



О ЗАСЕДАНИЯХ ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РФ ОТ 17 ЯНВАРЯ, 21 ФЕВРАЛЯ И 21 МАРТА 2007 ГОДА



Фото 1. Докладывает к. б. н. Шипицина Е. В.



Фото 2. Выступает доцент Иванова Л. В.



Фото 3. Выступает д. м. н. Абашин В. Г.

Заседание Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ от 17 января 2007 года

Тема заседания: «Рак шейки матки: диагностика, лечение и профилактика. Тактические подходы при беременности»

Повестка дня:

1. «Тестирование на вирус папилломы человека в скрининге рака шейки матки» (Шипицина Е. В., Золотоверхая Е. А., Савичева А. М.).

С докладом от группы авторов выступила к. б. н. Е. В. Шипицина (фото 1). Она отметила этиологическую роль вируса папилломы человека (**ВПЧ**) в развитии рака шейки матки (**РШМ**). Диагностика папилломавирусной инфекции наряду с цитологическими исследованиями стала рассматриваться как важнейший элемент скрининга и профилактики этого заболевания. Многочисленные исследования продемонстрировали, что тест на ВПЧ обладает гораздо более высокой чувствительностью для выявления цервикальных интраэпителиальных неоплазий, чем цитологическое исследование.

В докладе были рассмотрены возможности применения теста на ВПЧ в скрининге РШМ: в первичном скрининге в сочетании с цитологией или в качестве самостоятельного теста, для разрешения неопределенных результатов цитологического исследования, а также для контроля терапии цервикальных поражений высокой степени. Кроме того, представлены перспективы применения молекулярных маркеров неопластической прогрессии в скрининге РШМ.

2. «Роль и возможности кольпоскопии в патологии шейки матки».

Сообщение доцента Л. В. Ивановой (фото 2) касалось эпителиальных изменений на шейке матки в свете современных требований международной кольпоскопической терминологии (Барселона, 2003). Отмечена целесообразность трактовки видимых изменений на шейке матки как эктопия, а не эрозия и приведена современная классификация эктопий с причинно-следственными связями ее появления. Кроме того, были представлены слайды, демонстрирующие кольпоскопические (субклинические) признаки эпителиальных поражений шейки матки, связанных с ВПЧ различных типов. Эти изменения расцениваются как предраковые, требуют расширенного обследования и рационального лечения.

3. «Рак шейки матки. Диагностика и лечение» (д. м. н. Абашин В. Г.)



Фото 4. Выступает проф. Урманчиева А. Ф.



Фото 5. Выступает проф. Костючек Д. Ф.



Фото 6. Выступает Родин В. Г.

В докладе д. м. н. В. Г. Абашина (фото 3) рассмотрены международная и клиническая классификация рака шейки матки. Он охарактеризовал значимость и место кольпоскопического, цитологического и гистологического исследований в диагностике дисплазий эпителия и рака шейки матки. Представил стандарты лечения рака шейки матки в зависимости от стадии заболевания.

В заключение им были высказаны критические замечания в адрес первого докладчика о невозможности подмены цитологического исследования материала с экзоцервикса тестами на ВПЧ. Цитологические исследования были, есть и будут ведущими в диагностике дисплазий эпителия и рака шейки матки.

4. «Рак шейки матки и беременность» (проф. А. Ф. Урманчиева)

Профессор А. Ф. Урманчиева (фото 4) обратила особое внимание на значимость папилломавирусной инфекции в развитии рака шейки матки, охарактеризовала соотношение частоты предрака и рака шейки матки в различные возрастные периоды. Отметила, что инвазивный рак шейки матки у беременных встречается крайне редко, и наоборот, предрак — интраэпителиальная неоплазия (CIN) довольно частая клиническая ситуация. Это связано с тем, что CIN чаще встречается в возрасте 25–35 лет, и возраст беременных находится в этом интервале. Указала на причины гипердиагностики CIN у беременных, а именно, на влияние гормональных факторов, и особенности цитологической, кольпоскопической и гистологической картины при беременности. Ею были приведены алгоритм обследования и тактика ведения беременности, родов и послеродового периода при фоновых, предраковых заболеваниях и раке шейки матки.

5. Прием в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ (кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета СПбГМА им. И. И. Мечникова и сотрудники клиники гинекологии СПбГМА им. И. И. Мечникова).



Фото 7. Вручение диплома проф. Репиной М. А.



Фото 8. Вручение диплома проф. Цвелеву Ю. В.

Заведующей кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета СПбГМА им. И. И. Мечникова профессором Костючек Д. Ф. (фото 5) представлены 30 сотрудников кафедры и клиники. Представленные кандидаты приняты в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ (единогласно).

Генеральным директором «Издательства Н-Л» Родиныным В. Г. (фото 6) по представлению правления Общества и редакционной коллегии «Журнала акушерства и женских болезней» были вручены дипломы: профессору Репиной М. А. за «Лучшую публикацию в журнале за 2005 год» (фото 7) и профессору Цвелеву Ю. В. за «Цикл статей, посвященных истории отечественного акушерства и гинекологии» (фото 8).

Заседание Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ от 21 февраля 2007 года

Тема заседания: «Интенсивная терапия острых состояний в акушерстве»

Повестка дня:

1. «Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений» (доцент Барышев Б. А.).

В докладе доцент Барышев Б. А. (фото 9) отметил, что кровотечения во время беременности, родов и раннем послеродовом периоде являются одной из ведущих причин материнской смертности, составляя в среднем 20–25 %. Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений должна учитывать:

- 1) волемиические, реологические и гемостатические свойства крови и кислотно-основное состояние крови беременных;
- 2) степень участия компенсаторно-приспособительных реакций на кровопотерю;
- 3) влияние инфузионно-трансфузионных сред на волемиические, реологические и гемостатические свойства крови и кислотно-основное состояние. Объем и структура инфузионных сред зависят как от объема кровопотери, так и причин акушерских кровотечений: акушерская патология, нарушение биологического гемостаза или их сочетание. Инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери, обусловленной сочетанием акушерской патологии и острым ДВС-синдромом, должна исключать применение кровезаменителей, оказывающих прямое отрицательное воздействие на биологический гемостаз: мафусола, гидроксиптилкрахмалов, декстранов, полиоксифумарина и перфторана.

2. «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Патогенетические аспекты, прогнозируемый риск, профилактика» (д. м. н. Зайнулина М. С.).

В сообщении д. м. н. Зайнулиной М. С. (фото 10) было подчеркнуто, что преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) является классическим акушерским осложнением, сопровождающимся массивной кровопотерей, нарушениями микроциркуляции и связанной с ними полиорганной недостаточностью, представляющим реальную опасность для жизни матери и плода. Несмотря на то, что в настоящее время хорошо известны клиническая картина, особенности диагностики и определена акушерская тактика при ПОНРП, научный и практический опыт современного акушерства не позволяет обосновать патогенетическую взаимосвязь известных факторов риска и используемых профилактических мероприятий. ПОНРП продолжает оставаться витальной угрозой для матери и плода.

При обследовании 340 женщин, находившихся на лечении и родоразрешении в родильном доме им. проф. В. Ф. Снегирева в 2000–2003 годах, ПОНРП выявлена у 72 пациенток. Выявлено, что во всех случаях ПОНРП развивается на фоне морфофункциональных изменений спиральных артерий плацентарного ложа и ворсин хориона, что приводит к увеличению сосудистого сопротивления в маточно-плацентарных артериях.

Диагностика нарушения гемодинамики в маточно-плацентарном кровотоке осуществляется с помощью доплерометрии. Беременные с угрозой прерывания в I и II триместрах, особенно протекающей с кровянистыми выделениями из половых путей, а также с повышенной сосудистой резистентностью в маточном кровотоке в III триместре беременности,



Фото 9. Выступает доцент Барышев Б. А.



Фото 10. Д. м. н. Зайнулина М. С.



Фото 11. Выступает проф. Потин В. В.

входят в группу высокого риска по ПОНРП. В центре тромбофилий НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН такие беременные могут обследоваться на содержание маркеров внутрисосудистого свертывания крови (Д-димер), естественных антикоагулянтов (антитромбин, протеин С), функциональную активность тромбоцитов, на содержание гомоцистеина, антифосфолипидных и антианнексинных антител, генетическую тромбофилию, маркеры дисфункции эндотелия (фибронектин, тромбомодулин).

3. Прием в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ (кафедра репродуктивного здоровья женщин СПб МАПО, родильный дом № 6, кафедра акушерства и гинекологии № 2 СПб МАПО, сотрудники СПб ГУЗ «Центр планирования семьи и репродукции»).

Заведующей кафедрой репродуктивного здоровья женщин СПб МАПО профессором Сафроновой М. М. представлены 8 сотрудников кафедры. Представленные кандидаты приняты в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ (единогласно). Заместителем главного врача по медицинской части родильного дома № 6 Санкт-Петербурга им. проф. Снегирева В. Ф. Яковлевой Н. А. представлены 35 сотрудников родильного дома. Представленные кандидаты приняты в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона (единогласно).

Главным врачом Центра планирования семьи и репродукции Иовель Г. Г. представлены 12 сотрудников кафедры акушерства и гинекологии № 2 СПб МАПО и 8 сотрудников СПб ГУЗ «Центр планирования семьи и репродукции». Представленные кандидаты приняты в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона (единогласно).

Заседание Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ от 21 марта 2007 года

Тема заседания: «Эндокринное бесплодие»

Повестка дня:

1. «Прولاктиномы: патогенез, диагностика, лечение» (Потин В. В., Касумова А. Р.).

В докладе профессор В. В. Потин (фото 11) изложил современное представление о патогенезе овариальной недостаточности у женщин с пролактиномой гипофиза. Представил дан-

ные об эффективности медикаментозного и оперативного методов лечения пролактин-секретирующих аденом гипофиза. Привел собственные данные, показывающие, что беременность не вызывает рост пролактином. Более того, беременность следует рассматривать в качестве фактора, способствующего ремиссии заболевания.

2. «Гиперандрогемия яичникового и надпочечникового происхождения» (Соболева Е. Л., Тарасова М. А., Гринвальд Д. В.).

В докладе от группы авторов к. м. н. Соболевой Е. Л. (фото 12) были освещены современные взгляды на диагностику и лечение больных синдромом поликистозных яичников (СПЯ) и неклассической формой врожденной гиперплазии коры надпочечников (НФ ВГКН). Первым этапом лечения больных СПЯ является нормализация массы тела и коррекция метаболических нарушений, для чего используются сенситайзеры инсулина — метформин в сочетании с диетой. Для лечения гирсутизма или других дерматитов применяются антиандрогены в сочетании с КОК. Для подготовки больных к индукции овуляции используются КОК с антиандрогенным эффектом и агонисты гонадотропин-рилизинг гормона. После достижения нормализации гормональных показателей, размеров и структуры яичников переходят к индукции овуляции. При неэффективности индукции овуляции в течение одного года целесообразно переходить к оперативным методам лечения. У больных НФ ВГКН для лечения гирсутизма целесообразно применение антиандрогенов. Для восстановления фертильности применяются глюкокортикоидные препараты. При наступлении беременности обязательен контроль уровня андрогенов в крови и коррекция дозы применяемого препарата.



Фото 12. Докладывает к. м. н. Соболева Е. Л.

3. «Эндометриоз и бесплодие» (Рулев В. В., Абашова Е. И., Ярмолинская М. И.).

В сообщении от группы авторов к. м. н. Рулев В. В. (фото 13) остановился на частоте эндометриоза у женщин репродуктивного возраста, которая составляет 17–80 % (по данным оперативных вмешательств), причинах, патогенезе наружного генитального эндометриоза. За последние 10 лет в отделении гинекологической эндокринологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН лапароскопия была произведена 1423 бесплодным женщинам репродуктивного возраста с нормогонадотропной гормональной недостаточностью яичников. У большей части обследованных больных был диагностирован наружный генитальный эндометриоз. Так называемые «малые формы» наружного генитального эндометриоза — I–II стадии были диагностированы у 755 больных, наружный генитальный эндометриоз III–IV стадии — у 225 больных, хронический неспецифический сальпингоофорит был диагностирован у 288 больных, синдром поликистозных яичников выявлен у 130 больных и у 25 больных имелся аутоиммунный оофорит. Только лапароскопическое лечение (электрокоагуляция эндометриоидных гетеротопий, адгезиолизис) было проведено 100 больным с наружным генитальным эндометриозом в сочетании с овариальной недостаточностью. Из них у 26 больных эндометриоз сочетался с ановуляцией и у 74 больных — с недостаточностью лютеиновой фазы цикла. После лапароскопического лечения у 55 больных в течение 6 месяцев произошло восстановление овуляторного менструального цикла, из них у 29 женщин в течение 6 месяцев наступила беременность. Индукция овуляции в этой группе больных не применялась. У 40 больных не произошло восстановления овуляторной функции яичников. У 5 больных с исходной ановуляцией выявлена недостаточность лютеиновой



Фото 13. Докладывает к. м. н. Рулев В. В.

фазы цикла. Восстановление овуляторной функции яичников после удаления эндометриоидных гетеротопий у части больных указывает на принципиальную значимость и необходимость применения лапароскопического метода как важного этапа в лечении больных с наружным генитальным эндометриозом и гормональной недостаточностью яичников. Устранение оперативным способом эндометриоидных имплантантов и связанных с ними многочисленных перитонеальных факторов является необходимым этапом и условием для дальнейшего комплексного лечения больных с наружным генитальным эндометриозом и овариальной недостаточностью. В другой группе 136 больным с нормогонадотропной нормопролактинемической недостаточностью яичников и «малыми формами» наружного генитального эндометриоза производилась лапароскопическая деструкция эндометриоидных гетеротопий с последующей шестимесячной терапией агонистами гонадотропин-рилизинг гормона. Через шесть месяцев после комбинированной терапии эндометриоза овуляторный менструальный цикл восстановился у 69 % больных, у 8 % больных отмечалась недостаточность лютеиновой фазы цикла и у 23 % больных сохранился ановуляторный цикл. Полученные результаты обосновывают целесообразность использования лапароскопической деструкции очагов эндометриоза с последующим применением агонистов гонадотропин-рилизинг гормона. Таким образом, алгоритм ведения больных с наружным генитальным эндометриозом и бесплодием выглядит следующим образом: при подозрении на наружный генитальный эндометриоз показана лапароскопия с необходимым объемом оперативного вмешательства (деструкция очагов эндометриоза, разделение сращений, удаление кистозных образований) и с последующей лекарственной терапией в течение 6 месяцев (аналоги Гн-РГ, иммуномодулирующая терапия). В дальнейшем в течение 12 месяцев ведется динамическое наблюдение за пациентами (при ановуляции и НЛФ — стимуляция овуляции, поддержка лютеиновой фазы и наступившей беременности гестагенами). При отсутствии беременности в течение одного года показано экстракорпоральное оплодотворение.

4. «Ожирение и гормональная недостаточность яичников» (Мишарина Е. В., Боровик Н. В., Тиселько А. В.).

В докладе от группы авторов к. м. н. Мишарина Е. В. (фото 14) указала, что цель исследования заключалась в анализе состояния гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы у больных с ожирением и гормональной недостаточностью яичников, а также в обратимости нарушения ре-



Фото 14. Выступает к. м. н. Мишарина Е. В.

продуктивных функций в процессе лечения ожирения. Было обследовано 155 женщин репродуктивного возраста с ожирением и гормональной недостаточностью яичников. Обследование включало: эхографию яичников, ПТГ, определение уровня ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона, андрогенов, инсулина, иммуноподобного фактора роста. Все больные получали медикаментозную терапию в сочетании с низкокалорийной диетой. Снижение массы тела у больных с ожирением привело к восстановлению овуляторного цикла у 78 (52 %) больных. В заключение было отмечено, что снижение массы тела у больных с ожирением приводит к восстановлению овуляторного цикла, вероятно за счет синхронизации фолликулогенеза в яичниках и овуляторного подъема гонадотропинов в крови.

5. Организационные вопросы:

- прием в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ (сотрудники НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН и сотрудники кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного университета);
- ученым секретарем НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН к. м. н. Коганом И. Ю. представлены 69 сотрудников. Представленные кандидаты приняты в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона (единогласно). Заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного университета профессором Ниаури Д. А. представлены 5 сотрудников кафедры. Представленные кандидаты приняты в члены Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона (единогласно).

6. Информация о новых препаратах, применяемых в акушерско-гинекологической практике.

Компанией ЭББОТ был представлен новый препарат из группы аналогов гонадотропин-рилизинг гормонов «Люкрин-Депо» (3,75 мг).

Секретарь Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона РФ к. м. н. И. А. Симчера