

ло 42%, в группе сравнения - 20%. Диастоз лонных костей 6-10 мм имел место в 43 случаях (78,1%), расхождение 10-20 мм - у 8 (14,5%); у 1 пациентки (2,8%), на фоне рецидивирующего пиелонефрита, ширина диастаза лонных костей составила 23 мм и сопровождалась выраженным болевым синдромом. При исследовании биохимических показателей крови достоверных различий в группах не было установлено. В исследуемой группе отмечалось достоверное увеличение суточной экскреции кальция с мочой до  $10,2 \pm 0,3$  ммоль/сут, магния с мочой до  $8,2 \pm 0,2$  ммоль/сут, фосфора с мочой  $24,3 \pm 0,2$  ммоль/сут,  $p < 0,05$ ; в сравнимой группе, соответственно, кальция с мочой -  $5,4 \pm 0,15$  ммоль/сут, магния с мочой -  $4,8 \pm 0,2$  ммоль/сут, фосфора -  $19,6 \pm 0,3$  ммоль/сут,  $p < 0,05$ . Наибольшие потери магния, кальция и фосфора с мочой отмечены у беременных с симфизиопатией на фоне обострения пиелонефрита, что позволяет рассматривать инфекционные заболевания мочевыделительной системы как предрасполагающий фактор к развитию нарушений минерального обмена при беременности.

[deag@list.ru](mailto:deag@list.ru)

*Дзугаева М.Б., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х.*

#### **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛЮТЕИНИЗАЦИИ НЕОВУЛИРОВАВШЕГО ФОЛЛИКУЛА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ**

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Медицинский факультет.

Лютеинизация неовулировавшего фолликула (ЛНФ-синдром) является причиной бесплодия в 25-40% случаев, невынашивания беременности более чем в 30% случаев и не учитывается в программе планирования беременности [В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, 2004; В.И. Кулаков, А.С. Гаспаров, 2000; Исакова Э.В., 1993; S.Campbell, A.Monga, 2003]. В связи со стертой клинической картиной и отсутствием специфических симптомов не разработаны алгоритм диагностики и принципы патогенетической терапии синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула. Целью работы было определение возможности верификации диагноза синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула на основании комплексного анализа показателей гормональной функции яичников и ультразвуковых параметров яичников.

Произведено обследование 46 женщин (средний возраст больных  $30,2 \pm 1,4$  лет), страдающих бесплодием. Всем женщинам проведено гормональное (ФСГ, ЛГ, Prl, E2 на 2-7 день менструального цикла, Pg - на 21-24 день менструального цикла и в перiovуляторный период) исследование. Показатели мониторинга фолликулогенеза сопоставляли с гормональными показателями. Из 46 больных у 28 женщин при ультразвуковой эхографии признаками ЛНФ являлись персистирующая визуализация доминантного фолликула во второй фазе цикла с неравномерным утолщением и повышением эхогенности его стенки, свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлялось. У этих 28 пациенток

при гормональном исследовании в перiovуляторный период уровень прогестерона составил в среднем  $15,8 \pm 0,2$  нмоль/л, в отличии от остальных обследованных женщин, у которых уровень прогестерона в крови составил в среднем  $4,7$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). По содержанию гонадотропных и половых стероидных гормонов достоверных отличий у обследованных женщин не получено. В среднюю лютеиновую фазу уровень прогестерона в среднем составил  $67,2 \pm 4,3$  нмоль/л. ( $p < 0,05$ ).

Результаты проведенного исследования показали, что диагностика синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула должна быть основана на определении уровня прогестерона в крови в перiovуляторный период в сочетании с эхографическим мониторингом фолликулогенеза.

*Зданевич М.С., Доронин Г.Л., Курчишвили В.И.*

### **ВЛИЯНИЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ**

*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова*

Цель: определить в сравнительном аспекте влияние мифепристона и бусерелина на результаты оперативного лечения у больных с лейомиомой матки.

Материал и методы: обследовано 90 больных с лейомиомой матки размерами до 10 недель, которые были разделены на 3 равные группы, получавшие соответственно лечение антипрогестинном (мифепристон), одним из агонистов ГнРГ (бусерелин) и не получавшие неоадьювантную терапию. После курса неоадьювантной терапии была выполнена консервативная миомэктомия лапароскопическим доступом.

Результаты и их обсуждение: лечению подвергались женщины с лейомиомой матки в возрасте 35-44 лет. При анализе ультрасонограмм, выявлено достоверное уменьшение объемов матки и миоматозных узлов по сравнению с исходным при лечении как мифепристоном (на 43 % и 47 %, соответственно), так и бусерелином (на 40 % и 43 %, соответственно), разница между методами не достоверна.

После проведения неоадьювантной терапии в обоих режимах отмечено достоверное снижение длительности оперативного вмешательства в группах, получавших неоадьювантную терапию ( $101,9 \pm 34,3$ ,  $97,0 \pm 13,8$  и  $135,0 \pm 26,9$  соответственно) и кровопотери в операционном периоде ( $151,0 \pm 160,2$ ,  $115,5 \pm 35,5$  и  $200,0 \pm 101,5$ ), а также отмечено повышение показателей гемоглобина на 2-е сутки после операции и улучшение общего состояния женщин в раннем послеоперационном периоде.

Общее количество удалённых миоматозных узлов у женщин составило в среднем  $2,5 \pm 2,1$ , количество швов на матке составило -  $2,6 \pm 2,1$ . Восстановление менструального цикла после прекращения терапии в среднем наступило через