

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Михаил Николаевич Чертовских

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра акушерства и гинекологии, зав. – д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

**Резюме.** В работе представлена ретроспективная оценка хирургического лечения 136 больных трубно-перитонеальным бесплодием. Для сравнения результатов были изучены 2 группы: I – 65 больных, которым выполнены лапароскопия и гистероскопия одновременно с последующим этиотропным лечением, и II – из 71 больной, которые были подвергнуты только лапароскопии. Ведущая роль в инфицировании и поддержании хронического воспалительного процесса в эндометрии принадлежит ассоциациям условно патогенных микроорганизмов. Беременность наступила в I группе у 50 (76,9%), во II группе – у 17 (23,9%) больных. Беременности закончились родами в I группе у 41 (82%) больной, во II – только у 3 (17,6%) ( $p < 0,00001$ ). Одновременные гистеро- и лапароскопии с этиотропным лечением бесплодия трубно-перитонеального генеза более эффективны в восстановлении морфофункциональных свойств эндометрия и фертильности.

**Ключевые слова:** хронический эндометрит, гистероскопия, лапароскопия, Пайпелль биопсия.

## COMPARATIVE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF TUBAL-PERITONEAL INFERTILITY

M.N. Chertovskih

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

**Summary.** The paper presents a retrospective evaluation of surgical treatment of 136 patients with tubal-peritoneal infertility. For comparison, the results of two groups were studied: I – 65 patients who underwent laparoscopy and hysteroscopy simultaneously followed etiotropic therapy and II group – 71 patients who were subjected only to laparoscopy. Leading role in infection and maintenance of the chronic inflammatory process in the endometrium belongs to associations of conditionally pathogenic microorganisms. Pregnancy occurred in group I in 50 (76,9%), in group II – in 17 patients (23,9%). Pregnancy ended in labor in group I – 41 (82%) patients, in II – only 3 (17,6%), ( $p < 0,0001$ ). Concurrent hysteroscopy and laparoscopy with tubal infertility treatment of etiotropic-peritoneal origin are more effective in restoring of morphological and functional properties of the endometrium and fertility.

**Key words:** chronic endometritis, hysteroscopy, laparoscopy, Paypell biopsy.

Одной из наиболее важных задач, стоящих перед современной медициной, является профилактика, сохранение и укрепление здоровья населения [5,10]. В условиях демографического кризиса в России становится крайне актуальным не только создание оптимальных условий для сохранения репродуктивного здоровья женщин, но и выбор рационального лечения бесплодия. Сегодня частота бесплодных браков в РФ колеблется от 8 до 17,5%, что, по данным ВОЗ, является критическим уровнем [3,8]. В стране официально зарегистрировано более 5 млн. бесплодных пар (реальное количество может быть значительно выше), каждой второй из них можно помочь только с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [14,15]. Другим необходимо оптимальное обследование в более сжатые сроки, поскольку от длительности патологического процесса зависит тяжесть возникающих морфофункциональных расстройств и их обратимость. Прежде всего, это относится к тем заболеваниям, пусковым механизмом которых явилось инфицирование мочеполового тракта. Безусловно, для решения этих проблем важна ранняя диагностика и малоинвазивная хирургическая коррекция возникших органических изменений репродуктивных органов [11,12]. При этом незаменима роль эндоскопических технологий как в подготовке к ВРТ, так и при самостоятельном лечении. Эндоскопическая хирургия является доступной и высоко эффективной при нарушениях фертильности, связанными с наружным эндометриозом, синдромом поликистозных яичников, спаечными процессами в брюшной полости (трубно-перитонеальное бесплодие), внутриматочной патологии [4,7]. По-прежнему остаётся востребованным поиск наиболее оптимальных подходов в диагностике, лечении и реабилитации репродуктивной функции при трубно-перитонеальном бесплодии.

Цель работы: изучить результаты эндоскопического лечения трубно-перитонеального бесплодия с применением комплексного подхода.

## Материалы и методы

Проведена оценка результатов эндоскопических методов лечения 136 больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Больные были пролечены двумя методиками. В I группу вошли 65 больных, которым одновременно были выполнены лапаро- и гистероскопия, II группа – из 71 больной, которым проведена только лапароскопия с восстановлением проходимости маточных труб.

Критериями включения в исследование были: бесплодие, обусловленное трубно-перитонеальным фактором (длительность заболевания не более 2 лет); отсутствие в анамнезе хирургических вмешательств на органах малого таза; исключенная по УЗИ и аспирационной биопсии внутриматочная патология (при этом забор материала на гистологическое исследование проводился до операции на этапе обследования с помощью Pipelle de Cornie); спаечный процесс I-II степени.

Больные были сопоставимы по возрасту и паритету. Оперативное вмешательство было проведено с 5 по 8 дни менструального цикла.

Всем женщинам проведено комплексное обследование генитального тракта на микрофлору (влагалища, цервикального канала, эндометрия, маточных труб) бактериологическим и бактериоскопическим методами.

Больным I группы при гистероскопии осуществлён забор материала для гистологического исследования.

Культуральные исследования для идентификации патогенных биологических агентов (ПБА) бактериальной этиологии (бактерий, грибов) выполнены с применением автоматического микробиологического анализатора «VITEK 2 Compact». Метод ПЦР использовали для выявления вирусной инфекции (*Herpes simplex 1* и *2* типов, *Cytomegalovirus*, *HPV – Human Papillomavirus*), а так же для обнаружения абсолютных патогенов (*Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*). Мазки для микроскопии окрашивали по Граму.

Забор материала из матки на бактериологическое исследование проводился Пайпелль зондом, после тщательной обработки эндосервикса раствором антисептика, что исключало контаминацию эндометрия микрофлорой влагалища и шеечного канала [11].

Лапароскопии и гистероскопии были выполнены на эндоскопическом оборудовании фирмы «KARL STORZ» и «Olympus».

Расширенная кольпоскопия (КПС) выполнялась на цифровом видеокольпоскопе «SENSITEC-2006».

Гистологическая диагностика хронического эндометрита была основана на выявлении в строме эндометрия очагового фиброза, склеротических изменений стенок спиральных сосудов и воспалительных лимфоидных инфильтратов по методу Лилли [1,2].

Все исследования были проведены в рамках добровольного информированного согласия на обследование, лечение и наблюдение (согласно Хельсинской декларации о правах человека) с соблюдением этических норм и одобрены этическим комитетом.

Оценка статистической значимости различий между группами для количественных признаков была проведена с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни, при сравнении частот качественных признаков использовали непараметрический критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность. Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали соответствующий  $p < 0,05$ . Обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6.1.

### Результаты и обсуждение

Обследование больных начиналось с изучения анамнеза, УЗИ, результатов лапароскопий, гистероскопий, кольпоскопической картины шейки матки, морфологических исследований эндометрия до и после операции, а также микробного пейзажа генитального тракта.

В исследуемых группах больных по возрасту, менархе, началу половой жизни, гормональному статусу, количеству abortов, родов, невынашиванию беременности статистически значимых различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Наибольший интерес в работе представляла патология, которая была впервые верифицирована в результате проведенной гистероскопии у больных I группы, поскольку это определяло значение этого метода в комплексном хирургическом лечении трубно-перитонеального бесплодия. Известно, что некоторые виды внутриматочной патологии могут быть единственной причиной нарушения фертильности, оказывая существенную роль на невынашивание беременности, способствуя неудачам ВРТ. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Внутриматочная патология, впервые выявленная при гистероскопии у больных I группы (n=65)

| Выявленная патология                                       | n  | %    |
|--|----|------|
| Хронический эндометрит (без сочетания с другой патологией) | 37 | 56,9 |
| Полипы   | 13 | 20   |
| Синехии  | 5  | 7,7  |
| Гипоплазия эндометрия                                      | 3  | 4,6  |
| Субмукозная миома  | 1  | 1,5  |
| Гиперплазия эндометрия                                     | 2  | 3,1  |
| Патологии не выявлено                                      | 4  | 6,2  |

В I группе при гистероскопии выявлена и морфологически подтверждена внутриматочная патология у 61 (93,8%) больной. При этом наиболее часто (изолированно) встречался хронический эндометрит, который диагностирован у каждой второй больной – 37 (56,9%). На втором месте были полипы эндометрия (так же являющиеся маркером хронического эндометрита) – у 13 (20%) и далее, по убывающей: синехии полости

матки – у 5 (7,7%) больных, гипоплазия эндометрия – у 12 (6,2%). Более редкой патологией была гиперплазия эндометрия, выявленная у 2 (3,1%) и субмукозная миома – у 1 (1,5%) больной. Однако лишь в редких случаях обнаруженные заболевания носили изолированный характер. Наиболее часто они сочетались с хроническим эндометритом (табл. 2).

Таблица 2

Сочетание внутриматочной патологии с хроническим эндометритом в I группе больных

| Внутриматочная патология (ВП) | Хронический эндометрит |         |
|-------------------------------|------------------------|---------|
|                               | абс.                   | % от ВП |
| Полипы эндометрия (n=13)      | 9                      | 69,2    |
| Синехии (n=5)                 | 3                      | 60      |
| Гипоплазия эндометрия (n=3)   | 2                      | 66,7    |
| Субмукозная миома матки (n=1) | 1                      | 100     |
| Гиперплазия эндометрия (n=2)  | 2                      | 100     |

При полипах эндометрия морфологические изменения, характерные для эндометрита, обнаружены у 9 (69,2%) больных, синехиях в полости матки у 3 (60%), при гипоплазии эндометрия – у 2 (66,7%) больных. Даже при субмукозной миоме матки и гиперпластических процессах в 100% случаев. Таким образом, скрытая не верифицированная до гистероскопии внутриматочная патология составила 93,8%, а столь высокая частота её сочетания с хроническим воспалением эндометрия у больных с трубно-перитонеальными повреждениями (механическая непроходимость маточных труб, спаечный процесс в малом тазу) подтверждает единую инфекционную природу запуска патогенетических механизмов этих заболеваний и их взаимосвязь. Наличие у больной хронического эндометрита с большой степенью вероятности может указывать на наличие у неё хронического воспаления в маточных трубах и яичниках с формированием адгезивных процессов в малом тазу, и, наоборот, установленный факт трубно-перитонеального бесплодия может предполагать скрытую патологию эндометрия. Гистероскопия при бесплодии показала несомненное превосходство перед другими методами диагностики (УЗИ, Пайпелль биопсией, гистеросальпингографией).

Одной из задач нашего исследования была оценка роли инфекции в генезе трубно-перитонеального бесплодия, частых рецидивах спаечных процессов в малом тазу и реокклюзии маточных труб после реконструктивно-пластических эндоскопических операций. Безусловно, у всех больных перед планируемым оперативным лечением были исключены ИППП во влагалищных и цервикальных биотопах, однако микробиологического исследования полости матки им не проводилось. Для изучения инфицированности эндометрия и маточных труб мы проводили забор материала во время операций в обеих группах. Полученные результаты представлены в таблице 3.

Как показали исследования, только у 7 (10,7%) больных в I группе и у 8 (11,2%) во II, посевы из полости матки были стерильными. У остальных больных выделены различные культуры условно патогенной микрофлоры (УПМ) с преобладанием ассоциаций из 2-3 микроорганизмов, при этом монокультуры выявлены только у 5 (7,7%) в I группе и у 6 (8,5%) во II. Полученные результаты соответствуют данным зарубежной литературы, где при хронических эндометритах, так же преобладали УПМ, а монокультуры не превышали 5% [2,4].

В нашем исследовании чаще других УПМ, были выделены *Streptococcus spp.* – у 18 (27,7%) больных в I группе и у 22 (30,9%) во II, *E. coli* – у 16 (24,6%) в I и 19 (26,7%) во II-ой, *Enterobacter* – у 12 (18,4%) и 14 (19,7%) соответственно.

Абсолютных патогенов при бактериологическом изучении эндометрия обнаружено не было. Это можно объяснить тем, что на амбулаторном этапе до направления на оперативное лечение всем больным проведено

Результаты бактериологических исследований в изучаемых группах

| Микроорганизмы > 10 <sup>4</sup> КОЕ/мл | I группа (лапароскопия+гистероскопия) (n=65) |      | II группа (лапароскопия) (n=71) |      |
|---|--|------|---------------------------------|------|
|   | абс.   | %    | абс.                            | %    |
| <i>Acinetobacter</i>                    | 3  | 4,6  | 5                               | 7,1  |
| <i>Bacteroides spp.</i>                 | 2  | 3,1  | 2                               | 2,8  |
| <i>Candida</i>                          | 15   | 23,1 | 18                              | 25,4 |
| <i>Citrobacter</i>                      | 5  | 7,7  | 6                               | 8,5  |
| <i>E. coli</i>                          | 16   | 24,6 | 19                              | 26,7 |
| <i>Enterobacter</i>                     | 12   | 18,4 | 14                              | 19,7 |
| <i>Enterococcus faecium</i>             | 17   | 26,2 | 19                              | 26,7 |
| <i>Eubacterium</i>                      | 4  | 6,2  | 5                               | 7,1  |
| <i>Fusobacterium spp.</i>               | 2  | 3,1  | 4                               | 5,6  |
| <i>Klebsiella</i>                       | 12   | 18,4 | 14                              | 19,7 |
| <i>Lactobacillus spp</i>                | 5  | 7,7  | 4                               | 5,6  |
| <i>Mobiluncus spp.</i>                  | 10   | 15,4 | 12                              | 16,9 |
| <i>Moraxella</i>                        | 5  | 7,7  | 6                               | 8,5  |
| <i>Morganella spp.</i>                  | 7  | 10,7 | 9                               | 12,6 |
| <i>Peptococcus</i>                      | 9  | 13,8 | 9                               | 12,6 |
| <i>Peptostreptococcus spp.</i>          | 7  | 10,7 | 8                               | 11,2 |
| <i>Prevotella spp.</i>                  | 8  | 12,3 | 10                              | 14,1 |
| <i>Propionibacterium spp.</i>           | 6  | 9,3  | 10                              | 14,1 |
| <i>Providencia</i>                      | 5  | 7,7  | 6                               | 8,5  |
| <i>Serratia</i>                         | 3  | 4,6  | 2                               | 2,8  |
| <i>Staphylococcus spp.</i>              | 11   | 16,9 | 14                              | 19,7 |
| <i>Streptococcus spp.</i>               | 18   | 27,7 | 22                              | 30,9 |
| <i>Veilonella spp.</i>                  | 3  | 4,6  | 2                               | 2,8  |
| Роста нет                               | 7  | 10,7 | 8                               | 11,2 |
| Ассоциации микроорганизмов              | 60   | 92,3 | 65                              | 91,5 |
| Монокультуры                            | 5  | 7,7  | 6                               | 8,5  |

обязательное обследование на инфекции, передающиеся половым путём, и при необходимости этиотропная терапия.

У большинства больных в исследуемых группах (более 85%) в анамнезе имелись указания на перенесенные и пролеченные инфекции, передаваемые половым путём (ИППП).

Статистически значимых отличий по микробиоте в сравниваемых группах не получено ( $p > 0,05$ ).

Важными маркерами инфицирования всего полового тракта послужили характерные изменения эпителиев шейки матки в виде хронических цервицитов, подтвержденных при КПС [6,9,13].

Кольпоскопические признаки хронического воспаления шейки матки: расширенная сосудистая сеть (СС), открытые железы с широким ободком (ОЖ), закрытые железы (ЗЖ) плоского эпителия и наличие цилиндрического эпителия (ЦЭ) были выявлены у 52 (80%) больных I группы и 60 (84,5%) – II. Микрофлора цервикального канала у этой категории больных соответствовала микробиоценозу влагалища, однако, в меньшем титре и в 30% в ассоциации с вирусами. Тот или иной генотип ВПЧ выявлялся ранее или был обнаружен во время обследования у 63% больных.

Морфологические исследования подтвердили наличие хронического воспаления на шейках матки, вызванного бактериально-вирусной инфекцией.

Таким образом, кольпоскопия может быть не только высокоинформативным методом диагностики, позволяющим детализировать патологию шейки матки, но и рассматривать хронические цервициты как маркер хронического эндометрита.

В послеоперационном периоде всем больным в исследуемых группах была проведена комплексная реабилитационная терапия.

На первом этапе лечения (в раннем послеоперационном периоде) с целью элиминации повреждающих

Таблица 3 агентов использовали антибактериальную терапию.

Согласно международным протоколам лечения воспалительных заболеваний органов малого таза классические парентеральные и пероральные пути введения антибактериальных препаратов обеспечивают их достаточную концентрацию в очаге воспаления. Основу базовой антибактериальной терапии составили в комбинации фторхинолоны и нитроимидазолы. Одновременно на основании данных иммунного и интерферонового статусов проводили коррекцию имеющихся нарушений, а также форез лекарственных препаратов.

На втором (восстановительном) этапе лечения проводился повторный курс антибактериальной терапии, но уже с учётом полученных результатов посевов. Для восстановления морфофункциональных особенностей тканей, усиления обменных процессов, улучшения микроциркуляции и устранения последствий вторичных повреждений была применена метаболическая терапия, физические факторы, заместительная гормональная терапия (ЗГТ) по показаниям. Контроль эффективности терапевтических мероприятий проводили не ранее чем через 2 месяца после окончания всего курса лечения. Для этого применяли ультразвуковое исследование, КПС и аспирационную Пайпелль биопсию эндометрия (на 5-8 день менструального цикла) с морфологическим и бактериологическим исследованием.

Через 18 месяцев после хирургических коррекций матки и труб оценили восстановление репродуктивной функции. Результаты исследования представлены в таблице 4.

Нами учтены все беременности, закончившиеся родами, а также репродуктивные потери в исследуемых группах. Беременности наступили в I группе у 50 (76,9%), во II – у 17 (23,9%) больных ( $p < 0,00001$ ), родами

Таблица 4

Эффективность комплексного лечения бесплодия в сравниваемых группах

| Признак   | I группа, чел. (%) (n=65) | II группа, чел. (%) (n=71) | $\chi^2$ | p        |
|---|---------------------------|----------------------------|----------|----------|
| Число беременностей                                       | 50 (76,9%)                | 17 (23,9%)                 | 36,02    | <0,00001 |
| Репродуктивные потери (к числу наступивших беременностей) |                           |                            |          |          |
|   | I группа, чел. (%) (n=50) | II группа, чел. (%) (n=17) |          |          |
| Неразвивающаяся беременность                              | 4 (8,0%)                  | 7 (41,2%)                  | 7,9      | 0,0049   |
| Самопроизвольный выкидыш                                  | 3 (6,0%)                  | 4 (23,6%)                  | 2,5      | 0,11     |
| Внематочная беременность                                  | 2 (4,0%)                  | 3 (17,6%)                  | 1,73     | 0,18     |
| Роды  | 41 (82,0%)                | 3 (17,6%)                  | 20,54    | <0,00001 |

закончились в I группе у 41 (82%) больной, во II – только у 3 (17,6%), ( $p < 0,00001$ ). Полученные данные убедительно показали преимущество одновременного проведения лапаро- и гистероскопии. Это может быть объяснено устранением скрытой патологии эндометрия, непосредственно saniрующим эффектом гистероскопии (лаваж полости матки), возможностью полноценного забора материала на морфологическое и культуральное исследования эндометрия, и более эффективным этиотропным лечением в последующем. Кроме того, одномоментная санация сообщающихся между собой различных отделов полового тракта (маточных труб и полости матки) снижает риск их реинфицирования, что препятствует реокклюзии фаллопиевых труб и рецидиву спаечного процесса в малом тазу.

Результаты проведённого исследования показали, что в инфицировании и поддержании хронического эндометрита ведущая роль принадлежит ассоциации УПМ. Это является одной из важных причин формирования не диагностируемой внутриматочной патологии, ведёт к бесплодию, невынашиванию беременности и неудачным попыткам ВРТ. Методика забора образцов эндометрия Пайпелль зондом, несомненно, обладает рядом достоинств (простая, дешёвая, малоинвазивная, не требует в большинстве случаев обезболивания, углу-

блэнного клинического обследования), но наряду с этим имеет ряд существенных недостатков, которые ведут к неправильной постановке диагноза и тактике ведения больной. Это, прежде всего, отсутствие: визуальной оценки состояния цервикального канала и полости матки, возможности точной диагностики органической патологии (полипы, миома, очаговая гиперплазия эндометрия, синехии, аномалии развития, несостоятельность послеоперационных швов и т.д.), малое количество материала для исследования. Например, обнаружение в полученном аспирате структурных элементов полипов эндометрия является большой диагностической удачей. Применение Пайпель биопсии при предгравидарной подготовке более целесообразно для контроля после проведенного лечения хронического эндометрита, гиперплазии эндометрия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных урогенитальных инфекций. – М.: Мед. книга; Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 330 с.
2. Кондриков Н.И. Патология матки: атлас. – М.: Практ. медицина, 2008. – 338 с.
3. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А. и др. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – №5. – С.26-29.
4. Подзолкова Н.М., Бархина Т.Г., Осадчев В.Б. и др. Роль панорамной и микрогистероскопии в диагностике хронического эндометрита // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – №6. – С.41-45.
5. Радзинский В.Е., Дмитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. – 200 с.
6. Русакевич П.С. Кольпоскопия в практике гинеколога и онколога-гинеколога: учебно-методическое пособие. – Минск: БелМАПО, 2008. – 48 с.
7. Сидорова И.С., Макаров И.О., Унанян А.Л. Патогенез и патогенетически обоснованная терапия хронического эндометрита (клиническая лекция) // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2010. – №3. – С.21-24.
8. Сухих Г.Т., Шуршалова А.В. Хронический эндометрит:

Исследование показало, что наиболее эффективным и информативным инструментальным методом в предгравидарной подготовке при бесплодии, невынашивании беременности, подготовке к ВРТ, а так же при лечении трубно-перитонеального бесплодия (в сочетании с лапароскопией) является гистероскопия с обязательным морфологическим и бактериологическим исследованием для дальнейшего углубленного и этиотропного лечения до восстановления полноценного эндометрия в морфофункциональном плане.

Хирургическое лечение бесплодия, вызванного трубно-перитонеальными причинами, должно быть сочетанным с одновременным проведением лапароскопии с гистероскопией с взятием материала на гистологическое и культуральное исследования. Такой подход значительно улучшает результаты восстановления репродуктивной функции.

руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 64 с.

9. Шабалова И.П., Касоян К.Т. Цитологический атлас: Диагностика заболеваний шейки матки. – М.-Тверь: Триада, 2006. – 162 с.
10. Шуршалова А.В. Хронический эндометрит у женщин с патологией репродуктивной функции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 37 с.
11. Buckley C.H., Fox H. Biopsy pathology of the endometrium. – NY.: Arnold, 2002. – 264 p.
12. Cicinelli E., De Ziegler D., Nicoletti R., et al. Chronic endometritis: correlation among hysteroscopic, histologic, and bacteriologic findings in a prospective trial with 2190 consecutive office hysteroscopies // Fertil. Steril. – 2008. – Vol. 89. №3. – P.677-684.
13. Matteo M., Cicinelli E., Greco P., et al. Abnormal pattern of lymphocyte subpopulations in the endometrium of infertile women with chronic endometritis // Am. J. Reprod. Immunol. – 2009. – Vol. 61. №5. – P.322-329.
14. Sharkey A.M., Smith S.K. The endometrium as a cause of implantation failure // Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynecology. – 2003. – Vol. 17. №2. – P.289-307.
15. Wright T.S., Cox J.T., Massad L.S., et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 197. – P.346-355.

**Информация об авторах:** Чертовских Михаил Николаевич – доцент кафедры, к.м.н., 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, e-mail: cmn69@yandex.ru

© СТАРОДУБЦЕВ А.В., КОРОБЕЙНИКОВ И.В., РОЖКОВА Н.Ю. – 2013  
УДК 616.853

#### КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ

Анатолий Васильевич Стародубцев, Иван Викторович Коробейников, Нина Юрьевна Рожкова (Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра информатики и компьютерных технологий, зав. – к.г.-м.н., доц. И.М. Михалевич)

**Резюме.** В статье представлены результаты компьютерного нейропсихологического исследования больных с очаговыми (лобными и височными) формами эпилепсии. Проведен сравнительный анализ полученных показателей в 2 группах больных, а также их отличия с группой здоровых людей от 20 до 30 лет. Выявлены определенные особенности состояния сферы внимания, памяти и интеллекта у больных с лобными и височными поражениями.

**Ключевые слова:** нейропсихологическое исследование, очаговые лобные и височные формы эпилепсии.

#### COGNITIVE ABNORMALITIES IN THE PATIENTS WITH NIDAL FORMS OF EPILEPSY

A. V. Starodubtsev, I. V. Korobeinikov, N. Yu. Rozkova  
(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

**Summary.** In this work one could find the results of computer neuropsychophysiological research of patients with nidal (frontal and temporal) forms of epilepsy, the comparative analysis of the obtained indices in 2 groups of patients and their diversity from the group of healthy people at the age of 20 to 30 years. The definite features of attention, memory and intelligence state in the patients with frontal and temporal abnormalities have been revealed.

**Key words:** neuropsychophysiological research, nidal frontal and temporal forms of epilepsy.