

обладает высокой антимикробной активностью в отношении изолятов *E. coli* как серотипов O9 и O26, так и ЭГКП серотипа O157:H7, обладает высокой лечебно-профилактической эффективностью при моделировании экспериментального колибактериоза и при колибактериозе телят в производственных условиях. Это

свидетельствует о возможности его использования как в системе ветеринарно-санитарных мероприятий при борьбе с колибактериозом крупного рогатого скота, так и в комплексе санитарно-противоэпидемических мероприятий для профилактики острых кишечных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалева Г.К. Биологические особенности и биохимический состав базидиомицетов *Fomitopsis officinalis* (Vill.: Fr.) Bond. Et Sing., *Ganoderma applanatum* (Pers.) Pat. и *Trametes versicolor* (L.: Fr) Pilat.: Автореф. дис. ... канд. био. наук. — М., 2009. — 22 с.
2. Лобзин Ю.В., Якушин С.Б., Захаренко С.М. Практические рекомендации по ведению пациентов с инфекционной диареей. // Клини. микробиол. и антимикр. терапии. — 2001. — Т. 3. № 2. — С.163-182.
3. МУК 4.2.992-00. Методы выделения и идентификации энтерогеморрагической кишечной палочки *E. coli* O157: H7. — М.: Информационно-издательский центр Минздрава России, 2000. — 19 с.
4. Поздеев О.К., Фёдоров Р.В. Энтеробактерии: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 720 с.
5. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Под ред. Р.У. Хабриева. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — 832 с.
6. Чхенкели В. А. Биологически активные вещества *Coriolus pubescens* (Shum.:Fr.) Quel. и их использование: Монография — Новосибирск: РАСХН, СО РАСХН, ИФ ИЭВСИДВ СО РАСХН, 2006. — 287 с.
7. Чхенкели В.А., Гайнанова Л.Л., Чхенкели Л.Г., Горяева Н.А. К вопросу изучения лечебной эффективности препарата Леван-2. // Альманах современной науки и образования. — 2009. — №5(24). — С.174-177.
8. Чхенкели В.А., Горяева Н.А., Мартынова А.Ю. и др. Препараты на основе грибов из рода *Trametes* и их использование в ветеринарии // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2010. — №1. — С.273-274.
9. Чхенкели В.А., Коган Г.Ю., Барыкина Т.И., Беломестных И.Н. Чувствительность/устойчивость бактерий семейства *Enterobacteriaceae* к антимикробным препаратам. // Тез. докл. междунар. конф. и междунар. шк. для мол. учёных «Проблемы экологии: чтения памяти проф. М.М. Кожова», Иркутск, 20-25 сентября, 2010. — Иркутск, 2010. — С. 362.
10. Чхенкели В.А., Чхенкели Г.Д., Агапова Е.Д. и др. Некоторые аспекты медико-биологических исследований высших дереворазрушающих грибов как источника биологически активных веществ // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2001. — №1 — С. 59-61.
11. Чхенкели В.А., Чхенкели Г.Д. О механизме бактерицидного действия базидиального гриба *Coriolus pubescens* (Shum.: Fr.) Quel. // Вестник сибирской сельскохозяйственной науки. — 2005. — № 2. — С.52-57.
12. Чхенкели В. А., Чхенкели Л.Г. Некоторые медико-биологические аспекты изучения биологически активных веществ базидиомицета *Trametes pubescens* (Shumach.: Fr.) Pilat. // Вестн. ИрГСХА. — 2008. — Вып. 31. — С. 64-81.
13. Чхенкели В.А., Шкиль Н.А. Противотуберкулёзная активность базидиомицета *Coriolus pubescens* (Shum.: Fr.) Quel. и препарата, получаемого на его основе // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2005. — №1. — С.67-71.
14. Chkhenkeli V.A. Some aspects of study and use of biologically active substances of wood — rotting mushroom *Trametes pubescens* (Shumach.)Pilat. // Mat. of XV Congress of European Mycologists. — St. Petersburg, 2007. — P. 185-186.
15. Ofodile L.N., Simmons M.S.G., Grayer R.G., Uma N.U. Antimicrobial Activity of Two Species of The Genus *Trametes* Fr. (Aphyllorhizaceae) from Nigeria // Int. J. Med. Mushc. — 2008. — Vol.10. — №3. — P.265-268.

Информация об авторах: 664007, г. Иркутск, ул. Тимирязева, ИрГСХА, кафедра микробиологии, патологической анатомии, ветеринарно-санитарной экспертизы, организации ветеринарного дела; тел. (3952)387798.

Чхенкели Вера Александровна — заведующая кафедрой, д.б.н., профессор, e-mail: chkhenskeli@rambler.ru;

Горяева Нина Андреевна — аспирант, e-mail: nagor29@rambler.ru;

Чхенкели Леван Гурамович — клинический ординатор; e-mail: madmedic@rambler.ru;

Мартынова Анастасия Юрьевна — младший научный сотрудник;

Калинович Арсений Евгеньевич — аспирант, e-mail: allever@mail.ru

© КОНДРАНИНА Т.Г., ГОРИН В.С., МОЛОТКОВА Е.Д., БУДАЕВ А.И. — 2011
УДК 618.11- 009.7

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВИКАРНОМ УВЕЛИЧЕНИИ ЯИЧНИКА ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ

Татьяна Геннадьевна Кондранина¹, Виктор Сергеевич Горин²,
Елена Доржиевна Молоткова¹, Александр Иванович Будаев¹

(¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско;

²Новосибирский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.О.Маринкин;)

Резюме. Изучена возможность лечения болевого синдрома, связанного с викарно увеличенным яичником после односторонней аднексэктомии по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки. Методом УЗИ определяют объем яичника и объём яичника более 8 см³ назначают фемостон 1/10 по 1 таблетке в сутки в непрерывном режиме в течение 6 месяцев, с последующим ультразвуковым контролем 1 раз в год. Применение данного способа позволяет нормализовать объем единственного яичника, с исчезновением болевого синдрома, снизить риск возникновения повторного оперативного лечения по поводу нарушения питания викарно увеличенного яичника, расслоения его стенки, разрыва.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, аднексэктомия, викарно увеличенный яичник, фемостон.

PAIN SYNDROME TREATMENT IN VICARIOUS OOPHORON INCREASE AFTER UNI-LATERAL ADNEXECTOMY

T.G. Kondranina¹, V.S. Gorin², E.D. Molotkova¹, A.I. Budaev¹

(¹Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education; ²Novosibirsk State Medical University)

Summary. The possibility of pain syndrome treatment connected with vicarious increased oophoron after unilateral adnexectomy owing to pyoinflammatory diseases of uterine appendages is studied. Using the ultrasound investigation method oophoron volume is defined and in oophoron volume more than 8 см^3 femoston is prescribed 1/10 1 tablet a day continuously in the course of 6 months with the subsequent control ultrasound investigation once a year. Application of this method allows to normalize the volume of singular oophoron with disappearance of pain syndrome, to decrease the risk of recurrent operative treatment concerning imbalance of oophoron anomalotrophy, its dissection and breakage.

Key words: pyoinflammatory diseases of uterine appendages, adnexectomy, vicariously increased oophoron, femoston.

Среди пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов у 4-15% женщин имеются гнойные формы воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ). При этом, пик заболеваемости, как правило, приходится на репродуктивный возраст [1, 2, 3, 4]. Одним из ведущих методов лечения ГВЗПМ является оперативный, приводящий к потере детородной и менструальной функции. С внедрением в практику оперативной лапароскопии, одним из распространенных методов оперативного лечения пациенток с ГВЗПМ является односторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом [1, 5, 6]. После односторонней аднексэктомии в оставшемся яичнике происходят нейроциркуляторные и сосудистые изменения. Известно, что в яичнике есть данный при рождении запас фолликулов, который постепенно расходуется и не возобновляется. Физиологическая стимуляция ФСГ в послеоперационном периоде приводит к викарному (компенсаторному) увеличению оставшегося яичника. По данным А.А. Соломатиной и соавт. [8], через 6 месяцев у большинства оперированных пациенток (73,5%) выявлено увеличение объема яичника по сравнению с ранними сроками после операции, при этом при УЗИ выявлено, что среднее значение его составило $21,64 \pm 2,31 \text{ см}^3$ (от 10,30 до $39,80 \text{ см}^3$). Увеличение яичника нередко приводит к появлению различной степени выраженности болевого синдрома, толерантного к лечению анальгетиками, нестероидными противовоспалительными препаратами, приводящего к увеличению риска нарушения питания увеличенного яичника, расслоению его стенки и кровоизлиянию, приводящему к повторному оперативному лечению [7, 8, 6]. Некоторые авторы для уменьшения объема, увеличенного после односторонней аднексэктомии яичника, и снижения болевого синдрома у женщин репродуктивного возраста рекомендуют применять комбинированные оральные контрацептивы (КОК), при этом положительный эффект, проявляющийся в виде незначительного уменьшения размеров викарно увеличенного яичника и снижения болевого синдрома отмечен у 52-68% пациенток [6, 8].

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) после удаления яичника показана при возникновении симптомов посткастрационного синдрома (ПКС) и при повышении ФСГ выше 40 мМЕ/л [6]. У данной категории больных уровень ФСГ, как правило, не превышает верхние границы нормы, отсутствуют клинические симптомы ПКС — функцию удаленного яичника выполняет оставшийся викарно увеличенный яичник.

Таким образом, на сегодняшний день не предложено эффективного метода лечения, позволяющего уменьшить объем викарно увеличенного яичника и ведущего к исчезновению болевого синдрома, а также позволяющего избежать повторного оперативного лечения.

Цель нашего исследования — изучение возможности применения комбинированного препарата «Фемостон 1/10» (Solvay), составными частями которого являются 1 мг этинилэстрадиола и 10 мг дидрогестерона, используемого в циклическом режиме для купирования симптомов климактерического синдрома у женщин перименопаузального возраста.

Материалы и методы

В исследование вошли 72 пациентки, перенесших одностороннюю аднексэктомию по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки. Средний

возраст пациенток составил $34,1 \pm 4,3$ года. Давность операции в среднем $4,2 \pm 1,5$ года. 58 пациенток (80,5%) в течение двух лет получали лечение по поводу болевого синдрома с применением спазмолитиков, анальгетиков, антибактериальную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты без выраженного клинического эффекта.

Основная группа — 47 пациенток, перенесших одностороннюю аднексэктомию по поводу ГВЗПМ, получавших в циклическом режиме «Фемостон 1/10», представляющим двухфазный эстроген-гестагенный препарат, содержащий 1 мг этинилэстрадиола, 10 мг дидрогестерона, эффективный при лечении климактерического синдрома, в течение 6 месяцев.

Контрольная группа — 25 пациенток, получавших симптоматическую терапию — нестероидные противовоспалительные средства, спазмолитики и анальгетики.

У всех включенных в исследование было получено добровольное информированное согласие на участие в работе.

Основной жалобой всех пациенток, вошедших в группу исследования, явились постоянные боли внизу живота, больше со стороны оставшегося яичника. Менструальная функция не нарушена у всех пациенток, принявших участие в обследовании. У 40 (55,5%) пациенток имелись симптомы альгодисменореи, 17 (23,7%) — лечились в условиях стационара без эффекта.

Критерии включения в исследование: наличие единственного увеличенного в размерах яичника (более $8-9 \text{ см}^3$), аднексэктомия в анамнезе по поводу ГВЗПМ, болевой синдром, репродуктивный возраст.

Всем пациенткам проводилось общепринятое клинико-биохимическое исследование, обязательным исследованием явилось ультразвуковое исследование органов малого таза в различные фазы цикла в течение 3 месяцев для определения объема викарно увеличенного яичника единственного яичника. Для УЗИ исследования органов малого таза использовали трансвагинальную методику на аппарате Sono PICO MAN- 202C-E10200, частота сканирования 3,5 и 6,5 МГц/10 R.

Наряду с клинико-биохимическим обследованием определяли следующие параметры: уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и эстрадиола методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови на 6-й день цикла.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере в среде Windows XP с помощью прикладного пакета программ и использования электронных таблиц Microsoft Office Excel. Перед началом исследования выполнялось проверка выборки данных на нормальность. Значимость различий между параметрическими показателями определяли с помощью расчета коэффициента Стьюдента, различия между сравниваемыми величинами считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Уровень ФСГ на 6 день цикла, в группе исследования был выше нормы и составил $15,9 \pm 3,4$ (норма 2,8-11,3) мЕд/мл. Содержание эстрадиола в сыворотке составляло $128,6 \pm 18,4$ (норма 30-160) пмоль/л. Объем яичника при УЗИ составил $18,2 \pm 4,21 \text{ см}^3$. Выбор метода лечения избран по принципу обратной связи, т.е. при снижении уровня ФСГ рассчитывали на уменьшение объема яичника и купирование болевого синдрома.

Сравнительные результаты лечения у пациенток с викарно увеличенным яичником

	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа Через 2 мес	Основная группа Через 2 мес	Контрольная группа Через 6 мес	Основная группа Через 6 мес
Наличие болевого синдрома	+	+	+	-	±	-
Объем яичника, УЗИ см ³	18,2±4,21	18,2±4,21	14,2±4,23	6,2±1,71*	15,8±4,46	6,9±1,1*
Уровень ФСГ, мЕд/мл	15,1±3,12	15,9±3,40	15,1±3,12	9,1±2,42*	15,1±3,12	7,71±1,89*
Содержание эстрадиола, пмоль/л	128,6±18,4	128,6±18,4	132,2±21,6	138,1±13,8	130,7±11,2	134,8±9,6

Примечание: * — статистически значимые различия величин между контрольной и основной группами перед началом лечения, затем через 2 и 6 месяцев ($p < 0,05$). «+» и «-» — наличие или отсутствие болевого синдрома.

При динамическом ультразвуковом контроле в основной группе после 2, 4 и 6 месяцев лечения выявлено, что через 2 месяца терапии объем яичника уменьшился у 31 (65,95%) пациентки и составил $6,2 \pm 1,2$ см³. Через 4 месяца объем яичника уменьшился у 42 (89,4%) пациенток. После 6 месяцев приема объем яичника уменьшился у всех пациенток и составил $6,9 \pm 1,1$ см³. Болевой синдром купировался у всех пациенток. При проведении динамического контроля содержания ФСГ и эстрадиола в сыворотке крови выявлено, что уровень ФСГ на 6 день менструального цикла, в основной группе был выше нормы $15,9 \pm 3,4$ мЕд/мл (норма $2,8 - 11,3$ мЕд/мл), содержание эстрадиола было в пределах нормы. При последующих определениях содержания ФСГ через 2 месяца лечения выявлено значительное снижение содержания до $9,1 \pm 2,42$ мЕд/мл, через 6 месяцев — до $7,71 \pm 1,89$. Содержание же эстрадиола через 2,

было в пределах нормы.

Таким образом, методом лечения болевого синдрома при викарно увеличенном яичнике, толерантном к лечению спазмолитиками, анальгетиками, нестероидными противовоспалительными препаратами, антибиотиками, является применение эстроген-гестагенных препаратов (фемостон 1/10). Целесообразно, при болевом синдроме, связанном с викарно увеличенным яичником после односторонней аднексэктомии, определять объем яичника при ультразвуковом исследовании и его объеме более 8 см³ назначают фемостон 1/10 по 1 таблетке в сутки в непрерывном режиме 6 месяцев, с последующим ультразвуковым контролем 1 раз в год. Результат лечения — купирование болевого синдрома, уменьшение объема яичника до нормальных величин. Преимущество метода лечения — экономичность, инвазивность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. — СПб.: СпецЛит, 2005. — С. 3-22.
2. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Горшillin А.В. Репродуктивный прогноз у больных с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза: проблемы и решения. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — №2. — С. 11-17.
3. Гаспаров А.С. Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями. // Акушерство и гинекология. — 2003. — №1. — С. 40-41.
4. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии: прогнозирование, профилактика. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. — С.5-17.
5. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. — М.: МЕДпресс, 2001. — С.30-34.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. — М.: Медицина, 2002. — С.241-265.
7. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. — М.: Медицина, 1996. — С. 5-33.
8. Соломатина А.А., Курбатская О.Н., Сикорская Н.В., Максимова М.Ю. Морфофункциональное состояние оставшегося яичника после односторонней аднексэктомии. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. — 2002. — №1. — С. 34-44.
9. Ibarrola Vidaurre M., Benito J., Azcona B., Zubeldia N. Infectious pathology: vulvovaginitis, sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, tubo-ovarian abscesses. // An Sist Sanit Navar. — 2009. — Vol. 32. Suppl. 1. — P. 29-38.
10. Lareau S.M., Beigi R.H. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. // Infect Dis Clin North Am. — 2008. — Vol. 22(4). — P. 693-708.

Информация об авторах: 630099, г. Новосибирск-99, Красный проспект 52, тел. 232-13-80, e-mail: docgorin@mail.ru

Горин Виктор Сергеевич — д.м.н., профессор кафедры;
Кондранина Татьяна Геннадьевна — к.м.н., заведующая отделением, докторант тел. (8-384-3)-796-02-37;
Молоткова Елена Доржиевна — врач акушер-гинеколог, заочный аспирант;
Будаев Александр Иванович — врач акушер-гинеколог, соискатель кафедры

© ПОНОМАРЕВ Б.Л., ОБУХОВА Л.Е., ВЫСОЦКИЙ Ю.А., БАРСУКОВА Н.И., БОРОДИНА Г.Н., ЧЕРДАНЦЕВА Т.М., БОЛГОВ А.А. — 2011
УДК 616 — 053.2

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОЦИТОВ ЭМБРИОНОВ И ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА В РАННИЕ ПЕРИОДЫ ЭМБРИОГЕНЕЗА

Борис Лаврентьевич Пономарев, Лариса Евстигнеевна Обухова, Юрий Александрович Высоцкий, Наталья Ивановна Барсукова, Галина Николаевна Бородин, Татьяна Михайловна Черданцева, Александр Андреевич Болгов (Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, ректор — д.м.н., проф. А.М. Брюханов, кафедра нормальной анатомии человека, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Высоцкий)

Резюме. Изучено морфологическое и функциональное состояние гепатоцитов эмбрионов и плодов человека в ранние сроки беременности. На разных этапах гистогенеза печени наблюдается перераспределение ядерного хроматина и изменение митотической активности клеток органа.

Ключевые слова: печень, хроматин, эмбрион, плод, митотическая активность.