного риска участвующих в формировании рака шейки матки (26, 69, 82, 30, 53, 66, 70, 85, 97, 67, 69, 34, 73, 68) (группы 2A и 2B). Проведение сравнительного анализа встречаемости типов ВПЧ согласно классификации IARC у пациенток с «малыми» поражениями шейки матки, является актуальным с учетом канцерогенного потенциала.

The International Agency for Research on Cancer (IARC) has identified twelve types of high carcinogenic-risk HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 and 59) (group 1), fourteen additional types of HPV – probably possibly carcinogenic risk (26, 69, 82, 30, 53, 66, 70, 85, 97, 67, 69, 34, 73, 68) (Groups 2A and 2B). Comparative analysis the occurrence of HPV types according to the IARC classification in patients with «lesser abnormalities» cervical lesions is relevant given the carcinogenic potential.



ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБЦИОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Тетекаева А.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Алиева И.М.

*Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра акушерства
и гинекологии лечебного факультета
г. Махачкала*

Остеопороз (греч. *osteon* – кость + *poros* – пора) – системное заболевание скелета, характеризующееся уменьшением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, ведущими к повышению хрупкости кости и появлению переломов. По мнению экспертов ВОЗ, на сегодня остеопороз – одно из распространенных заболеваний, которое наряду с инсультами, онкологической патологией, сахарным диабетом и с инфарктом миокарда занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения. Во всем мире насчитывается около 200 миллионов человек, страдающих остеопорозом, а частота постменопаузального остеопороза в структуре первичного остеопороза составляет 85%. В последние годы отмечается значительное увеличение частоты переломов в результате ОП. Все это ставит ОП в ряд наиболее значимых болезней человечества.

В связи с увеличением средней продолжительности жизни, особенно у лиц женского пола существенно возрастет число женщин в постменопаузе больных эпилепсией. У пациентов с эпилепсией риск возникновения переломов значительно выше по сравнению с общими показателями, а вероятность развития остеопороза у данной категории больных почти в 2 раза выше. Остеопороз называют «безмолвной эпидемией».

Цель исследования

Изучить МПКТ у женщин в постменопаузе с эпилепсией.

Обследовано 60 пациенток в постменопаузе. Пациентки были распределены на две группы: в первую группу (основную) вошли 35 женщины в постменопаузе, страдающие эпилепсией. Контрольная группа – 25 женщин в постменопаузе без эпилепсии.

Для диагностики остеопороза в нашем исследовании применяется метод ДЭРА (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия)(аппарат фирмы "Lunar Prodigy" США). ДЭРА позволяет провести раннюю диагностику остеопении и остеопароза, динамическую количественную оценку минеральной плотности костной ткани (МПКТ), при этом лучевая нагрузка составляет всего около 0,1% от окружающего фона. Методом ДЭРА была определена МПКТ в области поясничных позвонков (L1-L4), в трех точках прокси-



мального отдела бедра: шейка бедра, трохантере, в области Варда и дистальном отделе предплечья.

Согласно клиническим рекомендациям по остеопорозу 2016 г.: "Оценка результатов проводилась по "Т" и "Z" критериям.

Т-критерий представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин. Нормальными показателями МПК считаются показатели Т-критерия от +2,5 до -1 стандартных отклонений от пиковой костной массы.

Остеопения – показатели Т-критерия от -1 до -2,5 стандартных отклонений.

Остеопороз – показатели Т-критерия -2,5 стандартных отклонений и ниже.

Тяжёлый остеопороз – показатели Т-критерия -2,5 стандартных отклонений и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов.

Z-критерий представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного возраста.

Проведенное исследование выявило, что у всех женщин в постменопаузе с эпилепсией имелись нарушения МПКТ. У 60% женщин в постменопаузе с эпилепсией была выявлена остеопения, у 40% остеопороз. У 45% женщин в постменопаузе без эпилепсии наблюдались нормальные показатели МПКТ, у 35% остеопения и у 20% остеопороз. При анализе МПКТ по зонам исследования было выявлено, что наибольшее снижение показателей обнаружилось в области позвонков и в области Варда.

Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать вывод, что у женщин в постменопаузе с эпилепсией достоверно чаще наблюдается нарушение МПКТ по сравнению с женщинами в постменопаузе без эпилепсии. Изменения показателей МПКТ в первую очередь проявляются в поясничном отделе позвоночника и в области Варда.

Всем женщинам с эпилепсией в постменопаузе в обязательном порядке следует проводить ДЭРА, для ранней диагностики нарушений МПКТ и своевременного начала лечения при их обнаружении, что позволит предотвратить развитие переломов.

Результаты исследования свидетельствуют об отрицательном влиянии эпилепсии на минеральную плотность костной ткани. Нами проведено обследование 35 женщин в постменопаузе с эпилепсией методом ДЭРА (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) (аппарат фирмы "Lunar Prodigy" США.) При обследовании выяснилось, что у женщин в постменопаузе с эпилепсией достоверно чаще наблюдается нарушение МПКТ по сравнению с женщинами в постменопаузе без эпилепсии. Изменения показателей МПКТ в первую очередь проявляются в поясничном отделе позвоночника и в области Варда.



The results of the investigation indicate a negative effect of epilepsy on bone mineral density. We examined 35 postmenopausal women with epilepsy using the DEXA method (dual-energy X-ray absorptiometry) (apparatus of the Lunar Prodigy company in the USA.) The examination revealed that postmenopausal women with epilepsy were significantly more likely to have BMD disorders compared with postmenopausal women without epilepsy. Changes in BMD indicators are primarily are present in the lumbar spine and in the Ward region.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.

*Волгоградский Государственный медицинский университет
г. Волгоград*

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ). Распространенность папилломавирусной инфекции (ПВИ) гениталий в мире возросла более чем в 10 раз и обнаруживается у 13% населения. В связи с этим пристального внимания заслуживает проблема цервикальных интраэпителиальных неоплазий шейки матки (CIN).

Согласно данным литературы, распространенность различных типов вируса папилломы человека варьирует в зависимости от географических особенностей, что определяет направленность цервикального скрининга. Однако, данные по структуре носительства ВПЧ у женщин репродуктивного возраста Волгоградского региона с морфологически верифицированной CIN I, в настоящее время отсутствуют.

Цель

Изучение структуры носительства вируса папилломы человека у пациенток репродуктивного возраста с CIN I.

Проведен ретроспективный анализ 396 медицинских карт пациенток с морфологически подтвержденной CIN I, обратившихся в КДП ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2» за период с 2015 по 2019 год на этапе планирования беременности.

Критериями включения в исследование явились: возраст пациенток от 18 до 45 лет, наличие гистологически верифицированной CIN I; наличие ВПЧ. Критериями исключения



явились: возраст младше 18 лет и старше 45 лет; наличие терапии иммуномодулирующими препаратами в течение последних 6 месяцев; наличие острого или обострения хронического процесса органов малого таза; положительные тесты RW или ВИЧ; злокачественные новообразования любой локализации; беременность; период грудного вскармливания.

Согласно данным анализируемой документации, всем пациенткам было выполнено исследование соскобов из цервикального канала, включающее качественное и количественное (оценка вирусной нагрузки) генотипирование на 21 тип вируса папилломы человека ПЦР в реальном времени.

В ходе исследования установлено, что в возрасте от 18 до 25 лет находилось 88 (22,2%) пациенток, при этом в подавляющем большинстве случаев (54,6%), возраст больных колебался от 26 до 35 лет.

Анализ распределения типов ВПЧ у обследуемой когорты пациенток выявил, что среди высокоонкогенных типов преобладали: 16 тип (47,5%), 18 тип (22,5%), 31 тип (16,7%) и 51 тип (16,9%). Обращает на себя внимание тот факт, что высокая вирусная нагрузка для ВПЧ 16 типа установлена у 157 (83,5%) пациенток, для ВПЧ 18 типа – в 87,6% случаев, в то время как для ВПЧ 31 и 51 типов высокая вирусная нагрузка диагностирована у 22 (34,4%) и 17 (25,4%) пациенток соответственно, что свидетельствует о преимущественно транзитном носительстве данных типов папилломавирусной инфекции. Среди низкоонкогенных типов ВПЧ преобладали: 6 тип (8,3%) и 11 тип (6,1%).

При оценке распределения пациентов с CIN I по количеству одновременно выявленных типов ВПЧ, отмечено, что в подавляющем большинстве случаев (55,8%) диагностировали один тип ВПЧ, у каждой четвертой пациентки (25,5%) обнаружено два типа ВПЧ.

Таким образом, реализация патологических изменений на шейке матки в виде CIN I у данной когорты пациенток обусловлена высокой вирусной нагрузкой 16 и 18 типов ВПЧ, в то время как, 31 и 51 типы чаще вызывают транзитное носительство. Выявленные особенности частоты встречаемости высокоонкогенных типов ВПЧ у данной когорты пациенток, должны учитываться при проведении цервикального скрининга.

Проведен ретроспективный анализ 396 медицинских карт пациенток репродуктивного возраста с морфологически верифицированной CIN I. Выявленные особенности частоты встречаемости ВПЧ ВКР у пациенток репродуктивного возраста Волгоградского региона должны учитываться при проведении цервикального скрининга с целью профилактики CIN.

A retrospective analysis of 396 medical records of patients of reproductive age with morphologically verified CIN I was performed. The revealed features of the frequency of occurrence of HPV SRS in patients of the Volgograd region should be taken into account when conducting cervical screening for the prevention of CIN.



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Уруджева Н.Г., Эседова А.Э., Аллахкулиева С.З., Идрисова М.А., Гаджиева А.М.

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов Дагестанского Государственного Медицинского Университета
г. Махачкала*

Актуальность

Бесспорно, метаболический синдром в настоящее время занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности человека, причем с каждым десятилетием жизни частота смерти от сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается в 3–5 раз. Интерес к данной теме возрос в связи с событиями последних лет, а именно, пенсионная реформа и увеличение возраста выхода на пенсию. Предполагаем, что результаты данного исследования помогут поддержать трудоспособность женщин в постменопаузальном периоде с метаболическим синдромом. Известно, что эстрогендефицитное состояние неблагоприятно влияет на липидный профиль крови, состояние сосудов, работу сердца и мозга в целом. Недостаточность эстрогенов оказывает существенное влияние на метаболизм глюкозы и инсулина, вызывая развитие гиперинсулинемии и инсулинорезистентность.

Цель исследования

Анализ клинического течения метаболического синдрома у пациенток в постменопаузальном периоде.

Материал и методы исследования. В исследование включено 110 пациенток в постменопаузальном периоде в возрасте от 46 до 57 лет.

В ходе исследования проводили общий осмотр, сбор жалоб, гинекологическое обследование, исследование гормонального, липидного, углеводного профиля, биохимических маркеров костного метаболизма, параметров свертывающей системы крови, уровня витамина D в крови, инструментальные исследования (УЗИ органов малого таза, молочных желез).

Результаты исследования

У 95 пациенток (86,3%) выявилось наличие менопаузальных расстройств: приливы у 75 пациенток (68%), повышенная потливость у 89 пациенток (80%), бессонница, раздражительность и нервозность у 67 пациенток (60,9%).



У исследуемых пациенток диагностированы атрофические изменения в урогенитальном тракте: сухость во влагалище у 90 пациенток (81,8%), диспареуния у 80 пациенток (72,7%), учащенное непроизвольное мочеиспускание 75 пациенток (68%).

Патологические симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы были выявлены у 64 пациенток (58%). При обследовании выявлено, что частота сердечных сокращений в покое была в пределах нормы у 98 пациенток (89%). В остальных случаях была зарегистрирована тахикардия – у 9 пациенток (8%). У 2 пациентки (1,8%) была обнаружена брадикардия, аритмичный пульс – еще у 1 пациентки (0,9%).

При измерении АД в покое артериальная гипертония (АГ) 1 степени выявлена у 21 пациентки (19%), 2 степень – у 5 больных (4,5%). Уровень эстрадиола у пациенток с повышенным АД составил 72,3 пг/мл.

Анализ массы тела позволил выявить избыточный вес у 55 пациенток из 65 (59%), у которых индекс массы тела превышал норму. Повышение массы тела на 5–10 кг за последние 5–6 лет отметили 18 пациенток (16,3%); на 10–20 кг – 30 пациенток (27,2%), 6 женщин (5,4%) увеличили свой вес более чем на 20 кг. Избыточный вес в среднем составил 16,5 кг.

Известно, что повышение соотношения объёма талии к бедрам более 0,8 указывает на увеличение риска сердечно-сосудистой патологии. Данный показатель был повышен у 68 пациенток (61,8%).

Изменение липидного профиля крови было обнаружено у 28 пациенток (25,4%). Средней уровень которого составил 5,88 ммоль/л. Индекс атерогенности в исследуемой группе составил 3,1.

Выводы

По результатам проведенного исследования можно утверждать, что дефицит эстрогенов в постменопаузальном периоде приводит к появлению вазомоторных симптомов: приливы, повышенная потливость, бессонница, повышенная раздражительность, сонливость, апатия. Урогенитальные расстройства у пациенток в постменопаузальном периоде также являются следствием недостатка эстрогенов.

К более поздним симптомам дефицита эстрогенов можно отнести развитие АГ, повышение уровня холестерина, нарушения углеводного обмена, появление висцерального ожирения.

Цель исследования анализ клинического течения метаболического синдрома у пациенток в постменопаузальном периоде. В исследование было включено 110 пациенток в постменопаузальном периоде. Возраст пациенток колебался от 46 до 57 лет, средний возраст был равен 52,5. Период с момента последней менструации составил от 1 года до 5 лет. Согласно проведенному исследованию у 95 пациенток (86,3%) выявилось наличие менопаузальных расстройств.



Патологические симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) были выявлены у 64 пациенток (58%). Анализ массы тела позволил выявить избыточный вес у 55 пациенток из 65 (59%), у которых индекс массы тела (ИМТ) превышал норму.

Objective: to analyze the clinical course of metabolic syndrome in postmenopausal patients. The study included 110 patients in the postmenopausal period. The age of the patients ranged from 46 to 57 years, the average age was 52.5. The period since the last menstruation ranged from 1 year to 5 years. According to the study, 95 patients (86.3%) revealed the presence of menopausal disorders. Pathological symptoms of the cardiovascular system (CVD) were detected in 64 patients (58%). The analysis of body weight revealed overweight in 55 patients out of 65 (59%), whose body mass index (BMI) exceeded the norm.

ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ КАК МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства
Здравоохранения РФ
г. Москва*

При анализе побочных эффектов противосудорожных препаратов замечено, что в ряде случаев у пациенток на фоне лечения возникает картина, сходная с проявлениями гиперандрогении. Наиболее часто данные нарушения наблюдаются у пациенток, принимающих препараты вальпроевой кислоты.

Методы: 278 женщин с эпилепсией в возрасте от 16 до 49 лет (средний возраст 28,4±0,6 лет), принимающих различные противоэпилептические препараты (вальпроевая кислота, карбамазепин, ламотриджин, топирамат, леветирацетам). У всех пациенток проанализирована динамика массы тела, регулярность менструального цикла и динамика уровня дигидротестостерона в крови. Точки контроля: 3, 6, 12 месяца приема препарата.

Результаты

В группе принимавших вальпроевую кислоту отмечен наибольший процент прибавки массы тела к 12 месяцу терапии – 12,6%, увеличение веса у 49 (73,1%) из 67 пациенток. Риск развития увеличения веса носил дозозависимый характер. Частота наруше-



ний росла с течением времени приема препарата. Менее выраженным было влияние карбамазепина – 5,2%, увеличение веса у 12 (19,3%) из 62 пациенток. У пациенток, принимавших ламотридин и леветирацетам, рост массы тела не превышал 1,5%. У пациенток, принимавших топирамат, отмечено снижение массы тела на 1,4%. При анализе регулярности менструального цикла на фоне приема противоэпилептической терапии было выявлено, что наибольшее число его нарушений к 12 месяцу приема препарата зарегистрировано в группе пациенток, принимавших вальпроевую кислоту – 84,4% пациенток, увеличение на 64,87% по сравнению с исходной частотой. Выраженность нарушений росла с течением времени приема препарата. Менее выраженным было пагубное влияние карбамазепина – 43,55% пациенток с нарушением менструального цикла, увеличение на 22,58% по сравнению с исходной частотой. В других группах отмечен рост частоты нарушений менструального цикла не более чем на 3,7%. Данные нарушения коррелировали с ростом уровня дигидротестостерона. Максимальная частота и выраженность изменения концентрации дигидротестостерона отмечена в группе пациенток, принимавших препараты вальпроевой кислоты. По результатам исследования у 67 пациенток до начала терапии препаратами вальпроевой кислоты уровень дигидротестостерона не превышал нормальные показатели и составлял 256,8 пг/мл. Через 3 месяца у 34 (50,7%) из 67 пациенток отмечено повышение концентрации дигидротестостерона, а к концу наблюдения в группе пациенток, принимавших препараты вальпроевой кислоты уровень дигидротестостерона составлял в среднем 526,32 пг/мл. Менее выраженный рост уровня дигидротестостерона отмечался в группе пациенток, принимавших препараты карбамазепина. Исходные показатели составляли 268,4 пг/мл. С течением времени отмечался рост концентрации дигидротестостерона, достигшей к 12 месяцу лечения 354,4 пг/мл. Данные показатели не превышали норму концентрации дигидротестостерона у женщин (25–450 пг/мл). Уровень дигидротестостерона в других группах также не превышал норму в течение всего периода исследования, колебания концентрации были незначимы.

Заключение

Рост массы тела и нарушения менструального цикла на фоне приема противосудорожной терапии в значительной степени обусловлены гиперандрогенией. При назначении препаратов вальпроевой кислоты пациенткам репродуктивного возраста помимо наблюдения за изменениями массы тела необходимо контролировать уровень андрогенов, для профилактики нарушений работы репродуктивной системы.

Проанализирована динамика массы тела и уровня дигидротестостерона (ДГТ) в крови у 278 женщин, принимающих различные антиконвульсанты. В группе вальпроевой кислоты средний процент прибавки массы тела к 12 месяцу терапии – 12,6%, в группе карбамазепина – 5,2%. В других группах изменения не значимы. Нарушения коррелировали с ростом уровня ДГТ. В группе вальпроевой кислоты рост концентрации ДГТ с 256,8 пг/мл до 526,32 пг/мл к 12 месяцу лечения. В группе



карбамазепина рост концентрации ДГТ с 268,4 нг/мл до 354,4 нг/мл к 12 месяцу лечения. В других группах колебания концентрации были незначимы. Рост массы тела на фоне приема противосудорожной терапии обусловлен гиперандрогенией.

The dynamics of body weight and blood level of dihydrotestosterone (DHT) in the 278 women taking different anticonvulsants was analyzed. In the group taking valproic acid, the average percentage of body weight gain by 12 months of therapy is 12.6%, in the group taking carbamazepine -5.2%. Disturbances were correlated with an increase in the level of DHT. In the valproic acid group, the increase in the concentration of DHT was from 256.8 PG / ml to 526.32 PG / ml by 12 months of treatment. In the carbamazepine group, the increase in the concentration of DHT was from 268.4 PG / ml to 354.4 PG / ml by 12 months of treatment. The increase in body weight in anticonvulsant therapy is due to hyperandrogenism.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Чечнева М.А., Капитанова О.В.

ГБУЗ МО МОНИИАГ
г. Москва

Актуальность

Среди внутриматочной патологии у пациенток пожилого возраста полипы эндометрия (ПЭ) занимают первое место. В большинстве случаев они протекают бессимптомно, но в то же время они могут быть причиной маточных кровотечений в постменопаузе. Внимание к ПЭ не ослабевает в связи с возможностью их малигнизации. Оптимальной тактикой диагностики ПЭ в постменопаузе является применение УЗИ органов малого таза в сочетании с доплерометрией, с последующей гистероскопией и морфологическим исследованием. Однако у пациенток с тяжелой соматической патологией не всегда возможно проведение гистероскопии с последующим морфологическим исследованием.

Цель исследования

Выявить особенности ультразвуковой картины полипов эндометрия в постменопаузе.

Материал и метод

Нами проведен анализ 407 историй болезни пациенток с подозрением на гиперпластические процессы эндометрия в возрасте от 45 до 70 лет. При ультразвуковом исследовании заключение «полип эндометрия» было дано в 33%. При этом УЗ картина полипов



была различна. В 20% наблюдений при УЗИ в постменопаузе выявлялись крупные полипы эндометрия с вторичными деструктивными изменениями. Для них была характерна следующая УЗ картина: полость матки с четкими ровными контурами со значительно утолщенным неоднородным гиперэхогенным М-эхом и с множественными анэхогенными включениями в структуре различного диаметра, при ЦДК чаще всего аваскулярное или с единичными локусами кровотока, сосудистая ножка, как правило, не определяется.

Результаты

После гистологического исследования диагноз ПЭ с вторичными деструктивными изменениями подтвержден во всех наблюдениях.

Заключение

Атипичная ультразвуковая картина полости матки с ровными, гладкими стенками, с утолщенным неоднородным гиперэхогенным М-эхом с множественными анэхогенными включениями в структуре, при ЦДК аваскулярное или с единичными локусами кровотока в большом проценте случаев при гистероскопии и морфологическом заключении соответствовала большим ПЭ с вторичными деструктивными изменениями без митотической активности. Таким образом, данную группу пациенток при наличии тяжелой соматической патологии мы можем наблюдать и готовить к гистероскопии в течение длительного времени без риска малигнизации полипов.

Среди внутриматочной патологии у пациенток пожилого возраста полипы эндометрия (ПЭ) занимают первое место. Оптимальной тактикой диагностики ПЭ в постменопаузе является трансвагинальное ультразвуковое исследование. Атипичная ультразвуковая картина полости матки с ровными, гладкими стенками, с утолщенным неоднородным гиперэхогенным М-эхом с множественными анэхогенными включениями в структуре, аваскулярным или с единичными локусами кровотока в большом проценте случаев при гистероскопии и морфологическом заключении соответствует большим ПЭ с вторичными деструктивными изменениями.

Endometrial polyps (PE) occupy the first place among intrauterine pathology in elderly patients. Transvaginal ultrasound is the optimal tactic for diagnosing PE in postmenopausal women. Atypical ultrasound picture of the uterine cavity with smooth, smooth walls, with thickened hyperechogenic M-echo with multiple anechogenic inclusions in the structure, avascular or single blood flow loci in a large percentage of cases with hysteroscopy and morphological conclusion corresponds to large PE with secondary destructive changes.



СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ОВАРИОЭКТОМИИ. РОЛЬ МГТ

Шалина М.А.¹, Ярмолинская М.И.^{1,2}

1. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», 2. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Санкт-Петербург

Роль эстрогенов в формировании скелета и в предотвращении потерь костной массы в последующем общеизвестна. С наступлением менопаузы наблюдается существенное увеличение скорости ремоделирования костной ткани. В случае резкого снижения эстрогенов после овариоэктомии изменения минеральной плотности костной ткани (МПК) более существенны.

Цель

Оценить состояние МПК у женщин после двухсторонней овариоэктомии.

Материалы и методы

Обследовано 58 женщин в возрасте от 38 до 56 лет ($49,8 \pm 3,9$ года), обратившихся для выполнения остеоденситометрии с целью обследования. Все женщины были разделены на 3 группы: первую группу составили 18 ($31,0 \pm 6,1\%$) женщин с постовариоэктомическим синдромом, которые не получали препараты менопаузальной гормональной терапии (МГТ) после операции, вторую – 20 ($34,5 \pm 6,2\%$) женщин с таким же объемом операции, которые получали МГТ, включающую эстрогены, биоидентичные натуральным, в дозировке не менее 0,5–1 мг в сутки на фоне прогестагенов в непрерывном или циклическом режиме, в зависимости от возраста климактерия, третью (контрольную) группу составили 20 ($34,5 \pm 6,2\%$) женщин, у которых менопауза наступила своевременно. Остеоденситометрия выполнялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с помощью денситометра (Hologic Discovery) Определялась МПК поясничного отдела позвоночника (L1-L4) и проксимальных отделов бедра, результаты оценивали по абсолютным (BMD, г/см²) и относительным (Т-критерий) величинам, согласно критериям ВОЗ. Всем пациенткам проводилось общее клиническое и гормональное обследование. В случае выявления потери костной массы по данным остеоденситометрии женщинам проводилось дообследование показателей костного метаболизма.



Результаты

Возраст наступления хирургической менопаузы у женщин первой и второй группы варьировал от 28 до 44 лет и в среднем составил $38,4 \pm 4,7$ года. Возраст наступления менопаузы у женщин контрольной группы – $49,7 \pm 4,3$ года. Двухсторонняя овариоэктомия у женщин первой и второй группы выполнялась по причине доброкачественных образований яичников, распространенного эндометриоза. Постовариоэктомический синдром различной степени выраженности выявлен у 15 ($83,3 \pm 8,8\%$) женщин первой группы, из них у 5 ($33,3 \pm 12,2\%$) – тяжелой степени тяжести, у женщин второй группы постовариоэктомический синдром выявлен у 6 ($30,0 \pm 10,2\%$) и соответствовал легкой степени тяжести. Проявления климактерического синдрома у женщин третьей группы выявлены у 7 ($35,0 \pm 10,7\%$) обследованных. Из общего числа пациенток, по данным остеоденситометрии остеопороз поясничного отдела позвоночника или бедра выявлен у 19 ($32,8 \pm 6,2\%$) женщин, остеопения – у 34 ($58,6 \pm 6,5\%$). Наиболее часто снижение МПК определялось у женщин первой и второй группы, потеря МПК была наиболее выраженной у женщин первой группы и чаще наблюдалась в двух отделах скелета. В среднем, значения BMD (L1-L4) у женщин первой группы составили $0,809 \pm 0,013$ г/см², BMD (шейки бедра) – $0,645 \pm 0,018$ г/см², показатели МПК у женщин второй группы были выше, достоверно отличались от предыдущих показателей в области поясничного отдела позвоночника: BMD (L1-L4) $0,843 \pm 0,011$ г/см² ($p < 0,05$), BMD (шейки бедра) – $0,660 \pm 0,017$ г/см². В контрольной группе МПК была достоверно более высокой во всех регионах, чем у предыдущих обследованных и составила: $0,919 \pm 0,012$ г/см² ($p < 0,001$) и $0,698 \pm 0,019$ ($p < 0,05$) г/см², соответственно.

Заключение

Остеопения и остеопороз значительно чаще выявляются у женщин с постовариоэктомическим синдромом. Снижение МПК наблюдается во всех отделах скелета, что существенно увеличивает риск переломов. Своевременное назначение МГТ у женщин после двухсторонней овариоэктомии приводит к повышению качества жизни, связанного с симптомами эстрогенного дефицита и позволяет влиять на скорость и выраженность потери МПК.

В исследовании произведена оценка состояния минеральной плотности костной ткани у женщин с постовариоэктомическим синдромом с назначением менопаузальной гормональной терапии и без нее. Выявлена более низкая минеральная плотность и более высокий риск переломов у женщин, не получавших препараты для МГТ.

The study assessed the state of bone mineral density in women with postovariectomy syndrome with and without menopausal hormone therapy. A lower mineral density and a higher risk of fractures in women who did not receive drugs for MHT were revealed.



АКУШЕРСКИЕ, УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОСЛЕРОДОВЫЕ ПЕССАРИИ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА – НАДЕЖНАЯ ПОДДЕРЖКА В ЛЕЧЕНИИ ИЦН И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ

Шнейдерман М.Г.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ
г. Москва*

В ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" разработан новый вид урогинекологического пессария доктора Шнейдермана, который выполнен из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования. Новая модифицированная модель имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно удерживает матку и влагалище от опущения а также предупреждает стрессовое недержание мочи. Испытания модифицированной модели гинекологического пессария проведенные на 340 женщинах с диагностированным опущением органов малого таза показали их высокую надежность и эффективность.

Оптимальное время использования пессария – от 20 до 25 дней, после чего вечером пессарий извлекается, промывается теплой водой и утром снова вводится во влагалище на следующие 20–25 дней.

В структуре причин преждевременных родов наиболее часто встречается истмико-цервикальная недостаточность. Надежной профилактикой преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности является применение акушерского пессария. Изучение имеющихся разновидностей акушерских пессариев выявило ряд недостатков в их конструкции и возможных осложнений при использовании: чувство дискомфорта, боли, смещение и выпадение, обильные влагалищные выделения и образование пролежней на стенке влагалища. В ФГБУ "НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова" разработаны и протестированы новые модели акушерских пессариев доктора Шнейдермана, отличительной особенностью которых является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца. Имеются семь преимуществ новой модели перед существующими образцами: происходит надежная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов, простота введения пессария во влагалище, отсутствие пролежней и язв на слизистой влагалища. Через наружные вырезы увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого (профилактика кольпита),



не бывает аллергических осложнений, а наличие четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца надежно предупреждает раскрытие шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности.

Устраняются симптомы стрессового недержания мочи.

Оптимальное время использования пессария – от 17 недель до 37 недель беременности. Испытания новой модели акушерского пессария, проведенные на 486 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН, показали их высокую надежность и эффективность. Принципиально новой является модифицированная модель послеродового пессария с четырьмя вертикальными силиконовыми "лепестками", исходящих от нижней поверхности кольца не дающих пессарию сместиться и надежно удерживающие тело матки в правильном анатомическом положении.

Среди эффективных консервативных способов лечения опущения тазовых органов и истмико-цервикальной недостаточности широкое применение находят урогинекологические и акушерские пессарии. Представлена информация о новых российских моделях акушерских и урогинекологических пессариев.

The advantage of the new models of the obstetrical pessaries over the available versions consists in the following points: the adjunctive fixation of the pessary in the vagina is provided owing to the external slots, so the pessary would not move or drop out. The outflow of the vaginal fluid increases. The new models of urogynecological pessaries are made of high quality silicone. The outstanding feature of the ring of four symmetrical semicircular slots on the external surface of the ring.

ЛЕЧЕНИЕ "ТОНКОГО" ЭНДОМЕТРИЯ – НЕГОРМОНАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО

Шнейдерман М.Г., Мишиева Н.Г., Смольникова В.Ю., Абубакиров А.Н.,
Куземин А.А., Гус А.И., Калинина Е.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ
г. Москва*

В ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова" Министерства здравоохранения РФ разработан новый способ лечения женщин с тонким эндометрием путем обработки эндометрия смесью углекислого газа и азота (CO₂ и N₂) под воздействием которой улучшается кровообращение в слизистой и происходит увеличение толщины базального



и функционального слоев эндометрия. CO₂ обладает сосудорасширяющим действием, повышение уровня которого способствует расширению мелких артерий и увеличению кровотока. Известно, что локальное воздействие CO₂ на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, повышением скорости экстракции кислорода тканями, усилением их метаболизма, восстановлением рецепторной чувствительности, усилением репаративных процессов и активацией фибробластов. Азот в организме является одним из основных биогенных элементов, входящих в состав важнейших веществ живых клеток, белков и нуклеиновых кислот, входит в состав белков (16% – 18% по массе), аминокислот, нуклеопротеидов, гемоглобина. Его определенное парциальное давление в крови обеспечивает нормальный уровень жизненно-важных процессов в клетках и тканях.

В исследование были включены 420 пациенток репродуктивного возраста (25–43 лет) с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами и не отвечающих на проведенную гормональную стимуляцию.

Цель

Исследования являлась оценка эффективности и безопасности применения газовой смеси (CO₂ и N₂) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО. Всем пациенткам выполнялось клиничко-лабораторное исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование, доплерометрия и выборочно биопсия эндометрия.

В контрольной группе было обследовано 60 женщин. При проведении первого УЗИ в основной группе женщин, до начала процедуры орошения эндометрия (7-й день менструального цикла), толщина последнего варьировалась от 3,1 мм до 5,4 мм. В ходе последующих УЗИ выявилось следующее: через 2 дня после первого орошения толщина эндометрия увеличилась на 2,7–3,3 мм, через два дня после второго орошения – еще на 2,8–3,7 мм, а после третьего орошения (14-й день) толщина эндометрия соответствовала 10,7–14,8 мм. В контрольной группе женщин на 7-й день менструального цикла толщина эндометрия составляла 3,2–5,2 мм, а к 13–15 дням толщина эндометрия варьировалась от 4,6 до 6,8 мм. Процедура орошения эндометрия газовой смесью является видом амбулаторного лечения и пациентка не нуждается в нахождении в стационаре. Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами и физиотерапевтическими методами лечения, прослеживается четкая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием орошения слизистой смесью CO₂ и N₂. Таким образом, в результате проведенного исследования было показано, что метод трехкратного орошения тонкого эндометрия газовой смесью приводит к значительному увеличению роста эндометрия по сравнению с контрольной группой. Метод использования трехкратного ороше-



ния полости матки смесью газов (CO₂ и N₂) можно рекомендовать в качестве способа подготовки эндометрия к последующим переносам эмбрионов у пациенток с неуспешными попытками ЭКО, причиной которых явилось нарушение имплантации, обусловленной тонким эндометрием.

Эндометрий недостаточной толщины (менее 7 мм) является частой причиной снижения возможности наступления беременности. Лечение пациенток с тонким эндометрием при повторных неудачных попытках ЭКО проводится гормональными препаратами или путем физиотерапии. Однако, это не всегда приводит к желаемому результату. Новый метод лечения основан на использовании методики орошения эндометрия газовой смесью CO₂ и N₂.

Thin endometrium is often turns out to be a cause of the sufficient reduction of the pregnancy after IVF procedure in treatment of infertility. It is considered that the endometrium thickness which is less than 7 mm (during the implantation window) provides minimal chance for successful conception. Up to date in the literature we did not find any evidence about the treatment of patients with thin endometrium by using the gas mixture (CO₂ u N₂) for stimulation of development of endometrium, which provides the considerable enhancement of blood circulation and, as a result, the increasing of thickness of basal and functional layers of endometrium.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Щербакова Л.Н., Панина О.Б., Куприян А.А., Бугеренко К.А.

*Факультет фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова
г. Москва*

Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) оказывает многофакторное и многогранное влияние на женскую репродуктивную систему, нередко приводя к бесплодию. Молодым пациенткам с сохранным овариальным резервом на первом этапе лечения эндометриоз-ассоциированного бесплодия проводится оперативная лапароскопия, целью которой является максимальная элиминация всех эндометриозидных гетеротопий. Согласно современным данным частота самопроизвольного наступления беременности после лапароскопии по поводу НГЭ составляет 30–40%. Немаловажное значение в восстановлении репродуктивной функции имеет грамотное ведение таких пациенток на амбулаторном этапе после проведения хирургического лечения. В связи с этим целью настоящего исследования явилось оценка эффективности прегравидарной подготовки (ПП) пациенток, прооперированных по поводу эндометриоз-ассоциированного бесплодия.



После проведенной лапароскопии и элиминации эндометриодных гетеротопий было сформировано две группы пациенток: в первой группе (n=56) ПП проводилась, во второй (n=98) ПП отсутствовала. ПП была многокомпонентной и включала препараты, направленные на снижение уровня эстрогенов/нормализацию гормонального фона, улучшение внутриматочной перфузии, развитие сосудистой сети матки, нормализацию показателей гемостаза.

Обе группы пациенток были сопоставимы по возрасту, акушерскому и гинекологическому анамнезу, распространенности эндометриоза. В первой группе (проведение ПП) НГЭ I–II стадии был выявлен в 44 (78,6%) наблюдениях, III–IV стадии – в 12 (21,4%). Во второй группе (отсутствие ПП) I–II стадия эндометриоза была диагностирована у 68 (69,4%) пациенток, III–IV стадия – у 30 (30,6%) пациенток. Объемы оперативного вмешательства у пациенток с ПП и в отсутствие медикаментозной терапии существенно не отличались. До начала прегравидарной терапии нарушения гемодинамики в бассейне маточной артерии на уровне миометрия были выявлены у 51 (91,1%) пациентки, на субэндометриальном уровне у 42 (75,0%), в эндометрии у 12 (21,4%). На фоне ПП количество пациенток с достаточной перфузией эндометрия достоверно ($p < 0,01$) увеличилось в 2,3 раза и составило 28 (50,0%) пациенток. Достоверные различия ($p < 0,05$) были выявлены и в частоте наступления беременности: у пациенток с ПП беременность наступала достоверно чаще, чем в ее отсутствие (53,6% против 30,6%). Наиболее эффективной терапией, назначаемой в послеоперационном периоде, стала комбинация гестагенов и низкомолекулярных гепаринов (НМГ). Из 15 пациенток, получавших данную медикаментозную коррекцию, беременность в течение 1 года после оперативного вмешательства наступила у 12 – 80,0%; в отсутствие терапии НМГ – у 18 из 41 – 43,9% ($p < 0,05$).

Таким образом, особое значение в наступление беременности у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием после этапа оперативного лечения имеет прегравидарная подготовка, которая позволяет увеличить частоту наступления беременности в 1,6 раза.

В данном исследовании проведена оценка эффективности прегравидарной подготовки пациенток, прооперированных по поводу эндометриоз-ассоциированного бесплодия. Результаты показали, что прегравидарная подготовка в послеоперационном периоде повышает шансы самопроизвольного наступления беременности.

In this study we evaluated the effectiveness of pregravid preparation in patients that underwent surgical treatment of endometriosis-associated infertility. It was shown that pregravid preparation increases the chances of spontaneous pregnancy in these patients.



РОЛЬ ГИПОТИРЕОЗА В ТЕЧЕНИЕ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Эседова А.Э., Идрисова М.А., Гайдарова А.Э., Казулаева Р.Н.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Махачкала*

Одним из наиболее распространенных и, в определенной мере, загадочных заболеваний, является синдром поликистозных яичников (СПКЯ). СПКЯ наблюдается у женщин разного возраста, начиная от пубертатного периода и до менопаузы. Интересный факт, что на фоне СПКЯ недостаточность щитовидной железы (ЩЖ) выявляется в 14,6% случаев.

Цель исследования

Оценка тяжести метаболических нарушений у женщин позднего репродуктивного возраста с СПКЯ на фоне гипотиреоза.

Обследовано 120 женщин в позднем репродуктивном периоде в возрасте старше 35 лет. Первую группу составили 50 пациенток с СПКЯ, страдающих гипотиреозом, вторую группу – 40 пациенток с СПКЯ без патологии ЩЖ, группу контроля – 30 здоровых женщин в позднем репродуктивном периоде. На основании данных медицинских карт был изучен репродуктивный анамнез и клинические признаки СПКЯ (менструальный цикл, фертильность, наличие гирсутизма и акне, методы лечения в анамнезе и их эффективность). При объективном осмотре оценивали степень гирсутизма с помощью шкалы Ферримана-Голлвея. По 3-балльной шкале определяли выраженность акне.

Также проводили оценку антропометрических показателей: массу тела, рост, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), индекс ОТ/ОБ.

По результатам исследования классический фенотип СПКЯ (клиническая и/или биохимическая картина гиперандрогении, олигоменорея/аменорея, признаки ановуляции) был диагностирован ранее у 58 (64,4%) женщин в репродуктивном возрасте. Неполный фенотип СПКЯ (признаки ановуляции, олигоменорея/аменорея, увеличение объема яичников при ультразвуковом исследовании, но без признаков гиперандрогении) ранее был у 25 (27,7%) лиц. В группе женщин с классическим фенотипом заболевания ожирение наблюдалось чаще (53 (58,9%)).

Уровень глюкозы и индекс НОМА в первой и во второй группах были достоверно выше по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$), что свидетельствует о присутствии ИР. Таким образом, можно предположить, что механизмы развития нарушений углеводного обмена увеличивают частоту заболеваемости сахарным диабетом 2 типа у пациенток в будущем, как вследствие ожирения, так и собственно диагноз СПКЯ.



По результатам исследования все атерогенные фракции липопротеидов оказались достоверно выше у пациенток первой и второй групп, по сравнению с группой контроля, однако имела тенденция к повышению данных параметров в первой группе относительно второй. В свою очередь, антиатерогенные (ХС ЛПВП) оказались достоверно выше у женщин группы контроля.

Как известно, для СПКЯ типично наличие дислипидемии, причем не только у пациенток с СПКЯ и ожирением, но и в различных вариантах: низкие уровни ХС ЛПВП, высокие – ТГ и ОХС, ХС ЛПНП. Согласно нашим данным, распространенность дислипидемии была в первой и во второй группах пациенток, относительно группы контроля. В свою очередь, гипотиреоз также является самостоятельным фактором повышения содержания ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, а содержание ХС ЛПВП снижается, что дало статистически значимое подтверждение и в нашем исследовании. У пациенток с СПКЯ, отягощенным гипотиреозом (первая группа), дислипидемия была более выражена, что дает предпосылки развития в будущем серьезных осложнений, в частности для сердечно-сосудистой системы и неблагоприятного течения менопаузального синдрома. Изменения в липидном спектре объясняются тем, что при гипотиреозе снижается скорость синтеза и особенно распада липидов под воздействием сниженной активности липопротеинлипазы, а соответственно, и ухудшается транспорт с последующим выведением атерогенных липидов из организма с желчью.

Таким образом, клиническая картина СПКЯ в позднем репродуктивном периоде значительно меняется в сторону отсутствия яркой клинической и биохимической картины гиперандрогении, а на первый план выходят уже метаболические осложнения, такие как дислипидемия, абдоминальное ожирение, нарушения углеводного обмена.

Обследовано 120 женщин в позднем репродуктивном периоде в возрасте старше 35 лет. Первую группу составили 50 пациенток с СПКЯ, страдающих гипотиреозом, вторую группу – 40 пациенток с СПКЯ без патологии щитовидной железы, группу контроля – 30 здоровых женщин в позднем репродуктивном периоде. Выявлено, что клиническая картина СПКЯ в позднем репродуктивном периоде значительно меняется в сторону отсутствия яркой клинической и биохимической картины гиперандрогении, а на первый план выходят уже метаболические осложнения, такие как дислипидемия, абдоминальное ожирение, нарушения углеводного обмена.

We examined 120 women in the late reproductive period over the age of 35 years. The first group consisted of 50 patients with PCOS suffering from hypothyroidism, the second group-40 patients with PCOS without thyroid pathology, the control group-30 healthy women in the late reproductive period. It was revealed that the clinical picture of PCOS in the late reproductive period significantly changes in the direction of the absence of a bright clinical and biochemical picture of hyperandrogenism, and metabolic complications such as dyslipidemia, abdominal obesity, and carbohydrate metabolism disorders come to the fore.



ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

Юрова М.В.¹, Франкевич В.Е.², Чаговец В.В.², Павлович С.В.¹, Хабас Г.Н.²

*1. ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет, кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО, 2. ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, отделение инновационной онкологии и гинекологии
г. Москва*

Введение

Диагностика первичных злокачественных новообразований яичников является многокомпонентной проблемой современной онкологии. В 2018 г. лишь 35,5% пациентов подлежали радикальному хирургическому, 60,4% – комбинированному методам лечения, наряду с дорогостоящим лечением прогрессирующих стадий, популяционный скрининг экономически не целесообразен, выявление прогностически более благоприятных ранних стадий (Ia-2c) заболевания сопряжено с существенными сложностями в связи с асимптомным течением.

Цель исследования

Оптимизировать рутинные методы диагностики серозного эпителиального рака яичников (РЯ) посредством внедрения информативного теста.

Материалы и методы

Произведен анализ 188 медицинских историй болезни пациентов инновационной онкологии и гинекологии НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова (2015–2019 гг.), оценены показатели диагностической точности предоперационного применения исследования онкомаркеров (СА 125, НЕ 4, комплекс маркеров в панели ROMA), УЗИ, МРТ (или КТ) органов малого таза, анализа липида сыворотки крови. Данные сопоставлены с заключением хирургического стадирования и гистологической верификацией. У 98 пациентов (средний возраст 44,5 лет) хирургическое лечение было выполнено по поводу впервые установленного объемного злокачественного новообразования яичника. Группу контроля составили 13 здоровых добровольцев.

Результаты

У 33/98 пациентов был верифицирован серозный эпителиальный РЯ (33,67%), чувствительность панели ROMA достигла 100%, экспертного УЗИ – 72%, МРТ, данные которого интерпретировал один специалист, – 90%. Анализ показателей липидного профиля повысили чувствительность и специфичность диагностической модели до 100%.



Заключение

Анализ липидома и построение прогностических моделей позволяют выявить заболевание на ранних стадиях. Полученные данные позволяют сделать вывод о состоятельности представленного малоинвазивного метода в качестве дополнения к перечисленным методам диагностики первичного РЯ. Дальнейшее изучение, тщательный анализ и критичный подход к полученным данным позволит усовершенствовать рутинные методы диагностики, повысив их точность и экономическую доступность.

Исследование липидного профиля биологических жидкостей и тканей является новым направлением в изучении изменений метаболома, ассоциированных с онкологическим процессом. Необходима разработка технологий, направленных на разработку диагностических тестов, позволяющих выявить заболевание на ранних стадиях, лечение которых сопровождается более благоприятным прогнозом.

The early detection of cancer through diagnostic and prognostic biomarkers represents one of the most promising research fields for identifying early-stage cancer. Since lipids are potential biomarkers in the oncology field, a lipidomic investigation through mass spectrometry highlights new insights on molecular mechanisms underlying cancer disease. This new understanding will promote clinical applications in early diagnosis and personalized approach, and also improve life prognosis.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ ОТ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Якупова Г.М., Бегниязова Ж.С., Алтаева А.А., Скакова Р.С.

АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы

Актуальность

Изменившиеся условия развития общества, ведущие к преобразованию личности и личностных отношений; изменение социальных и психологических факторов создают условия для формирования репродуктивного здоровья и интеллектуального поведения общества. Репродуктивное здоровье формируется с детского возраста и наиболее уязвимо в период вхождения во взрослую жизнь. Понятие репродуктивного здоровья включает в себя и сексуальное здоровье и сексуальное поведение. Сексуальное поведение и сексуальная психология молодежи являются вопросами изучения во всех странах.



Цель исследования

Оценить информированность молодежи о своем репродуктивном здоровье в зависимости от сексуального поведения.

Методы и материалы исследования: Проведено анонимное анкетирование 348 студентов ВУЗов г. Алматы. Для анкетирования разработана и составлена специальная анкета, из 22 вопросов, характеризующих сексуальную активность респондентов, а также их отношение к ранней половой жизни, к вредным привычкам, контрацепции, полигамности, незапланированной беременности, их информированности о ИППП. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием электронных таблиц Microsoft Excel. Дизайном явилось одномоментное поперечное исследование.

Результаты исследования и обсуждения

Средний возраст студентов составил 21,2 лет. Анализ половой принадлежности анкетированных определил: 52,4% девушки, 47,6% юноши. Изучение сексуальной активности выявило, пик сексуального дебюта у юношей наступает раньше и приходится на 15–17 лет, а у девушек 17–19 лет. Возраст приобретения сексуального опыта определяет общую картину репродуктивного поведения в Республике. Так в Европе пик сексуального поведения приходится на 14 лет. Сексуальный стаж, количество сексуальных партнеров, в аспекте репродуктивного поведения, характеризует уровень ответственности за свое репродуктивное здоровье. Среди опрашиваемых студентов половую жизнь отмечали 82,8% молодых мужчин и 48,2% девушек. Об отсутствии сексуального опыта заявили чуть меньше половины респондентов. Планирование семьи, самостоятельный выбор регулирования рождаемости определяется социально-экономическим статусом. Только 41% респондентов считают себя психоэмоционально и экономически готовыми к созданию семьи и рождению ребенка.

Интересным было узнать, что первый сексуальный опыт связан с негативными эмоциями у каждой второй сексуально активной респондентки, такими как диспареуния, фригидность, эмоциональная лабильность, в то время как среди юношей – у каждого десятого (эректильная и другие дисфункции). Следует отметить, что информированность о методах контрацепции и их использовании в подавляющем большинстве 91,4% присутствовала.

Изучался вопрос выбора между созданием семьи в ближайшем будущем и становлением карьеры. Большая половина респондентов мужского пола, 64,2% ставят карьеру на первое место, в то время как молодые женщины предпочитают семью. Но по результатам анализа 18% сексуально активных студенток имели нежелательную беременность, неокончавшуюся родами. Отношение к вредным привычкам у молодых людей тоже неоднозначное. Большинство из анкетированных высказывались за здоровый образ жизни, в то время как никотиновую зависимость имеют/имели 48,6% опрошенных.



Заключение

Раннее начало половой жизни отмечается повсеместно, в том числе и среди студенческой молодежи. По сообщениям ВОЗ, почти повсеместно отмечается устойчивая тенденция омоложения контингента, имеющих ИППП. Большинство студентов проявили завидную осведомленность в вопросах ИППП, контрацепции, но случаи нежелательной беременности имели место быть. В настоящее время либерализация сексуальных отношений в обществе привела к толерантному отношению добрачных сексуальных связей, хотя большинство респондентов предпочитают моногамные отношения.

Проведено анонимное анкетирование 348 студентов ВУЗов г. Алматы. Раннее начало половой жизни отмечается повсеместно, в том числе и среди студенческой молодежи. Студенты проявили завидную осведомленность в вопросах ИППП, контрацепции, но случаи нежелательной беременности имели место быть. В настоящее время либерализация сексуальных отношений в обществе привела к толерантному отношению добрачных сексуальных связей, хотя большинство респондентов предпочитают моногамные отношения.

The concept of reproductive health includes both sexual health and sexual behavior. Sexual behavior and sexual psychology of young people are issues of study in all countries. An anonymous survey of 348 University students in Almaty was conducted. Early onset of sexual activity is observed everywhere, including among students. Most of the students showed an enviable awareness of STIs and contraception, but there were cases of unwanted pregnancies. Currently, the liberalization of sexual relations in society has led to a tolerance of premarital sexual relations, although most respondents prefer mono.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ – СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Якупова Г. М., Садуакасова Ш.М., Рахимбаева Д., Абдыкалыкова Б.И.

АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»

г. Алматы

Актуальность

Послеродовый период – важный период в реализации репродуктивной функции, в течение которого происходит восстановление изменений в организме, вызванных беременностью. Наступление нежелательной беременности в этот пери-



од является весьма неблагоприятным фактором, влияющим на здоровье женщины. Вопрос о контрацепции становится актуальным уже через 1,5–2 месяца после родов. Восстановление фертильной функции у женщин, кормящих грудью, по данным литературы происходит через 5,17+4,3 месяца; а у женщин, не кормящих грудью через 2,57+2,3 месяца.

Цель

Проведение сравнительного анализа преимуществ и недостатков различных методов послеродовой контрацепции.

Методы и материалы

Клиническое обследование было проведено у 63 родильниц, получавших послеродовую контрацепцию. Методом случайной выборки и принимая во внимание пожелания и возможности родильниц, они были разделены на 2 группы: 30 женщин, предпочитающих грудное вскармливание, как единственный метод контрацепции (основная группа) и 33 женщины, выбравшие различные методы контрацепции (контрольная группа). Это следующие методы: гормональная (гестогенсодержащие препараты) 21 (33%), барьерная 9 (14,2%) и ВМС 3 (4,7%).

Критериями включения были: возраст 18–36 лет, паритет родов, желание женщины иметь контрацепцию и отсутствие противопоказаний. Критериями исключения являлись: наличие воспалительных заболеваний гениталий в анамнезе, противопоказания для гормональной контрацепции (тромбоз, эндокринопатии). По социально-биологическим параметрам, характеру течения беременности и родов группы исследуемых родильниц были сопоставимы и однородны. Дизайном нашей клинической работы явилось открытое контролируемое рандомизированное исследование.

Оценку эффективности проводили на основании специализированного гинекологического осмотра, УЗИ-исследования (влагалищным, абдоминальным датчиками), лабораторных показателей (ХГЧ крови, тест на беременность).

Результаты и обсуждения

Средний возраст обследованных родильниц в основной группе – 30,17+2,3 года, в контрольной – 25,2+1,4 года. ИМТ в основной группе 24,1+0,6; в контрольной – 22,8+0,6. Среди родильниц обеих групп преобладали повторнородящие 68%, первобеременные 32%.

У 34% родильниц основной группы и у 42% контрольной группы в анамнезе отмечались экстрагенитальные заболевания (мочевыделительной системы, эндокринные нарушения, желудочно-кишечного тракта). Частота встречаемости гинекологической патологии у обследуемых, в обеих группах, соответствовала 36% и 39%, в основном воспалительного генеза.



У 21% женщин основной группы и 19% контрольной группы выявлены те или иные осложнения в течение беременности и родов (ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, отеки, вызванные беременностью).

Все обследуемые женщины обеих групп согласно дизайну исследования проходили клинический осмотр, УЗИ-исследования, при необходимости лабораторное исследование (ХГЧ) через 2,4,6 месяцев от начала контрацепции.

В основной группе при использовании только грудного вскармливания как лактационной физиологической контрацепции беременность наступила в 4,6% случаев. Недостатком этого метода является: кратковременность, необходимость постоянного нахождения с ребенком, педантичное соблюдение всех требований к лактационной аменорее, отсутствие менструаций. К преимуществам метода можно отнести финансовую составляющую, отсутствие побочных эффектов, доступность, долговременная пассивная иммунизация.

В контрольной группе беременность наступила 5,2% случаев. В 4,2% случаев при использовании барьерной контрацепции и 1,0% при ВМС. Недостатком ВМС является более частая вероятность воспалительных заболеваний органов малого таза, экспульсия, более обильные и болезненные менструации. Недостатком барьерного метода является необходимость использования во время каждого полового акта, необходимость запаса и пополнения изделий. Преимущество метода: профилактика инфекций, передающихся половым путем. При использовании гормональной контрацепции беременность не наступила у исследуемых женщин.

При лактационной физиологической контрацепции беременность наступила в 4,6% случаев. Преимущества МЛА финансовая составляющая, отсутствие побочных эффектов, доступность, долговременная пассивная иммунизация. Недостатком этого метода является: кратковременность, необходимость постоянного нахождения с ребенком, педантичное соблюдение всех требований к лактационной аменорее, отсутствие менструаций. Беременность наступила в 4,2% случаев при использовании барьерной контрацепции и 1,0% при ВМС.

With lactation physiological contraception, pregnancy occurred in 4.6% of cases. Advantages of MLA financial component, no side effects, availability, long-term passive immunization. The disadvantage of this method is: shortness of time, the need to constantly stay with the child, pedantic compliance with all requirements for lactation amenorrhea, lack of menstruation. Pregnancy occurred in 4.2% of cases when using barrier contraception and 1.0% with IUD.



ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРОГРАММИРОВАННЫХ РОДАХ

Якупова Г.М., Садуакасова Ш.Т., Бегниязова Ж.С., Рахимбаева Д.

*АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
г. Алматы*

Актуальность

В течение ряда лет различные профессиональные врачебные сообщества рекомендовали применять индукцию родов (ИР) в тех случаях, в которых, по мнению врача, риски, связанные с ожиданием спонтанного начала родов, превышают риски, связанные с сокращением продолжительности беременности благодаря индукции.

На сегодняшний день оптимальным представляется активное ведение родового акта, предполагающее разработку рациональной акушерской тактики и современных методов коррекции сократительной деятельности матки. Регуляция и коррекция возможных нарушений родового процесса с целью уменьшения риска, как для плода, так и для матери, программированное ведение родов представляется оптимальным.

Цель исследования

Выявить и провести анализ особенностей перинатальных и материнских исходов, при проведении ИР и самопроизвольных родов.

Материалы и методы

Для исследования использовали ретроспективный анализ 66 историй родов женщин, родоразрешенных в НЦАГиП города Алматы в 2018 году. Критерии включения: срок беременности 37–41 неделя беременности, ИР, одноплодная беременность, затылочное предлежание.

Критерии исключения: недоношенная беременность любого срока, наличие заболеваний или состояний матери и плода заведомо предполагающих абдоминальное оперативное родоразрешение.

Дизайном проведенного исследования является одномоментное поперечное исследование.

Согласно протоколу у рожениц перед процедурой обязательно брали информированное согласие.

Результаты исследований: Средний возраст женщин составил 34 ± 2 года. Все женщины прошли диспансеризацию по беременности. У всех антенатальный уход проведен в условиях учреждений ПМСП.



Среди показаний к ИР, рекомендованных клиническим протоколом: дородовый разрыв плодных оболочек – 45,5%, переношенная беременность – 35%, ЗВУР – 9%, синдром потери плода – 4,5%, преэклампсия легкой степени – 3%, изоиммунные заболевания – 3%. Средний срок беременности составил – $38,4 \pm 2,6$ дня. Одним из основных условий начала ИР была оценка степени «зрелости» шейки матки по шкале Bishop.

Большая часть родов в обеих группах протекала без осложнений. Из осложнения родового акта: родовой травматизм – 20%, угрожающее состояние плода – (18%), аномалии родовой деятельности – 8,2%, приращение плаценты – 2%, стремительные роды – 2%, ПОНРП – 2%. Среди всех осложнений родовой травматизм превалировал над общим числом осложнений, на II месте – дистресс плода. Из ИР операций КС закончились 18%, вакуум экстракцией 12%. Основными причинами экстренного КС являются: дистресс плода – 16%, слабость родовой деятельности – 7% и безэффективность родовозбуждения – 3%, хориоамнионит – 2%.

В контрольной группе КС – 16,6%, вакуум экстракцией – 10% случаев. Основными причинами экстренного КС являются: дистресс плода-6,6%, ПОНРП-6,6% безэффективность родостимуляции на фоне слабости родовой деятельности – 3,3%.

Заключение

Показанием для ИР наиболее часто являются – дородовый разрыв плодных оболочек – 45,5% и перенашивание – 35%. При этом на основании наших исследований мы можем отметить, что эффективность индукции находится в прямой зависимости от состояния и степени зрелости шейки матки. Процент КС по результатам наших исследований при ИР значительно выше, чем при самопроизвольных родах.

Статистически значимой разницы на материнские и перинатальные исходы при ведении родов после индукции и при самопроизвольных родов по нашим наблюдениям не отмечено.

На сегодняшний день оптимальным представляется активное ведение родового акта (индукция родов ИР) в тех случаях, в которых, по мнению врача, риски, связанные с ожиданием спонтанного начала родов, превышают риски, связанные с сокращением продолжительности беременности благодаря индукции. Показанием для ИР наиболее часто являются – дородовый разрыв плодных оболочек – 45,5% и перенашивание – 35%. Эффективность индукции находится в прямой зависимости от состояния и степени зрелости шейки матки.

To date, it is optimal to actively conduct the labor act (induction of labor and delivery) in cases in which, according to the doctor, the risks associated with waiting for the spontaneous start of labor exceed the risks associated with reducing the duration of pregnancy due to induction. The most common indications for IR ARE prenatal rupture of the fetal membranes – 45.5% and perenashivanie – 35%. The effectiveness of induction is directly dependent on the state and degree of maturity of the cervix.



СОДЕРЖАНИЕ

- 3** КОНТРАЦЕПТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ СПЕРМИЦИДНОГО КРЕМА БЕНЗАЛКОНИЯ ХЛОРИДА У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ШЕСТИМЕСЯЧНОГО ПЕРИОДА МЕЖДУНАРОДНОГО ОТКРЫТОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ IV ФАЗЫ
Serfaty D., Prilepskaya V., Graeslin O., Benifla J.L., Aubin F., Mas Y., Coatantiec E., Verriere F.
- 5** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ
Абусуева З.А., Алиева Э.А., Омарпашаева М.И., Хашаева Т.Х-М., Мамаева С.М.
- 7** КАЧЕСТВЕННЫЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ
Айсаева Б.М., Абусуева З.А.
- 9** ВОЗМОЖНОСТИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ
Алиева У.Г., Султанова С.А., Сафарова С.С.
- 10** ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Магомедова А.А.
- 12** РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Тагирова А.М., Алиева Д.Х., Магомедова А.А.
- 14** К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ
Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Тагирова А.М., Алиева Д.Х., Магомедова А.А.
- 16** ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Аминодова И.П., Перминова Е.В.
- 18** МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
Амирова Ж.С., Голубева О.Н., Геворкян Г.А., Кубицкая Ю.В.



- 19** ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ. ГРУППЫ РИСКА
Андреева М.В., Захарова К.И.
- 21** ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С КОРРЕКЦИЕЙ ИСТМИКО-
ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Андреева М.В., Квеселава С.Г., Жигунова А.М., Логвинова Ю.С.
- 22** «ЦЕНТР КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ» НА БАЗЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:
ФУНКЦИИ, ЗАДАЧИ, ОПЫТ РАБОТЫ
Аникеева А.Ш.
- 24** ОЖИРЕНИЕ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Ахмедзаде В.А., Джафарова Т.Ф.
- 25** ОСОБЕННОСТИ ТРАНСКРИПЦИОННОГО (МРНК) ПРОФИЛЯ ГЕНОВ ЧЕЛОВЕКА
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ВПЧ
Байрамова Г.Р., Бурменская О.В., Прилепская В.Н., Амирханян А.С.
- 27** ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА САМОЗАБОРА МАТЕРИАЛА В ХОДЕ
СКРИНИНГА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
ЖЕНЩИН ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ
Баширова Л.К., Аполихина И.А.
- 29** ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ
В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
Бикеев Ю.В., Сенча А.Н., Родионов В.В.
- 30** АМБУЛАТОРНОЕ ЗВЕНО В КОМПЛЕКСНОМ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК
С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ МАТКИ И ПРИДАТКОВ
Бурова Н.А., Жаркин Н.А.
- 33** УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАВИТАЦИЯ КАК ЭТАП ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Буянова С.Н., Щукина Н.А., Петросян Е.И., Дуб Н.В.
- 34** СОХРАНЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА
Владимирова И.В., Калинина Е.А., Астафьева Л.И.



- 36** ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
[Волкова Д.А., Кузнецова И.А.](#)
- 38** ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ И РЕПРОДУКТИВНАЯ
ФУНКЦИЯ ДЕВОЧЕК. ИЗБРАННЫЕ АСПЕКТЫ
[Воронцова М.В.](#)
- 39** НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ (СПОНТАННЫЕ
ПРЕРЫВАНИЯ И НЕРАЗВИВАЮЩИЕСЯ БЕРЕМЕННОСТИ) НА ФОНЕ
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ
[Гаджиева А.М., Эседова А.Э., Уруджева Н.Г., Идрисова М.А., Газимагомедов Г.А.,
Магомедова Т.С.](#)
- 41** КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА
(АПП)
[Галдава Д.Э., Крючко Д.С.](#)
- 43** АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ
ПОТЕРЯМИ НА ФОНЕ АНЕМИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
[Гасанова Б.М.](#)
- 45** ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
[Гасанова Б.М.](#)
- 47** ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ
ДЕВОЧЕК С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ И СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ
ДИСТОНИИ ГИПОТОНИЧЕСКОГО ТИПА
[Геворкян Г.А., Ипатова М.В.](#)
- 48** ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ
И МАСТИТЕ
[Геращенко Я.Л.](#)
- 51** ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ACR BI-RADS® В РАБОТЕ
ОНКОЛОГА-МАММОЛОГА
[Геращенко Я.Л.](#)



- 53** ОПЫТ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Герашенко Я.Л.
- 55** МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ
Гончарова В.В., Джеломанова Е.С.
- 57** АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АКУШЕРСТВЕ
Гончарова В.В., Заец Е.В., Зейналова Ф.А.
- 59** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ У ПЕРВО- И ПОВТОРНORОДЯЩИХ ЖЕНЩИН НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ
Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Кормакова Т.Л.
- 61** ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Гуменюк Е.Г.¹, Кормакова Т.Л.¹, Карпеченко А.В.¹, Уквальберг М.Е.¹, Иванова Н.А.¹, Ситченко М.Ф.²
- 63** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
Гуменюк Е.Г.¹, Уквальберг М.Е.¹, Растегаев Е.Н.², Иванов А.В.², Ружинская А.А.¹, Маурина О.Б.³
- 65** КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Данькина В.В., Данькина И.А., Чистяков А.А., Данькин К.В.
- 66** НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ НА ФОНЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАУЗЕ
Данькина В.В., Данькина И.А., Чистяков А.А., Данькин К.В.
- 68** РОЛЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ В СТРУКТУРЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Джалилова А.Н., Какваева С.Ш., Айсаева Б.М.
- 70** СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ЛИХЕН ВУЛЬВЫ. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК
Джангишиева А.Г., Батырова З.К., Уварова Е.В., Припутневич Т.В., Латыпова Н.Х.



- 72** ЭХОГРАФИЯ В СРАВНЕНИИ С МРТ В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА:
КОРРЕЛЯЦИЯ С ГИСТОПАТОЛОГИЕЙ
Джеломанова О.А., Белоусов О.Г., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.
- 73** ОЦЕНКА ФЕТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАДЕРЖКУ
ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА
Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.
- 75** ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ
НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Досова С.Ю., Стольникова И.И.
- 77** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ
НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Досова С.Ю., Стольникова И.И.
- 79** ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВРТ ПО ПРОФИЛЮ
ЭКСПРЕССИИ МАЛЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК В КУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЕ
ЭМБРИОНА
Драпкина Ю.С., Тимофеева А.В., Чаговец В.В., Макарова Н.П., Калинина Е.А.
- 80** ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗАЩИТЫ РЕПУТАЦИИ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ В РОССИИ
Дубовая Е.Г., Онищенко Е.Ф.
- 82** ДИАГНОСТИКА СПКЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Елгина С.И., Беглова А.Ю.
- 84** РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ УСКОРЕННОГО
ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСОВ ТАЗОВЫХ
ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
Жаркин Н.А., Сейкина В.А., Прохвятилов С.А., Бурова Н.А.
- 86** СОСТОЯНИЕ ТОПИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ
Иванова А.А., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Прилепская В.Н., Уруймагова А.Т.
- 88** ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
Иванова Н.В., Фотина Е.В., Бугеренко А.Е., Ревина Д.Б.



- 90** ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ
У БЕРЕМЕННЫХ
Ильясов К.А., Эседова А.Э., Идрисова М.А.
- 92** САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОК К ПРОГРАММЕ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Ипатов М.В.¹, Маланова Т.Б.¹, Медведева И.М.²
- 94** ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПОРОКАМИ
РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Ипатов М.В.¹, Маланова Т.Б.¹, Медведева И.М.²
- 96** ИССЛЕДОВАНИЯ СТРУКТУРНЫХ ПРИЧИН В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЗАМЕРЗШИХ
БЕРЕМЕННОСТЕЙ И МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Исмаилова И.В.
- 98** ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Исмаилова И.В., Изтлеуов Е.М.
- 100** ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДЫ
Исмаилова И.В., Изтлеуов Е.М.
- 102** РАЗРАБОТКА МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
НА ОСНОВЕ БИНАРНОЙ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ
Исмаилова М.К.
- 104** ПРИМЕНЕНИЕ 3D-ОПУХОЛЕВЫХ СФЕРОИДОВ В DRUG DISCOVERY
Кавиладзе М.Г.
- 105** СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ГУМС НА ОСНОВЕ КВАДРИПОЛЯРНОЙ
ДИНАМИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТЫ
Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.
- 107** ПРОФИЛАКТИКА ВАГИНИТОВ И НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА
У БЕРЕМЕННЫХ С КОРРЕГИРОВАННОЙ ПЕССАРИЕМ ИЦН
Какваева С.Ш., Джалилова А.Н., Магомедова М.А., Мехтиханова З.А., Омарпашаева М.И.



- 109** СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ ПОКОЛЕНИЙ
Камилова Н.М.
- 111** ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ
Камилова Н.М., Мирзоева Х.М., Сафарова Р.Б.
- 113** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА
Кафаров И.Г.
- 114** ВЫБОР МЕТОДА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОГИБШЕМ ПЛОДНОМ ЯЙЦЕ
Квеселава С.Г., Андреева М.В., Яловая А.О.
- 116** ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ ДОЗИРОВКАХ
Коваль М.В., Обоскалова Т.А.
- 118** КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ: ЖИРОВАЯ И МЫШЕЧНАЯ ТКАНЬ
Коваль М.В., Обоскалова Т.А.
- 119** ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА
Коробкова Е.А.
- 121** ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ГЕРПЕВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Коробкова Е.А., Карпушин Д.И.
- 123** ЭНДОМЕТРИОЗ – ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКЦИИ И ПУТИ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ
Красильникова А.К., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю.
- 125** ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА КАК ПРИЧИНА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Кривенко А.С., Покусаева В.Н., Степанькова Т.А., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С.



- 127** АНАЛГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ИМПУЛЬСНОГО НИЗКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО ПОЛЯ У РОДИЛЬНИЦ СО ШВАМИ НА ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ ЭПИЗИОТОМИИ
Кубицкая Ю.В., Голубева О.Н., Амирова Ж.С., Геворкян Г.А.
- 129** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ЦФО РФ
Кулигина М.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н.
- 130** КОМПЛЕКСНЫЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА
Линева О.И., Шафиева И.А., Булгакова С.В., Шатунова Е.П.
- 132** ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ: РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
Линева О.И.¹, Булгакова С.В.¹, Михальченко С.В.^{1,2}, Шафиева И.А.¹, Шатунова Е.П.¹
- 133** ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
Литвинова Е.В., Чурилов А.В., Носкова О.В., Мацынин А.Н.
- 135** ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ S.AGALACTIAE У ЖЕНЩИН В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Любасовская Л.А., Припутневич Т.В., Мелкумян А.Г.
- 137** ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В., Семенов С.С.
- 139** К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Омарпашаева М.И., Одаманова М.А.
- 141** РОЛЬ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Мелкумян А.Г., Менжинская И.В., Павлович С.В.



- 143** ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ГОРОДА БАКУ
[Мехдиева Ю.Д., Бекирова Н.Б.](#)
- 144** ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МОЛОКА У РОДИЛЬНИЦ, ИМЕВШИХ МАНИФЕСТАЦИЮ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
[Мехтиханова З.А., Какваева С.Ш., Магомедова М.А., Абусуева З.А., Айсаева Б.М.](#)
- 147** НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ИССЛЕДОВАНИИ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО КЛАСТЕРНОГО СТАДИРОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЫ КРИОПЕРЕНОСА
[Мирошкина М.И., Корнеева И.Е., Бурменская О.В.](#)
- 149** РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКТОВ В РАЗВИТИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СУПРУГОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1, ОПИСАНИЕ ПАЦИЕНТА)
[Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Гончаров Д.Б.³, Сащенко В.П.⁴](#)
- 151** РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКТОВ В РАЗВИТИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СУПРУГОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2, ОПИСАНИЕ ПАЦИЕНТКИ)
[Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Гончаров Д.Б.³, Сащенко В.П.⁴](#)
- 153** СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
[Мурадова Д.К., Гайдарова А.Г., Эседова А.Э., Идрисова М.А.](#)
- 154** ЭКСПРЕССИОННЫЕ ПРОФИЛИ МРНК ГЕНОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
[Назарова Н.М., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Шешко П.Л., Аттоева Д.И., Гусаков К.И.](#)
- 156** ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
[Неклюдова А.В., Андреева М.В.](#)
- 158** ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДОМА ТКАНЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
[Некрасова М.Е., Аттоева Д.И., Назарова Н.М., Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.](#)



- 160** ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОМОЩИ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ КАК ДЕТЕРМИНАНТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
Носкова О.В., Чурилов А.В., Доля П.Г., Чурилов А.А.
- 161** ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ЦЕРВИЦИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А.
- 163** ЗНАЧЕНИЕ КОНФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ АЛЬБУМИНА КРОВИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ
Носова Ю.В., Хабас Г.Н., Солопова А.Е., Иванец Т.Ю., Сухова Ю.В.
- 166** ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПРЕДТРОМБОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
Озолия Л.А., Лапина И.А.
- 167** ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Оразов М.Р.¹, Елагин И.Б.², Семенов П.А.¹
- 169** КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГНОЙНОГО МАСТИТА У ДЕВОЧКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
Паренкова И.А.
- 171** ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК
Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Моксякова Е.Г.¹, Тургунова Г.М.^{1,2}, Осипова Г.Т.^{1,2}, Сибирская Е.В.²
- 173** АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АСПЕКТЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Моксякова Е.Г.¹, Тургунова Г.М.^{1,2}, Осипова Г.Т.^{1,2}, Сибирская Е.В.²
- 175** КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕЛЕВОГО КОМПЛЕКСА «ФЛАМЕНА» НА РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ СВОЙСТВА ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЙКЕ МАТКИ
Петросян Е.И., Буянова С.Н., Дуб Н.В., Бабунашвили Е.Л., Юдина Н.В., Гукасян С.А.



- 177** ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ
Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т., Иванова А.А.
- 179** ТЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЦИТОЛОГИИ
Прилепская В.Н., Сычева Е.Г., Бурменская О.В.
- 181** ОНКОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ – ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
Романова Е.Ю., Тугушев М.Т., Спирина А.А., Знобишина А.В., Булдина О.Н., Житина Е.А.
- 183** НЕУДАЧИ И ДЕФЕКТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ПОСЛЕ ЭКО
Рудакова Е.Б., Стрижова Т.В., Федорова Е.А., Замаховская Л.Ю., Бесман И.В., Шаган О.А.
- 185** МЕНОПАУЗА И ДИАБЕТ: ВЛИЯНИЕ НА МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ
Сафарова С.С.
- 187** УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ
Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н.
- 188** УЛЬТРАЗВУКОВОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ И ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА КОК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н., Джигладзе Т.А.
- 190** АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ
Свиридова Н.И., Максимов С.Н.
- 191** ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ
Свиридова Н.И., Хасаева М.И.
- 193** РЕГЕНЕРАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ
Серебренникова К.Г., Арутюнян Н.А., Кацалап С.Н.



- 195** ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ФОКУСИРОВАННОЙ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Солдатская Р.А.¹, Оразов М.Р.², Силантьева Е.С.¹, Белковская М.Э.¹
- 198** ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Степанян Л.В., Будилина И.Ю.
- 200** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН СО СПОНТАННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ
Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Василевская Г.В., Степанов С.Ю., Попов А.А.
- 201** РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
Студёнов Г.В., Мурцаев Р.С., Уварова Е.Е., Яхудина Р.К., Мусалова И.А.
- 203** РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ
Сычева Е.Г., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.
- 205** ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБЦИОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Тетекаева А.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Алиева И.М.
- 207** ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.
- 209** ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Уруджева Н.Г., Эседова А.Э., Аллахкулиева С.З., Идрисова М.А., Гаджиева А.М.
- 211** ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ КАК МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ
Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.



- 213** ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
[Чечнева М.А., Капитанова О.В.](#)
- 215** СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ
ДВУХСТОРОННЕЙ ОВАРИОЭКТОМИИ. РОЛЬ МГТ
[Шалина М.А.¹, Ярмолинская М.И.^{1,2}](#)
- 217** АКУШЕРСКИЕ, УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОСЛЕРОДОВЫЕ ПЕССАРИИ
ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА – НАДЕЖНАЯ ПОДДЕРЖКА В ЛЕЧЕНИИ ИЦН
И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ
[Шнейдерман М.Г.](#)
- 218** ЛЕЧЕНИЕ “ТОНКОГО” ЭНДОМЕТРИЯ – НЕГОРМОНАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ
ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО
[Шнейдерман М.Г., Мишиева Н.Г., Смольникова В.Ю., Абубакиров А.Н., Куземин А.А.,
Гус А.И., Калинина Е.А.](#)
- 220** ЗНАЧЕНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК
С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ
[Щербакова Л.Н., Панина О.Б., Куприян А.А., Бугеренко К.А.](#)
- 222** РОЛЬ ГИПОТИРЕОЗА В ТЕЧЕНИЕ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА
У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
[Эседова А.Э., Идрисова М.А., Гайдарова А.Э., Казулаева Р.Н.](#)
- 224** ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРОЗНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ:
ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ
[Юрова М.В.¹, Франкевич В.Е.², Чаговец В.В.², Павлович С.В.¹, Хабас Г.Н.²](#)
- 225** ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ
ОТ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
[Якупова Г.М., Бегниязова Ж.С., Алтаева А.А., Скакова Р.С.](#)
- 227** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ – СОХРАНЕНИЕ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
[Якупова Г. М., Садуакасова Ш.М., Рахимбаева Д., Абдыкалыкова Б.И.](#)
- 230** ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ
ПРОГРАММИРОВАННЫХ РОДАХ
[Якупова Г.М., Садуакасова Ш.Т., Бегниязова Ж.С., Рахимбаева Д.](#)



СПИСОК АВТОРОВ

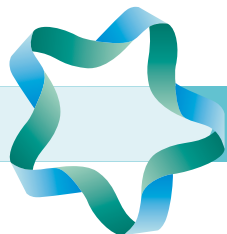
- 3 Serfaty D., Prilepskaya V., Graeslin O., Benifla J.L., Aubin F., Mas Y., Coatantiec E., Verriere F.
5 Абусуева З.А., Алиева Э.А., Омарпашаева М.И., Хашаева Т.Х-М., Мамаева С.М.
7 Айсаяева Б.М., Абусуева З.А.
9 Алиева У.Г., Султанова С.А., Сафарова С.С.
10 Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Магомедова А.А.
12 Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Тагирова А.М., Алиева Д.Х., Магомедова А.А.
14 Алиева Х.Г., Гасанова М.А., Тагирова А.М., Алиева Д.Х., Магомедова А.А.
16 Аминодова И.П., Перминова Е.В.
18 Амирова Ж.С., Голубева О.Н., Геворкян Г.А., Кубицкая Ю.В.
19 Андреева М.В., Захарова К.И.
21 Андреева М.В., Квеселава С.Г., Жигунова А.М., Логвинова Ю.С.
22 Аникеева А.Ш.
24 Ахмедзаде В.А., Джафарова Т.Ф.
25 Байрамова Г.Р., Бурменская О.В., Прилепская В.Н., Амирханян А.С.
27 Баширова Л.К., Аполихина И.А.
29 Бикеев Ю.В., Сенча А.Н., Родионов В.В.
30 Бурова Н.А., Жаркин Н.А.
33 Буянова С.Н., Щукина Н.А., Петросян Е.И., Дуб Н.В.
34 Владимирова И.В., Калинина Е.А., Астафьева Л.И.
36 Волкова Д.А., Кузнецова И.А.
38 Воронцова М.В.
39 Гаджиева А.М., Эседова А.Э., Уруджева Н.Г., Идрисова М.А., Газимагомедов Г.А.,
Магомедова Т.С.
41 Галдава Д.Э., Крючко Д.С.
43 Гасанова Б.М.
45 Гасанова Б.М.
47 Геворкян Г.А., Ипатов М.В.
48 Геращенко Я.Л.
51 Геращенко Я.Л.
53 Геращенко Я.Л.
55 Гончарова В.В., Джеломанова Е.С.
57 Гончарова В.В., Заец Е.В., Зейналова Ф.А.
59 Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Кормакова Т.Л.
61 Гуменюк Е.Г.¹, Кормакова Т.Л.¹, Карпеченко А.В.¹, Уквальберг М.Е.¹, Иванова Н.А.¹,
Ситченко М.Ф.²
63 Гуменюк Е.Г.¹, Уквальберг М.Е.¹, Растегаев Е.Н.², Иванов А.В.², Ружинская А.А.¹, Маурина О.Б.³



- 65 Данькина В.В., Данькина И.А., Чистяков А.А., Данькин К.В.
66 Данькина В.В., Данькина И.А., Чистяков А.А., Данькин К.В.
68 Джалилова А.Н., Какваева С.Ш., Айсаева Б.М.
70 Джангишиева А.Г., Батырова З.К., Уварова Е.В., Припутневич Т.В., Латыпова Н.Х.
72 Джеломанова О.А., Белоусов О.Г., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.
73 Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.
75 Досова С.Ю., Стольников И.И.
77 Досова С.Ю., Стольников И.И.
79 Драпкина Ю.С., Тимофеева А.В., Чаговец В.В., Макарова Н.П., Калинина Е.А.
80 Дубовая Е.Г., Онищенко Е.Ф.
82 Елгина С.И., Беглова А.Ю.
84 Жаркин Н.А., Сейкина В.А., Прохвятилов С.А., Бурова Н.А.
86 Иванова А.А., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Прилепская В.Н., Уруймагова А.Т.
88 Иванова Н.В., Фотина Е.В., Бугеренко А.Е., Ревина Д.Б.
90 Ильясов К.А., Эседова А.Э., Идрисова М.А.
92 Ипатов М.В.¹, Маланова Т.Б.¹, Медведева И.М.²
94 Ипатов М.В.¹, Маланова Т.Б.¹, Медведева И.М.²
96 Исмаилова И.В.
98 Исмаилова И.В., Изтлеуов Е.М.
100 Исмаилова И.В., Изтлеуов Е.М.
102 Исмайлова М.К.
104 Кавиладзе М.Г.
105 Казакова С.Н., Тетерина Т.А., Аполихина И.А.
107 Какваева С.Ш., Джалилова А.Н., Магомедова М.А., Мехтиханова З.А., Омарпашаева М.И.
109 Камилова Н.М.
111 Камилова Н.М., Мирзоева Х.М., Сафарова Р.Б.
113 Кафаров И.Г.
114 Квеселава С.Г., Андреева М.В., Яловая А.О.
116 Коваль М.В., Обоскалова Т.А.
118 Коваль М.В., Обоскалова Т.А.
119 Коробкова Е.А.
121 Коробкова Е.А., Карпушин Д.И.
123 Красильникова А.К., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю.
125 Кривенко А.С., Покусаева В.Н., Степанькова Т.А., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С.
127 Кубицкая Ю.В., Голубева О.Н., Амирова Ж.С., Геворкян Г.А.
129 Кулигина М.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н.
130 Линева О.И., Шафиева И.А., Булгакова С.В., Шатунова Е.П.



- 132 Линева О.И.¹, Булгакова С.В.¹, Михальченко С.В.^{1,2}, Шафиева И.А.¹, Шатунова Е.П.¹
- 133 Литвинова Е.В., Чурилов А.В., Носкова О.В., Мацынин А.Н.
- 135 Любасовская Л.А., Припутневич Т.В., Мелкумян А.Г.
- 137 Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В., Семененко С.С.
- 139 Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Омарпашаева М.И., Одаманова М.А.
- 141 Мелкумян А.Г., Менжинская И.В., Павлович С.В.
- 143 Мехдиева Ю.Д., Бекирова Н.Б.
- 144 Мехтиханова З.А., Какваева С.Ш., Магомедова М.А., Абусуева З.А., Айсаева Б.М.
- 147 Мирошкина М.И., Корнеева И.Е., Бурменская О.В.
- 149 Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Гончаров Д.Б.³, Сащенко В.П.⁴
- 151 Морева Ж.Г.¹, Миронов А.Ю.¹, Васильев М.М.², Гончаров Д.Б.³, Сащенко В.П.⁴
- 153 Мурадова Д.К., Гайдарова А.Г., Эседова А.Э., Идрисова М.А.
- 154 Назарова Н.М., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Шешко П.Л., Аттоева Д.И., Гусаков К.И.
- 156 Неклюдова А.В., Андреева М.В.
- 158 Некрасова М.Е., Аттоева Д.И., Назарова Н.М., Чаговец В.В., Стародубцева Н.Л., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.
- 160 Носкова О.В., Чурилов А.В., Доля П.Г., Чурилов А.А.
- 161 Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Чурилов А.А.
- 163 Носова Ю.В., Хабас Г.Н., Солопова А.Е., Иванец Т.Ю., Сухова Ю.В.
- 166 Озолия Л.А., Лапина И.А.
- 167 Оразов М.Р.¹, Елагин И.Б.², Семенов П.А.¹
- 169 Паренкова И.А.
- 171 Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Моксякова Е.Г.¹, Тургунова Г.М.^{1,2}, Осипова Г.Т.^{1,2}, Сибирская Е.В.²
- 173 Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Моксякова Е.Г.¹, Тургунова Г.М.^{1,2}, Осипова Г.Т.^{1,2}, Сибирская Е.В.²
- 175 Петросян Е.И., Буянова С.Н., Дуб Н.В., Бабунашвили Е.Л., Юдина Н.В., Гукасян С.А.
- 177 Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Уруймагова А.Т., Иванова А.А.
- 179 Прилепская В.Н., Сычева Е.Г., Бурменская О.В.
- 181 Романова Е.Ю., Тугушев М.Т., Спирина А.А., Знобишина А.В., Булдина О.Н., Житина Е.А.
- 183 Рудакова Е.Б., Стрижова Т.В., Федорова Е.А., Замаховская Л.Ю., Бесман И.В., Шаган О.А.
- 185 Сафарова С.С.
- 187 Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н.
- 188 Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н., Джибладзе Т.А.
- 190 Свиридова Н.И., Максимов С.Н.
- 191 Свиридова Н.И., Хасаева М.И.



- 193 Серебренникова К.Г., Арутюнян Н.А., Кацалап С.Н.
195 Солдатская Р.А.¹, Оразов М.Р.², Силантьева Е.С.¹, Белковская М.Э.¹
198 Степанян Л.В., Будилина И.Ю.
200 Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Василевская Г.В., Степанов С.Ю., Попов А.А.
201 Студёнов Г.В., Мурцаев Р.С., Уварова Е.Е., Яхудина Р.К., Мусалова И.А.
203 Сычева Е.Г., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.
205 Тетекаева А.М., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Алиева И.М.
207 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.
209 Уруджева Н.Г., Эседова А.Э., Аллахкулиева С.З., Идрисова М.А., Гаджиева А.М.
211 Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.
213 Чечнева М.А., Капитанова О.В.
215 Шалина М.А.¹, Ярмолинская М.И.^{1,2}
217 Шнейдерман М.Г.
218 Шнейдерман М.Г., Мишиева Н.Г., Смольникова В.Ю., Абубакиров А.Н., Куземин А.А., Гус А.И., Калинина Е.А.
220 Щербакова Л.Н., Панина О.Б., Куприян А.А., Бугеренко К.А.
222 Эседова А.Э., Идрисова М.А., Гайдарова А.Э., Казулаева Р.Н.
224 Юрова М.В.¹, Франкевич В.Е.², Чаговец В.В.², Павлович С.В.¹, Хабас Г.Н.²
225 Якупова Г.М., Бегниязова Ж.С., Алтаева А.А., Скакова Р.С.
227 Якупова Г. М., Садуакасова Ш.М., Рахимбаева Д., Абдыкалыкова Б.И.
230 Якупова Г.М., Садуакасова Ш.Т., Бегниязова Ж.С., Рахимбаева Д.