

Учреждение Российской академии медицинских наук
Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии
им. Д. О. Отта СЗО РАМН



**РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА:
ВЗГЛЯД МОЛОДЫХ – 2011**

МАТЕРИАЛЫ
II ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ
УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ

1 июня 2011 года

Санкт-Петербург
2011

ПРИМЕНЕНИЕ НОВИНЕТА В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ И МИОМЫ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

© Н. Д. Абдурахманова

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Миома матки является одним из наиболее распространенных заболеваний женской половой сферы, а сочетание миомы матки с доброкачественными новообразованиями яичников, по данным некоторых исследователей, составляет 40–83 %.

Радикальная операция при данной патологии приводит к необратимому бесплодию, утрате менструальной функции, выраженным гормональным нарушениям, вегето-сосудистым и психо-эмоциональным расстройствам, которые в значительной степени ухудшают качество жизни. В связи с этим ранняя диагностика миомы матки в сочетании с опухолевидными образованиями яичников и патогенетическая терапия может заменить хирургическое вмешательство или значительно уменьшить его объем.

Целью консервативного лечения явилось уменьшение тяжести клинических симптомов и/или уменьшение размера миомы, устранение опухолевидных образований яичников. Консервативная терапия была также направлена на коррекцию обменных процессов органов гениталий. Основываясь на данных литературы о возможном прогестивном эффекте комбинированных оральных контрацептивов (КОК) относительно резкого развития миомы матки и доброкачественных новообразований яичников и их блокаду прогестероновых рецепторов матки мы использовали микродозированный КОК — новинет.

Для решения поставленных задач обследовано 79 женщин репродуктивного возраста (от 19 до 45 лет). Из них 47 (59,5 ± 5,5 %) активного (от 19 до 35 лет) и 32 (40,5 ± 5,5 %) позднего (от 36 до 45 лет) репродуктивного возраста. У 31 (39,2 %) пациенток при обследовании установлено сочетание миомы матки с фолликулярной кистой яичника (размеры от 4 до 8 см). Размеры матки обследованных варьировали от нормальных величин до 16 недель

беременности соответственно. Новинет, в первую очередь, назначался с целью гемостаза по схеме, затем по схеме контрацепции от 6 месяцев до 1 года. В течение первых 3 месяцев от момента применения новинета у 14 (17,7 ± 4,3 %) отсутствовал эффект от проводимой терапии, т. е. продолжались кровотечения различной интенсивности, увеличились размеры матки и миоматозных узлов. В связи с этим 6 больных (42,9 ± 13,2 %) переведены на дюфастон. В 8 (57,1 ± 13,2 %) случаях учитывая отсутствия эффекта от гормональной терапии и большие размеры матки (15–16 недель), несмотря на репродуктивный возраст, произведена надвлагалищная ампутация матки с удалением фолликулярных кист яичников. А в остальных 65 (82,3 ± 4,3 %), случаях в течение года продолжена терапия эстроген-гестагенным препаратом в режиме контрацепции под динамическим контролем размеров матки и состояния эндометрия на УЗИ.

До начала комплексной терапии у 42 (64,6 ± 5,9 %) больных величина матки соответствовала от 5 до 6 недель беременности. К концу года наблюдения эта цифра составила 24 (36,9 ± 6,0 %). В результате комплексной терапии количество пациенток с нормальными размерами матки увеличилось с 15 (23,1 ± 5,2 %) до 21 (32,3 ± 5,8 %) ($p < 0,05$). Исходные размеры среднего М-эхо составили $9,2 \pm 0,6$ мм. В процессе наблюдения отмечалось достоверное снижение величины М-эхо до $4,4 \pm 0,3$ мм ($p < 0,01$). Индивидуальное колебание цифр М-эхо было в пределах от 1 до 9 мм.

Таким образом, произведенное нами исследование выявило эффективность микродозированного орального контрацептива новинет при лечении гиперпластических процессов матки и сочетании миомы матки с опухолевидными образованиями яичников.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНОРЕКСИГЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ С ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМ КОНТРАЦЕПТИВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН

© Л. В. Барабанова, Т. М. Лекарева

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ им. ак. И. П. Павлова, Санкт-Петербург

У большинства женщин с ожирением наблюдаются нарушения менструального цикла, свя-

занные с овариальной недостаточностью, а также бесплодие эндокринного генеза.

Цель работы

Изучение влияния низкодозированного эстроген-гестагенного контрацептивного препарата на эффективность лечения ожирения с помощью сибутрамина в сочетании с субкалорийной диетой.

Материалы и методы

Обследовано 48 женщин с ожирением и нарушением менструального цикла, средний возраст которых составил $26,5 \pm 1,3$ года. Первая группа больных (26 женщин) получала сибутрамин (линдакса) в дозе 10 мг/сутки в сочетании с субкалорийной диетой. Вторая группа больных (22) дополнительно принимала низкодозированный эстроген-гестагенный контрацептивный препарат (линдинет 20). Обследование включало: антропометрию, определение композиционного состава тела с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, определение уровня гонадотропинов и прогестерона в крови, липидного спектра крови, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты

Шестимесячный курс терапии привел к существенному снижению массы тела в обеих исследуе-

мых группах (16,7% и 17,3% соответственно) преимущественно за счет уменьшения объема жировой ткани, достоверному улучшению показателей липидного спектра крови и восстановлению регулярного менструального цикла у большинства женщин. В первой группе больных регулярный менструальный цикл восстановился у 15 из 26 женщин. У 10 из них восстановление полноценного овуляторного цикла было подтверждено с помощью определения прогестерона во вторую фазу менструального цикла и ультразвукового исследования яичников. У больных второй группы, получавших дополнительно контрацептивный препарат (линдинет 20), характер менструального цикла оценивали через один месяц после отмены контрацептивного препарата. После шестимесячного курса лечения регулярный менструальный цикл восстановился у 14 из 22 больных, у 12 из них полноценный овуляторный цикл был подтвержден результатами гормонального и ультразвукового обследования.

Таким образом, низкодозированный эстроген-гестагенный контрацептивный препарат (линдинет 20) потенцирует лечебную эффективность анорексигенного препарата центрального действия (сибутрамина), способствуя восстановлению полноценного овуляторного цикла.

РОЛЬ ГЕМОТРАНСФУЗИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

© О. И. Васильева

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, отделение анестезиологии и реанимации, Санкт-Петербург, Россия

Существует мнение, что проведение родильницам с сахарным диабетом гемотрансфузии при кровопотере от 600 до 1000 мл в интраоперационном периоде, наряду с антибиотикопрофилактикой, существенно снижает риск развития послеоперационных инфекционных осложнений. Однако также известно, что гемотрансфузионная терапия может привести к таким последствиям, как тяжелые гемотрансфузионные реакции, гемотрансфузионный шок, цитратная и калиевая интоксикации, инфицирование, обусловленное гемоконтактным механизмом передачи. Цель исследования: оценить влияние гемотрансфузии в интраоперационном периоде при кровопотере до 20% ОЦК у пациенток с сахарным диабетом на частоту возникновения инфекционных осложнений.

В результате ретроспективного анализа 40 историй родов женщин 18–35 лет с доношенным сроком беременности, компенсированным сахарным диабетом (типа 1, типа 2), которым проводилось оперативное родоразрешение в условиях спинальной анестезии, были сформированы 2 группы. Родильницам

группы А (n=20) гемотрансфузии не выполнялись, в группе В осуществлялась трансфузия эритроцитарной взвеси (250 ± 20 мл, n=20), в некоторых случаях свежезамороженной карантинизированной плазмы (300 ± 20 мл, n=10). Критерии исключения: ожирение 2 ст. и более, гестоз тяжелой степени, наличие заболеваний свертывающей системы крови в анамнезе, тромбоцитопении $< 100 \times 10^9/\text{л}$. Сопоставимость групп родильниц по возрасту, массе тела, сопутствующей патологии, а также виду оперативного вмешательства (кесарево сечение в нижнем сегменте матки, объем кровопотери от 10 до 20% ОЦК) позволяет считать сравнительный анализ корректным.

Выявлено, что в группе В кровопотеря в среднем была на 100 мл больше, чем в группе А. Уровень гемоглобина в 1-е сутки после операции у родильниц группы А составил $113,4 \pm 3,95$ г/л ($M \pm m$), группы В — $102,55 \pm 3,72$ г/л, к 3-м суткам существенно не менялся ($109,45 \pm 3,53$ г/л и $97,3 \pm 3,14$ г/л соответственно). Следует отметить, что между такими показателями, как эритроциты, лейкоциты, гематокрит, температурные данные, средний койко-

день, статистически значимых различий также не наблюдалось. Послеоперационных инфекционных осложнений, а также посттрансфузионных реакций ни в одной из групп зарегистрировано не было. Учитывая стоимость операции трансфузии 1 дозы эритроцитарной взвеси 2650 руб. и 1 дозы СЗП 3230 руб., экономическая эффективность отказа от трансфузии препаратов крови в интраоперационном периоде в группе В могла составить 85 300 руб.

Таким образом, мы не выявили клинических преимуществ назначения препаратов крови во

время кесарева сечения при кровопотере 10–20% ОЦК у пациенток с сахарным диабетом с позиций частоты развития послеоперационных инфекционных осложнений и прогрессирования постгеморрагической анемии. Отказ от шаблонного назначения препаратов крови в этих случаях позволит не только избежать нежелательных посттрансфузионных реакций и осложнений, но и рационально использовать материальные ресурсы, что, несомненно, создаст условия для повышения качества лечения.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА

© А. Н. Григорьев

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, лаборатория микробиологии, Санкт-Петербург

Характеристика проблемы

На сегодняшний день микроскопическое и культуральное исследования остаются наиболее широко используемыми методами диагностики трихомониаза. Обладая высокой специфичностью, эти методы значительно уступают методам амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) в чувствительности, однако использование МАНК в рутинной практике возможно только после тщательной их оценки.

Цели и задачи

Целью работы явилась сравнительная оценка методов лабораторной диагностики инфекций, вызываемых *Trichomonas vaginalis*, используемых в нашей стране.

Материалы и методы

Были исследованы клинические материалы, полученные из урогенитального тракта 70 пациентов группы высокого риска инфицирования (55 женщин и 15 мужчин репродуктивного возраста) городского кожно-венерологического диспансера, имевших клиническую картину трихомониаза или контакт с больным трихомониазом. Материалами для исследования служили вагинальное отделяемое у женщин и отделяемое уретры у мужчин. Все образцы были исследованы шестью тестами на основе МАНК, а именно тремя ПЦР-тестами с электрофорезной детекцией, двумя ПЦР-тестами с детекци-

ей в режиме реального времени и одним тестом на основе метода NASBA (nucleic acid sequence based amplification) в реальном времени. Культуральным и микроскопическим методами были обследованы 31 и 63 пациента соответственно.

Результаты исследования

T. vaginalis были выявлены у 30 (54,5%) женщин и у 3 (20%) мужчин. Результаты всех тестов совпали у 30% пациентов, чувствительность культурального метода составила 54,5%, специфичность — 100%. Чувствительность микроскопического метода составила 86,7%, специфичность — 100%. Чувствительность МАНК составила 93,9–100%, специфичность — 100%. Самую высокую аналитическую чувствительность имели тесты производства ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии — 10 копий/мл для обоих форматов ПЦР. ПЦР-тесты производства ЗАО «ДНК-технология» выявляли ДНК *T. vaginalis* в концентрации 10² копий/мл, ПЦР-тест производства ООО «Литех» — 10³ копий/мл.

Заключение

Проведенное исследование показало высокую чувствительность и специфичность МАНК в сравнении с другими методами диагностики трихомониаза, что в совокупности с быстрым получением результата исследования значительно повышает эффективность выявления данного заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

© А. К. Долинский

ГУ НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

В последние годы лапароскопическая гистерэктомия прочно вошла в повседневную гинекологическую практику. Тем не менее, частота

использования этой операции в сравнении с ее традиционным лапаротомным аналогом остается достаточно низкой.

Цель работы

Анализ результатов 7-летнего опыта применения лапароскопической гистерэктомии, выполненной стандартизированной хирургической техникой.

Материал и методы

В отделении оперативной гинекологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН в период с 2004 по 2010 гг. накоплен опыт 489 лапароскопических гистерэктомий. В 2004 г. произведено 10 операций; в 2005 — 74; в 2006 — 64; в 2007 — 52; 2008 — 96; 2009 — 101; 2010 — 92 соответственно. Из них 428 (87,6%) тотальных лапароскопических гистерэктомий (TLNE) и 61 (12,4%) субтотальная лапароскопическая гистерэктомия (STLNE).

Результаты

Техника операции, которая применялась в нашем отделении, была разработана в Международном центре лапароскопической гинекологии Clermont-Ferrand (Франция) и представлена десятью последовательными этапами.

Продолжительность оперативного вмешательства в среднем составила $98 \pm 14,7$ мин. При этом важно отметить, что в 2004 г. она составляла $150 \pm 18,7$ мин, в 2005 г. — $115 \pm 13,2$ мин, в 2006 г. — $105 \pm 11,8$ мин, в 2007 г. — $90 \pm 8,6$ мин, 2008 г. — $87 \pm 9,4$ мин, в 2009 г. — $80 \pm 11,4$ мин, 2010 г. — $98 \pm 10,1$ мин. В среднем, около 10% времени операции занимал доступ в брюшную полость; 20–40% заняла диссекция широких маточных связок, пресечение маточных сосудов и их гемостаз; 10–15% — отсечение матки от сводов, и 2,5–55% было затрачено на извлечение матки. При размерах матки до 7/8 недель в среднем необходимо $4,7 \pm 1,2$ мин на ее извлечение. В то время как на извлечение препарата размерами более 7/8 недель, необходимо затратить $15 \pm 5,7$ мин. При наличии миоматозных узлов, грубо деформирующих наружный контур матки, мы применяли ручную морцелляцию матки ножницами вагинальным доступом ($14,8 \pm 3,7$ мин). При использовании морцеллятора нами было затрачено $13,7 \pm 6,1$ мин. Средний объем кровопотери составил $76,7 \pm 14,8$ мл. В 2004 г. — $150 \pm 28,6$ мл, в 2005 — $107 \pm 17,4$ мл, в 2006 — $84 \pm 13,6$ мл, в 2007 — 76 ± 9 мл, в 2008 — $82 \pm 14,9$ мл, в 2009 — $56,5 \pm 7,9$, в 2010 — $47 \pm 12,3$ мл. Средний размер матки составил 10/11 нед. беременности, вес удаляемого препарата составил 75 — 1050 г, в среднем 397 ± 37 г. Средняя масса маток морцеллированных в брюшной полости — 585 ± 68 г, вручную — $423,3 \pm 44$ г, извлеченных без морцелля-

ции — 313 ± 38 г. Частота осложнений в период 2004–2010 гг. составил 2,5% (15 случаев). За обозреваемый период мы столкнулись с 8 случаями кровотечения, объемом более 270 ± 67 мл, потребовавшими выполнения конверсионной лапаротомии, что составило 1,6%. При этом в 6 случаях (1,2%) — источником кровотечения была маточная артерия, в 1 случае (0,2%) — общая подвздошная вена, в 1 (0,2%) — эпигастральная артерия. Ранение мочеочника произошло в 3 случаях (0,6%). При этом за период с 2007 по 2010 г. такого осложнения мы не встречали. Такие осложнения, как образование пузырно-влагалищного свища после тотальной лапароскопической гистерэктомии — 1 случай (0,2%), абсцесс культи влагалища — 1 (0,2%), воспалительный инфильтрат культи влагалища — 1 (0,2%), ранение мочевого пузыря — 1 (0,2%) встречались редко, и большая часть этих осложнений произошла впервые 2 года, то есть в период накопления хирургического опыта.

Частота малых послеоперационных осложнений, таких как перикюпитит, инфильтрат параметрия, лихорадка были диагностированы в 2,6%. Лихорадкой мы считали повышение температуры тела выше 38°C . Данное осложнение отмечено у 2,4% пациенток. При этом следует отметить, что во всех случаях мы начинали антибиотикотерапию еще на интраоперационном этапе. Не мало важно, что у 74% лихорадящих больных лапароскопическая гистерэктомия сопровождалась техническими трудностями: разделение большого количества спаек, иссечение позадишеечного эндометриоидного инфильтрата.

Сроки госпитализации были следующими: 12,2 дня в 2004 г.; 10,7 дней в 2005 г.; 10,1 день в 2006 г.; 9,4 дней в 2007 г.; 9,1 день в 2008 г.; 9,05 дней в 2009 г.; 8,4 дня в 2010 г. В целом длительность пребывания в стационаре составила $7,3 \pm 2,4$ дня.

Выводы

На основании полученных данных можно заключить, что при наличии достаточного опыта и необходимого оснащения операционной лапароскопическая гистерэктомия является эффективным и безопасным видом хирургического лечения в гинекологии. Эта операция обладает следующими достоинствами: малоинвазивность, а значит — низкий риск инфекционных осложнений, возможность применения коротких курсов антибиотикотерапии, незначительно выраженный послеоперационный болевой синдром, косметичность, малые сроки госпитализации.

ВЛИЯНИЕ АНТИГЕСТАГЕНОВ НА ТЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА

© В. Ю. Захарова

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Актуальность

Основными патогенетически обусловленными направлениями терапии патологического прелиминарного периода (ППП) являются коррекция спонтанной сократительной активности матки и достижение биологической готовности к родам. Разработка новых схем терапии ППП является резервом снижения частоты оперативного родоразрешения и улучшения перинатальных исходов при данном виде акушерской патологии.

Цель работы

Оценить влияние антигестагенов, на созревание шейки матки при патологическом прелиминарном периоде.

Задачи исследования

Изучить особенности течения ППП у пациенток 3 групп: на фоне применения стандартной терапии ППП, а также при включении в состав терапии антигестагенов и препаратов простагландинов Е2 с целью достижения оптимальной биологической готовности к родам.

Методы исследования

Пациенткам 3 сравниваемых групп (n=202) при установлении диагноза ППП проводили стан-

дартную терапию (токолитические препараты, профилактика гипоксии плода). Для подготовки мягких родовых путей пациентки 2-й группы получали также мифепристон 200 мг перорально дважды с интервалом 6 часов, тогда как беременные 3-й группы — препараты простагландина Е2 (0,5 мг динопростона интравагинально дважды с интервалом в 6 часов).

Результаты исследования

Проведенный анализ показал высокую частоту экстрагенитальной и гинекологической патологии у беременных всех групп, а также наличие у большинства беременных «незрелой» шейки матки при доношенном сроке беременности, что является одним из основных predisposing факторов развития ППП. На фоне применения антигестагенов отмечалось статистически значимое уменьшение времени течения ППП на фоне его лечения, а также ускорение динамики «созревания» шейки матки. Спонтанное вступление в роды подавляющего большинства пациенток с ППП и достоверное снижение частоты оперативного родоразрешения на фоне терапии антигестагенами позволяют рассматривать данную схему терапии ППП как схему выбора при ППП.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

© Р. В. Капустин

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Актуальность вопроса

Высокий процент заболеваемости гестационным сахарным диабетом (ГСД) среди беременных, неблагоприятный исход, как для плода, так и для матери, требует разработки методов ранней диагностики, профилактики и лечения таких пациенток.

Цель работы

Оценить влияние ГСД в зависимости от форм компенсации на течение беременности и сопоставить полученные данные с патоморфологическим исследованием плацент исследуемых групп.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ особенностей течения беременности и родов у 150 бере-

менных женщин, исследовано три группы сравнения: ГСД (д), компенсированный диетой (n=86); ГСД (и) — инсулинотерапией (n=14); контрольная группа без нарушения углеводного обмена (n=50). Гистологическое исследование последа проводили общепринятыми методами.

Результаты и их обсуждение

У большинства женщин с ГСД беременность протекает с осложнениями, среди которых наиболее часто встречается гестоз (75%), сопутствующая урогенитальная инфекция (52,6%), обусловленная, как правило, условно-патогенной флорой (*Ureaplasma urea* — 34,8%, *Corynebacterium spp* — 28,2%, *Staphylococcus epid* — 17,4%). Наличие инфекционных агентов, нарушение то-

лерантности к глюкозе приводят к возникновению многоводия у 27% беременных. Кроме того, высокий уровень гликемии может обуславливать макросомию плода, что встречалось у каждой третьей женщины с ГСД на диетотерапии (29%), и каждой второй с ГСД на инсулинотерапии (42,8%). Частота развития диабетической фетопатии у беременных с ГСД (и) достигала 35,7%. Метаболические и эндотелиальные нарушения у беременных с ГСД приводят к возникновению плацентарной недостаточности в 14% случаев. В родах у пациенток с ГСД частым осложнением является несвоевременное излитие околоплодных вод — 30%, гипоксия плода — 18%. При гистологическом исследовании плацент женщин с ГСД,

у каждой седьмой строение плаценты не соответствовало гестационному сроку. Плацентарная недостаточность была морфологически выявлена в 70% последов. При этом острые нарушения кровообращения определялись в 46,5%. В высоком проценте случаев встречались лимфолейкоцитарные и мононуклеарные децидуиты — 63,0% и 22,0% соответственно.

Заключение

ГСД индуцирует высокий процент осложненных течения беременности и родов, обуславливает выраженные патоморфологические изменения в плаценте, поэтому требует своевременной диагностики, профилактики и лечения.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

© А. В. Колесникова

НИИ АГ им. Д. О. Отга СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Заболеваемость бронхиальной астмы (БА) значительно возросла в последние 3 десятилетия, и по заключению экспертов ВОЗ, ее относят к наиболее часто встречающимся хроническим заболеваниям человека. Около 8% беременных имеют отягощенный соматический анамнез по БА.

Цель работы

Оценить влияние тяжести течения БА на развитие плацентарной недостаточности и исход беременности.

Материалы и методы

Наблюдалось 50 женщин с БА различной степени тяжести. I группа — БА легкой степени тяжести — 29 человек (58%), II группа — БА средней степени тяжести — 16 человек (32%), III группа — с тяжелым течением БА — 5 человек (10%). Пациентки всех групп наблюдались у пульмонолога с разных сроков беременности и получали специфическую терапию БА в зависимости от тяжести основного заболевания. Базисная терапия проводилась в соответствии с представлениями о ступенчатом подходе. Велось клиническое наблюдение за беременными, выявлялись осложнения беременности. Диагноз ПН ставился на основании клинических данных и подтверждался гистологическим и иммуноморфологическим методами.

Результаты исследования

Наиболее частым осложнением беременности был гестоз: в I группе в 86,2%, во II группе — 68,7%, в III группе — 60%. Многоводие соответственно

было в I группе — 13,7%, во II — 12,5%. Маловодие выявлено только в I группе — 3,4%. Срочные роды произошли в 98%. Преждевременные роды в 2% случаев. Гипоксия плодов в родах наблюдалась в 8 случаях у женщин с БА средней степени и в 1 случае с БА тяжелой степени. С гипотрофией родилось 4 ребенка у женщин II группы и 1 ребенок у женщин I группы. Средний вес новорожденного в I группе — 3263 г, во II группе — 3124 г и в III — 3316 г. Плацентарная недостаточность (ПН), подтвержденная гистологически в I группе была у 5 женщин (17,24%). Во II — у 5 беременных (31,25%). В I группе компенсированная ПН развилась у 4 пациенток, субкомпенсированная у 2. Во II группе — компенсированная ПН осложнила беременность у 2 женщин, субкомпенсированная — у 4. Гипоксия плода встречалась в 40% случаев только при субкомпенсированной ПН, так же как и гипотрофия плода в 80%. У беременных женщин без ПН гипоксия плода развилась в 10%, а гипотрофия плода — в 2,5%. Иммуноморфологическое исследование плаценты показало, что при субкомпенсированной ПН патогенный иммунный комплекс (ПИК) и фибриноген определяется в 80% и 100% наблюдений соответственно, как в центральной части плаценты, так и на периферии. При компенсированной ПН, ПИК выявлялся реже — в центральной части плацент встречается в 40%, на периферии — 20%. Фибриноген — в 80% в обеих частях плаценты.

Заключение

Таким образом, беременность у женщин с БА протекает с высокой частотой гестозов и плацентарной недостаточности. Особенно опасна суб-

компенсированная форма, при которой повышается риск развития гипоксии плода и увеличивается частота рождения детей с гипотрофией. Поэтому

главной задачей является не только тщательное лечение и контроль БА, но и профилактика гестоза и ПН у таких женщин.

ОЦЕНКА НОВОГО ТЕСТА НА ОСНОВЕ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВ ГРУППЫ В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

© А. А. Крысанова, О. В. Будиловская

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, лаборатория микробиологии, Санкт-Петербург

Характеристика проблемы

Важнейшей задачей в профилактике инфекций, вызываемых стрептококками группы В (*Streptococcus agalactiae*), у беременных женщин и новорожденных детей является своевременная лабораторная диагностика. В настоящее время для выявления *S. agalactiae* используется культуральный метод. К ограничениям метода относятся длительность культивирования (до двух суток) и отсутствие условий для бактериологических исследований в некоторых родовспомогательных учреждениях.

Цель

Целью данного исследования явилась оценка нового теста на основе ПЦР в реальном времени для выявления ДНК *S. agalactiae* у беременных женщин и новорожденных детей.

Материалы и методы

Материалами для исследования служили отделяемое цервикального канала, влагалища, моча (женщины), а также отделяемое носоглотки, поверхность кожи наружного слухового прохода, подмышечных впадин, меконий (дети). Культуральное исследование включало посев на агар с добавлением 5% дефибринированной крови человека и идентификацию выделенных стрептококков с использованием САМР-теста и метода ко-агглютинации. ДНК микроорга-

низма определяли с использованием нового теста, разработанного в ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. Диагностическую чувствительность и специфичность нового теста рассчитывали по отношению к результатам культурального метода. Аналитические характеристики теста оценивали с использованием чистых культур *S. agalactiae* (n=177), а также клинических изолятов других микроорганизмов (n=55).

Результаты

Всего было проанализировано 1496 клинических материалов (988 от 650 женщин и 508 от 112 детей). *S. agalactiae* был выявлен в 58 пробах, полученных от 32 женщин (4,9%) и 3 детей (2,7%). В 34 пробах *S. agalactiae* был обнаружен обоими методами; 1403 пробы были отрицательными как в культуре, так и в ПЦР. Показатели диагностической чувствительности и специфичности метода ПЦР равнялись 81% и 97,6% соответственно. Предел детекции нового теста ПЦР в реальном времени составил 1–3 копии ДНК *S. agalactiae* на реакцию. Неспецифических реакций с другими микроорганизмами не выявлено.

Заключение

Новый тест на основе ПЦР в реальном времени для выявления *S. agalactiae* по чувствительности и специфичности сопоставим с культуральным методом.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ

© А. Б. Мирзоева

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Проблема новообразований яичников является одной из наиболее актуальных в современной репродуктологии. Нередко наступление беременности у женщин, имеющих опухоли и опухолевидные образования придатков матки. По данным литературы, во время беременности доброкачественные серозные опухоли встречаются в 21% случаев среди всех опухолей яичников. Согласно наблюдениям различных авторов, доброкачественные опухоли яичников

наблюдаются в сочетании с беременностью в 4–5 раз чаще, чем злокачественные сочетанные беременности и опухолей яичников повышает риск развития таких осложнений, как перекрут ножки кисты опухоли, нарушение кровоснабжения, разрыв ее капсулы и механическое препятствие в родах.

Опухоли осложняют течение беременности угрозой прерывания, синдромом задержки роста плода, перитонитом при разрывах капсулы.

Вопрос в сроках операции и объема всегда решается индивидуально для каждой беременной.

В современной литературе имеются лишь единичные сообщения об использовании современных методов диагностики и лечения опухолей яичников при беременности, хотя необходимость проведения таких исследований не вызывает сомнений.

За 9 месяцев нами наблюдалось 30 беременных в возрасте от 20 до 40 лет с новообразованиями придатков матки. Средний возраст был $27,6 \pm 1,01$. У всех женщин опухоли впервые были обнаружены во время беременности. Средний возраст беременностей, при которых были обнаружены опухоли 7–8 недель. По данным УЗИ размеры опухоли в среднем составили: I размер — $56,5 \pm 5,5$ мм, II размер — $49,1 \pm 4,6$ мм.

20 женщин в настоящее время находятся во время беременности. Беременность протекает у них без особенностей. 5 беременных женщин были оперированы в разные сроки беременности: в 3 случаях по поводу перекрута ножки опухоли в сроке 7, 22, 23, 35, 36 недель, в 1 случае по поводу заднебрюшного вставления в сроке 40 недель, в 1 по поводу несостоятельности рубца на матке в сроке 36–37 недель. Из них во время анестезии одновременно произведено кесарево сечение у 3 беременных женщин.

Таким образом, осложнения со стороны опухолей яичников были у 3 беременных женщин

в виде перекрута ножки опухоли, операции выполнялись во всех случаях только лапаротомическим доступом, токолитическая терапия проводилась после операции только двум беременным женщинам.

Морфологическая структура опухолей яичников — односторонних кист, в виде серозной цистаденомы была у 2 женщин, у 1-й в виде тератомы и у 2-й в виде серозной цистаденомы с элементами дермоидной кисты. Исходы беременностей: вакуум аспирация была произведена у 1 в сроке 5–6 недель, поздний самопроизвольный выкидыш у 1 в сроке 17–18 недель и у 1 была неразвивающаяся беременность в сроке 6–7 недель.

Среди основных особенностей клинического течения гестационного периода можно выделить высокую частоту угрозы прерывания беременности, анемию беременных и плацентарную недостаточность. В структуре родоразрешения преждевременные роды были у одной, запоздалые у одной и роды в срок у 5 женщин.

Таким образом, опухоли яичников частая причина ряда осложнений беременности и родов и лучшим вариантом является выявление их и лечение до наступления беременности. Раннее выявление опухолей яичников при беременности способствует выбору сроков операции, метода ее проведения, рациональной акушерской тактики, направленной на пролонгирование беременности.

ЭКСПРЕССИЯ АДГЕЗИОННЫХ МОЛЕКУЛ ЦИТОТОКСИЧЕСКИМИ Т-ЛИМФОЦИТАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГЕСТОЗЕ

© В. А. Михайлова, О. М. Овчинникова, Н. Ю. Сафронова

НИИ АГ им. Д. О. Отга СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Необходимым условием формирования ткани плаценты является миграция CD8+ Т-лимфоцитов из периферической крови в децидуальную ткань. При гестозе в периферической крови повышено количество CD8+ Т-лимфоцитов и повышена адгезия лимфоцитов к активированному эндотелию. Целью работы была сравнительная оценка экспрессии адгезионных молекул CD8+ Т-лимфоцитами периферической крови женщин с физиологической беременностью и с гестозом.

Обследовано 73 женщины: 27 здоровых небеременных женщин, 22 женщины с физиологической беременностью на сроке 38–39 недель, 24 беременные женщины с гестозом на сроке 38–39 недель. Окраску лейкоцитов осуществляли в соответствии с указаниями производителя антителами к CD3, CD8; CD11a, CD11b, CD11c,

CD18, CD29, CD49d, CD31, CD44, CD47, CD54, CD58, CD62L, интегрину-бета7 (BD, США). Анализ флуоресценции лимфоцитов проводили с помощью проточного цитофлуориметра FACS Canto II (BD, США). Статистический анализ данных осуществляли в программе AttStat 12.1.7.

У женщин с физиологической беременностью по сравнению с небеременными женщинами повышено количество CD8+ Т-лимфоцитов, экспрессирующих HLA-DR, CD54, интегрин-бета7, CD11b, CD29, CD49d, а также повышена интенсивность экспрессии HLA-DR, CD11c, интегрин-бета7, CD29 этими клетками. При гестозе по сравнению с физиологической беременностью снижено количество CD8+ Т-лимфоцитов, экспрессирующих CD54, CD18, CD47, интегрин-бета7, CD44, CD58, CD49d, и снижена интенсив-

ность экспрессии CD54, CD47, интегрин-бета7, CD44, CD29, CD49d этими клетками. Однако при гестозе, по сравнению с физиологической беременностью, отмечена увеличенная в 6,5 раз интенсивность экспрессии CD18 цитотоксическими Т-лимфоцитами.

Повышенная экспрессия CD29, CD49d и интегрин-бета7 CD8+ Т-лимфоцитами женщин с физиологической беременностью по сравнению с небеременными женщинами может спо-

собствовать увеличенной адгезии лимфоцитов к эндотелию при физиологической беременности. Повышенная адгезия CD8+ Т-лимфоцитов к активированному эндотелию при гестозе, вероятно, в основном обусловлена повышенным количеством адгезионных молекул LFA-1 (CD11a/CD18) на этих клетках. Работа выполнена при финансовой поддержке Министерства образования и науки РФ ГК №02.740.11.0711 и гранта Президента РФ №НШ-3594.2010.7.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ИНГИБИТОРА АРОМАТАЗЫ ЛЕТРОЗОЛА В ПРЕОДОЛЕНИИ АНОВУЛЯТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ

© А. З. Морчиладзе

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Введение

В арсенале средств, используемых в преодолении ановуляторного бесплодия, в последние годы все более частое применение находят высокоселективные нестероидные ингибиторы ароматазы третьего поколения, блокирующие превращение андрогенов в эстрогены.

Целью исследования

Сопоставление результатов индукции овуляции ингибитором ароматазы летрозолом с эффективностью селективного модулятора эстрогеновых рецепторов — кломифеном.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач в период с 2009 по 2011 гг. проведено обследование 102 больных репродуктивного возраста с нормогонадотропной недостаточностью яичников. Средний возраст обследованных женщин составил $29,1 \pm 1,5$ лет, средний индекс массы тела равнялся $23,2 \pm 0,8$ кг/м². Причиной ановуляторного бесплодия у 41 больной явился СПЯ, 35 — НГЭ, 26 — хронический сальпингоофорит. Длительность бесплодия в среднем составила $15,2 \pm 1,1$ месяца. I группу составили 58 женщин (128 циклов), применявших летрозол по 2,5 мг в сутки с 3-го по 7-й день менструального цикла. При отсутствии овуляции в следующем цикле доза летрозолом увеличивалась до 5,0 мг в день. Во II группе (n=44) больные получали кломифен в дозах от 50 мг до 150 мг в сутки с 5-го по 9-й день менструального цикла. В обеих группах при достижении фолликулом диаметра 18 мм и более вводилась разрешающая доза хорионического гонадотропина. У всех женщин с целью мониторингирования динамики роста фолликулов и

толщины эндометрия проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты

Среднее количество предовуляторных фолликулов на фоне применения кломифена было достоверно больше по сравнению с соответствующим показателем при использовании летрозолом ($2,4 \pm 0,5$ против $1,3 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$). В отличие от кломифена летрозол не оказывал отрицательного действия на эндометрий. Толщина эндометрия при стимуляции овуляции летрозолом достоверно ($p > 0,05$) превышала таковую на фоне применения кломифена.

В I группе беременность наступила у 22 больных (17,4% на цикл лечения), во II группе — у 6 женщин (13,6%). У 2 женщин, применявших кломифен, имело место многоплодие, тогда как на фоне индукции овуляции летрозолом всего лишь одна беременность из 22 оказалась многоплодной (двойня). В циклах с летрозолом не отмечено резко выраженной мультифолликулярной реакции и, как следствие, ни в одном случае не зарегистрировано синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ). СГЯ легкой степени тяжести наблюдался у трех женщин и средней степени — у одной больной II группы. Случаев тяжелого СГЯ, потребовавших стационарного лечения, в обследованной группе не отмечено.

Таким образом, при использовании летрозолом по сравнению с кломифеном наблюдается большая толщина эндометрия, меньшее число растущих и доминантных фолликулов, а также отсутствие синдрома гиперстимуляции яичников, что позволяет рассматривать данный метод стимуляции овуляции предпочтительным у женщин с высоким риском развития СГЯ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАСТОДИНОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК В СОЧЕТАНИИ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© Д. Муродова

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ, г. Душанбе

Заболевания молочных желез в детском возрасте весьма разнообразны по морфологическому строению, клиническому течению и требуют строгого дифференцированного подхода к выбору метода лечения.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения мастодинона при лечении фиброзно-кистозной мастопатии у девочек и девушек в сочетании с гинекологическими заболеваниями.

Лечебный эффект лекарственного препарата «Мастодинон» наиболее четко проявился в отношении масталгии. До лечения на масталгию жаловались 18 (85,7%) пациенток из 21. У большинства пациенток боли в МЖ наблюдались во второй фазе менструального цикла; из них у 7 (33,3%) боли были постоянные, усиливающиеся перед очередной менструацией; у 11 (52,3%) — отмечалось обострение поверхностной чувствительности за 5–6 дней до предполагаемой менструации. У 15 (71,4%) из 18 пациенток было отмечено исчезновение симптомов масталгии в течение первых месяцев терапии мастодиноном. Лечебный эффект мастодинона проявлялся наиболее выражено через 2 мес лечения при всех формах ФКМ. У 3 (16,6%) из 18 больных к концу лечения наблюдали лишь незначительное ослабление масталгии.

Мастодинон оказывал лечебный эффект на проявления синдрома предменструального напряжения МЖ. До лечения нагрубание и отечность МЖ во второй фазе менструального цикла отмечали 11 (52,3%) из 21 больных. В результате лечения синдром предменструального напряжения МЖ исчезал или ослабевал у 7 (63,6%) из 11 больных. Мастодинон оказывал лечебный эффект на проявления дисменореи. До лечения боли внизу живота до и во время менструации отмечали 14 (66,6%) больных. У 9 (64,2%) из 14 пациенток проведенное лечение способствовало прекращению и уменьшению болей внизу живота. До лечения у 7 (33,3%)

девушек продолжительность менструальных выделений была более 5 дней, достигая 7–8 дней. В результате применения мастодинона у 4 (57,1%) из 7 пациенток уменьшалась продолжительность менструаций, они становились менее обильными, что можно расценивать как положительное влияние мастодинона на клинические проявления менорагии.

Большинство пациенток отмечали болезненные ощущения во время пальпации МЖ. После проведенного лечения у 10 (47,6%) из 21 девушек наблюдалось ослабление пальпаторных признаков ФКМ, преимущественно через 3 мес, в виде уменьшения плотности, напряжения тканей, а также ослабления болезненности при пальпации. Лечебный эффект мастодинона проявился в регрессии кист в МЖ. При УЗИ до лечения у всех девушек были выявлены патологические проявления ФКМ, причем у 18 (85,7%) — зарегистрированы кисты. В результате проведенного лечения у 8 (44,4%) из 18 пациенток, по данным повторных УЗИ, наблюдался регресс одной или всех измеренных кист МЖ. При этом у 2 (11,1%) девушек наблюдался полный регресс кист. Кроме того, по сравнению с исходными данными, у 3 из 21 девушек (14,2%) отмечалось снижение эхогенности железистых структур. Вместе с тем, у 10 (55,5%) после проведенного лечения объем кист МЖ не изменился; а у 3 (16,6%) из них наблюдалось незначительное увеличение кист в объеме.

В целом, мастодинон оказал лечебное действие у 90% пациенток. Ухудшение клинической картины и структуры МЖ не отмечено ни в одном случае. У всех прослеженных до конца исследования пациенток применение мастодинона не вызывало каких-либо побочных эффектов. Следует отметить, что после окончания исследования более 75% девочек пожелали продолжить прием мастодинона, что обусловлено не только уменьшением масталгии, предменструального напряжения и нагрубания МЖ, но и значительным улучшением общего состояния.

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ГЕСТАГЕНАМИ

© Е. В. Мусина

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

В настоящее время не существует критериев эффективности терапии фиброзно-кистозной болезни.

Лечение считается эффективным при отсутствии или уменьшении клинических проявлений заболевания.

Цель исследования

Выявить критерии эффективности прогноза терапии фиброзно-кистозной болезни гестагенами.

Материалы и методы исследования

Обследовано 79 женщин в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст составил $29,7 \pm 0,6$ года). Возраст менархе составил в среднем $13,2 \pm 0,2$ года. Для объективной характеристики интенсивности болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Для коррекции симптомов ФКБ использовали трансдермально микронизированный прогестерон (прожестожель в дозе 2,5 г на кожу молочной железы два раза в день) — 42 больные и 37 женщин использовали микронизированный прогестерон (утрожестан 200 ежедневно) перорально с 16-го по 25-й день менструального цикла. Динамический контроль осуществляли через 6 месяцев от начала лечения. Эффективность терапии оценивали через динамику жалоб, ультразвуковых и доплерометрических данных. Для выявления критериев эффективности терапии использовали дискриминантный анализ полученных данных.

Результаты

В результате проведенного дискриминантного анализа были выявлены критерии эффективности терапии для каждой группы в отдельности, [дискриминантные переменные были линейны ($p < 0,05$)].

Для группы больных получавших микронизированный прогестерон трансдермально они были следующие: уровень прогестерона, пульсационный индекс, интенсивность болевого симптома по ВАШ, длительность болевого симптома в течение месяца (дни), возраст (годы). Для группы с пероральным применением микронизированного прогестерона: длительность болевого симптома в течение месяца (дни), уровень пролактина, уровень ЛГ, индекс массы тела, индекс резистентности, степень жировой трансформации молочных желез. Были вычислены коэффициенты b для каждой дискриминантной функции.

Заключение

Таким образом, оценка критериев, полученных путем дискриминантного анализа позволит спрогнозировать терапию фиброзно-кистозной болезни и выбор препарата в каждом конкретном случае.

ЧАСТОТА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОВУЛЯТОРНОГО ЦИКЛА ЖЕНЩИН, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

© В. Г. Ребекевша, А. Ю. Щербук

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, Санкт-Петербург

Заболевание аденомой гипофиза в 75 % случаев приходится на репродуктивный возраст. По данным литературы, с наличием в гипофизе новообразования — аденомы могут быть непосредственно связаны нарушения состояния репродуктивной системы женщин. Одним из методов лечения заболевания является хирургический. В свою очередь, наличие полноценного овulatoryного цикла в послеоперационном периоде — один из показателей восстановления репродуктивной функции и успешного лечения аденомы.

Цель работы

Изучить функцию яичников у женщин после оперативного лечения аденом (пролактином и соматотропином) гипофиза.

Проведен анализ клинико-анамнестических данных 23 пациенток с пролактиномами (13) и соматотропиномами (10). У всех пациенток была проведена аденомэктомия трансназосфеноидальным доступом в период с 2006 по 2009 год.

Возраст пациенток находился в пределах от 20 до 44 лет.

Нарушения менструального цикла были у 19 (82,6%) прооперированных больных. Нарушение менструального цикла в качестве первого симптома опухоли имело место у 13 (56,5%) больных. Ановуляция наблюдалась у 13 (56,5%) женщин, недостаточность лютеиновой фазы — у 6 (26,1%) женщин. В результате хирургического лечения регулярный овulatoryный цикл был восстановлен у 14 (73,7%) пациенток. Отсутствие восстановления менструального цикла после хирургического лечения аденомы гипофиза наблюдалось у больных с отсутствием ремиссии по данным МРТ и гормональных методов исследования, а также у пациентки с пангипопитуитаризмом.

Таким образом, у наблюдаемых нами пациенток, оперированных по поводу аденомы гипофиза, в большинстве случаев имеет место благоприятный прогноз восстановления овulatoryной функции яичников.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ АРОМАТАЗЫ В ЯИЧНИКАХ И ПРИ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ АНОВУЛЯЦИИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

© В. А. Савина, Г. Х. Толибова

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Нормогонадотропная недостаточность яичников является одной из основных причин женского бесплодия. Возможными причинами данной патологии могут быть частичные ферментативные дефекты в синтезе эстрогенов. Метаболизм эстрогенов из андрогенов катализируется энзимным комплексом, известным как ароматаза р450.

Цель работы

Выяснить роль ароматазы р450 в патогенезе нормогонадотропной недостаточности яичников.

Задачи работы

Изучить особенности экспрессии ароматазы р450 при полноценном овуляторном цикле и при нормогонадотропной недостаточности яичников.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования служила ткань яичника, полученная при лапароскопии на 10–12-й день менструального цикла у 39 женщин в возрасте от 20 до 35 лет. В основную группу вошли 30 женщин с нормогонадотропной нормопролактинемической ановуляцией, связанной с эндометриозом и хроническим аднекситом. Контрольную группу составили 9 женщин с овуляторным циклом. Иммуногистохимическое исследование проводили на парафиновых срезах. Срезы ткани толщиной 5 мкм помещали на предметные стекла, покрытые пленкой из поли-L-лизина (Sigma). В качестве системы визуализации использовали EnVision/HRP («Dako», Дания). Количественную

оценку результатов иммуногистохимических реакций проводили с использованием системы компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящей из микроскопа Nikon Eclipse E400, цифровой камеры Nikon DXM1200, персонального компьютера на базе Intel Pentium 4, программного обеспечения АСТ-1, версия 2.12 и «Видеотест-Морфология 5.0». Оценивали экспрессию ароматазы р450 (ЭА) в гранулезных клетках доминантного фолликула, используя показатель интегральной оптической плотности и количества клеток в объекте. Статистический анализ различий между сравниваемыми группами выполнялся с использованием проверки по непарному t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования

При нормогонадотропной ановуляции ЭА клеткой гранулезы в среднем составила 370 ± 16 . В контрольной группе это значение составило 528 ± 21 . Таким образом, показано достоверное ($p < 0,05$) снижение экспрессии ароматазы р450 клетками гранулезы яичника у женщин в основной группе.

Выводы

В физиологических условиях предовуляторный подъем эстрогенов вызывает овуляторный пик гонадотропинов. Полученные данные позволяют считать, что причиной ановуляции у обследованных больных является дефицит ароматазы р450 в доминантном фолликуле, приводящий к снижению уровня эстрогенов в предовуляторном периоде.

ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА В ПЕРВОМ И НАЧАЛЕ ВТОРОГО ТРИМЕСТРОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

© Ю. М. Трапезникова, К. А. Измestьева

Федеральное государственное учреждение «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздравсоцразвития России, Екатеринбург

Расширение показаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и повышение их эффективности способствуют росту ожиданий врача и пациента по поводу исхода беременности, в связи с чем актуальной остается проблема ранней диагностики и доклинического прогноза плацентар-

ной недостаточности после ВРТ с исходом в задержку внутриутробного развития плода (ЗВРП).

Цель исследования

Повысить эффективность прогноза ЗВРП в период становления фетоплацентарного

комплекса у беременных после ВРТ на основе изучения предпосылок и механизмов ее формирования.

Задачи исследования

На основе изучения закономерностей роста хориона/плаценты в течение периода плацентации, по данным ультразвукового исследования (УЗИ), выявить факторы прогноза задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) и обосновать их данными морфологического исследования.

Методы исследования

Методом сплошного когортного исследования были набраны две группы пациенток с одноплодной беременностью: основная (после ВРТ, $n=160$) и контрольная (спонтанно беременные, $n=31$). В основной группе выделены: подгруппа ЗВРП ($n=19$), подгруппа без ЗВРП ($n=141$).

Эхографическое исследование осуществляли при помощи ультразвукового прибора "ACUSON Antares" с использованием абдоминального и влагалищного датчиков, морфологическое исследование последового материала осуществлялось согласно «Морфологического стандарта исследования последов, регламентированного для лечебных учреждений V уровня — перинатальный центр» с проведением подсчета и анализа т. н. плацентарно-плодного коэффициента (ППК). Полученные результаты были обработаны методами дискриминантного и корреляционного анализа.

Результаты исследования

При анализе характера изменения объема хориона в основной и контрольной группах, по данным УЗИ, обнаружено закономерное его увеличение с ростом срока беременности. При этом начиная с 9 недель гестации, величина объема хориона/плаценты в основной группе значительно превышала таковую в контрольной группе, имелись достоверные различия в сроках 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17 недель ($p<0,05$). При сопоставлении динамики роста хориона/плаценты в подгруппах основной группы выявлено значительное снижение его объема у пациенток подгруппы ЗВРП по сравнению с пациентками подгруппы без ЗВРП в соответствующие сроки, начиная с 8 недель беремен-

ности; достоверные отличия получены в сроках 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17 недель ($p<0,05$, $p<0,01$).

Анализ результатов морфологического исследования позволил подтвердить несоответствие органометрических параметров плаценты гестационному сроку в большинстве случаев беременности после ВРТ, выражающемся в отклонении от нормальных значений плацентарно-плодного коэффициента (ППК). Данная тенденция отмечалась в 57,14% наблюдений подгруппы ЗВРП с отличием показателя ППК от гестационного срока на 1–7 недель, и в 39,13% подгруппы без ЗВРП с несоответствием ППК сроку беременности на 1–4 недели и была расценена как своеобразный морфологический «маркер» первичной несостоятельности структурных компонентов последа.

Подгруппа ЗВРП характеризовалась также повышенной частотой встречаемости и выраженностью аномалий последа (плацентарного диска и пуповины), а также различными вариантами их сочетания между собой, что способствовало ограничению его морфо-функциональной лабильности и меньшей выраженности компенсаторно-приспособительных реакций. В подгруппе без ЗВРП аномалии последа чаще носили «изолированный» характер.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что компенсаторно-приспособительные механизмы при одноплодной беременности после ВРТ активируются с ранних сроков, что выражается в несоответствии органометрических параметров хориона/плаценты гестационному возрасту, по данным УЗИ. При этом продолжительность, исход беременности и время клинической манифестации плацентарной недостаточности после ВРТ находятся в известном соответствии с наличием, степенью выраженности и вариантом сочетания аномалий структурных компонентов последа, определяющих его морфо-функциональную лабильность и, соответственно, полноту развертывания компенсаторно-приспособительных реакций фетоплацентарного комплекса.

На основании результатов исследования сформирован комплекс решающих правил прогноза ЗВРП после ВРТ для первого и начала второго триместров беременности (подана заявка на изобретение, приоритетна справка №№2010129725/14 от 15.07.2010).

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ЗА СЧЕТ МЕХАНИЧЕСКИХ, ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ЖЕНСКИЙ ОРГАНИЗМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

© Н. А. Уракова

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Процессы оплодотворения, развития плода, протекания беременности, родов, послеродовой инво-

люции матки, гемостаза и гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости и в органах репро-

дукции зависят от физико-химического состояния тканей этих частей тела, которое может быть изменено локальным введением лекарств с соответствующей физико-химической активностью, но возможности оптимизации репродукции человека за счет физико-химической активности лекарственных средств остаются недостаточно изученными.

Выявить пути оптимизации процессов оплодотворения, протекания беременности, родов и послеродового периода у женщин, а также процессов внутриутробного развития плода и новорожденного в раннем послеродовом периоде за счет неспецифических (механических, гидродинамических и физико-химических) факторов местного действия лекарственных средств.

Задачей исследования стояло определить перечень нерешенных проблем в акушерстве и гинекологии, изучить возможности управления функциональным состоянием организма, за счет локальных (механических, гидродинамических и физико-химических) факторов взаимодействия. Разработать новые медицинские инструменты, устройства, способы, средства диагностики и лечения воспалительных процессов в придатках матки, перитонита, женского бесплодия, слабости родовой деятельности, внутриутробной гипоксии плода и послеродового маточного кровотечения.

Проведено исследование качества 200 лекарственных средств, экспериментальные исследования локальной токсичности растворов лекарственных средств при местном применении проведены в опытах на 50 бодрствующих 2-месячных поросятах. Клинические наблюдения проводились с 2000 по 2010 год на 3000 женщинах в акушерских и гинекологических стационарах, на 400 новорожденных и детях разного возраста в детских стационарах города Ижевска.

В результате разработано 38 медицинских устройств, изделий медицинского назначения, лекарственных средств, способов диагностики и лечения, повышающих эффективность, точность, безопасность и прогнозируемость медикаментозных воздействий в акушерстве, гинекологии и репродукции человека. Показано, что локальные механические, гидродинамические и физико-химические воздействия на женский организм в период беременности и родов, достигаемые местным применением лекарств, обладающих соответствующей активностью, представляют собой перспективный путь оптимизации репродукции человека.

Разработан способ оценки устойчивости плода к внутриутробной гипоксии, основанный на ультразвуковой визуализации поведения плода и определения продолжительности его неподвижного состояния вплоть до появления «дыхательной» экскурсии ребер при задержке дыхания беременными женщинами. Показано, что длительная (более 15–20 секунд) неподвижность плода во время задержки дыхания беременной женщиной повышает точность выдачи заключения о высокой устойчивости плода к внутриутробной гипоксии и о возможности рождения здорового ребенка при физиологических родах. Выявление кратковременной (менее 10–15 секунд) неподвижности плода во время задержки дыхания беременной женщиной позволяет заключить о низкой устойчивости плода к внутриутробной гипоксии и о высокой вероятности интранатального гипоксического повреждения коры головного мозга плода при физиологических родах.

Предложено устранять внутриутробную гипоксию плода путем искусственного внутриутробного вентилирования его легких с помощью внутриматочного акаваланга, соединенного с дыхательной аппаратурой.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

© Т. А. Хуснутдинова

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Характеристика проблемы

Урогенитальная хламидийная инфекция представляет наибольшую опасность для репродуктивного здоровья женщины, так как может вызывать воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), невынашивание беременности, трубное бесплодие и внематочную беременность.

Цель исследования

Изучение частоты выявления антител к *Chlamydia trachomatis*, а также ДНК данного воз-

будителя в урогенитальном тракте у женщин, проходивших обследование и лечение по поводу ВЗОМТ, бесплодия и внематочной беременности.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 107 пациенток отделения оперативной гинекологии с ВЗОМТ (аднексит, эндометрит), спаечной болезнью, трубным бесплодием и внематочной беременностью (группа 1). Контрольную группу (группа 2) составили 200 беременных женщин — пациенток

дородового отделения. Образцы сыворотки крови были исследованы методом иммуноферментного анализа на IgA к *C. trachomatis*, IgG к главному белку наружной мембраны (MOMP) и плазмидному белку pgp3 *C. trachomatis* (IgG MOMP+pgp3), IgG к белку теплового шока *C. trachomatis* (IgG HSP60) (Вектор-Бест, Россия). Соскобы эпителия цервикального канала от всех женщин, а также биопсийные материалы, полученные от женщин во время операции, исследовали на *C. trachomatis* методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) (АмплиСенс *Chlamydia trachomatis*, ФГУ ЦНИИ Эпидемиологии ФС, Москва).

Результаты исследования

В первой группе IgA были обнаружены у 13 женщин (12 %), IgG MOMP+ pgp3 определялись у 52 женщин (49 %), IgG к HSP60 — у 44 пациенток (41 %). При исследовании соскобов из цервикаль-

ного канала и биопсийных материалов эндометрия и труб методом ПЦР хламидии были обнаружены у трех женщин (3 %) — у одной пациентки с острым аднекситом и двух пациенток с внематочной беременностью. В контрольной группе IgA были обнаружены у 13 женщин (7 %), IgG к MOMP+ pgp3 определялись у 68 женщин (34 %), антитела класса G к HSP60 были обнаружены у 17 пациенток (9 %). В контрольной группе хламидии были выявлены у одной пациентки (0,5 %).

Заключение

Частота выявления антител к MOMP+pgp3 и HSP60 у пациенток с ВЗОМТ (49 % и 41 %, соответственно) была значительно выше, чем у пациенток с ненарушенной репродуктивной функцией (34 % и 9 %, соответственно), что подчеркивает роль этого микроорганизма в этиологии данного заболевания. *Cipis nim quat, corer alit veros alissim*