

ние применения «Костмы» в хирургии пародонта: автореф. дис.... канд. мед. наук/ Н.Ю. Почуева. – Новосибирск. - 2006. – 24 с.

24. Проценко, А.И. Возможности коллапаноластики при реконструктивных операциях на телах шейных позвонков/ А.И. Проценко, А.А. Умаров, В.К. Никурадзе, Д.С. Мехтиханов// Применение искусственных кальциево-фосфатных биоматериалов в травматологии и ортопедии. – М. – 2010. – С. 34.

25. Уразильдеев, З.И. Применение Коллапана для пластики остеомиелитических дефектов костей/ З.И. Уразильдеев, О.М. , Г.Н. Берченко// Вестн. травматологии и ортопедии. – 1998. – № 2. – С. 31–35.

26. Уразильдеев, З.И. Использование гидрок시아патитсодержащего препарата коллапан для заполнения остеомиелитических полостей и дефектов костей/ З.И. Уразильдеев, О.М. // Материалы VII Съезда травматологов- ортопедов России. – М. - 2002. – Т. 1. – 360 с.

27. *Schwartz, C.* Bone substitutes in 2004/ *C. Schwartz*// *ArgoSpine News*. – 2004. – Vol. 9. – P. 23–27.

THE CURRENT STATUS OF THE PROBLEM OF OSTEOPLASTIC MATERIALS STIMULATING OSTEOGENESIS

I.P. ARDASHEV, S.V. CHERNITSOV, I.YU. VERETELNIKOVA,
A.A. GRISHANOV, M.S. SHPAKOVSKY

Kemerovo State Medical Academy

The review summarizes the data in Russian and foreign literature about the osteoplastic materials. There are given a classification of the materials according to origin, composition, production technology and behaviour in human body as well as the mechanisms of their effect on bone regeneration processes.

Key words: osteoplastic material, allotransplant, hydroxyapatite, reparative regeneration.

УДК 618.14-072.1:616-089.888.11(479.24)

**ВЫЯВЛЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПОМОЩИ
ГИСТЕРОСКОПИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН АЗЕРБАЙДЖАНА
С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

М.К. ИСМАЙЛОВА., Ю.Д. МЕХДИЕВА*

Проведение гистероскопии в период подготовки женщин, состоящих в программе ЭКО, является клинически эффективной мерой. Необходимым условием является ультразвуковое исследование эндометрия на 7-8 дни менструального цикла с доплерографией сосудов матки. Перед повторной попыткой ЭКО в случае неудачи первой необходимо проводить диагностическое исследование полости матки.

Ключевые слова: гистероскопия, экстракорпоральное оплодотворение, эндометрий.

Частота бесплодия в браке в среднем составляет 10% и представляет собой серьезную медицинскую и особенно социальную проблему, что существенно отражается на рождаемости, отношении супругов и нередко приводит к расторжению брака. Причиной бесплодия может быть наличие патологии у обоих супругов в 10-15% случаев [1,3]. В среднем, по данным мировой литературы, женское бесплодие наблюдается в 60% случаев, мужское в 40% [4]. Одним из условий адекватной имплантации эмбриона в полости матки является своеобразная «готовность» слизистой матки к принятию эмбриона. Соответственно, любые изменения в строении эндометрия матки нарушают оптимальные условия для имплантации. [7]. Поэтому на сегодняшний день значительное место среди причин женского бесплодия является наличие внутриматочной патологии, что составляет по данным мировой литературы 28-55% случаев [2,8]. К нарушениям со стороны матки, относят такие патологии как врожденные – пороки развития матки, так и приобретенные – синехии, гиперплазия и полипы эндометрия, хроническое воспаление эндометрия, субмукозное расположение миоматозных узлов, наличие рубца на матке, аденомиоз, инородные тела и т.д. [5,6].

Цель исследования – изучение частоты встречаемости патологии матки среди женщин Азербайджана и влияния гистероскопии на повышение эффективности программы ЭКО.

Материалы и методы исследования. Нами было обследо-

вано всего 220 женщин, обратившихся в Центральную Клиническую Больницу г. Баку. Среди них выделены две группы гинекологических больных. Контрольная, I группа – 100 обследованных больных составили здоровые женщины репродуктивного возраста. Опытная, II группа – 120 женщин, состоявшихся в программе ЭКО, в их число входили женщины с первичным или вторичным бесплодием, имеющие в анамнезе неудачные попытки ЭКО. Выявление патологии матки производили с помощью УЗИ аппарата, ГСГ, биопсии эндометрия, аспирационной биопсии эндометрия Piple-кюретаж, раздельного диагностического выскабливания слизистой цервикального канала и полости матки, гистероскопии с помощью гистероскопа «Karl Storz». УЗИ гинекологическим больным обеих групп производили предпочтительно на 7-9 и 20-22 дни менструального цикла, а ГСГ исследование на 7-10 дни менструального цикла. Биопсия эндометрия производилась непосредственно в предимплантационном периоде, т.е. на 20-22 дни менструального цикла. Всем обследуемым женщинам было проведено УЗИ с доплерометрией сосудов матки при помощи ультразвукового аппарата «GE Voluson 730» с использованием как трансвагинального, так и абдоминального датчиков. При этом предпочтение отдавали определению индекса резистентности (IRE) в маточных, аркуатных, радиальных и спиральных артериях. Кроме того, оценивали равномерность распределения цветовых сигналов сосудов в миометрии. Гистероскопическое исследование полости матки проводили на 7-9 дни менструального цикла. Во время проведения гистероскопии оценивали состояние эндометрия (цвет, толщину, выраженность сосудистого пучка, состояние устьев маточных труб), наличие патологических образований эндометрия (субмукозные узлы, синехии, очаги эндометриом, туберкулезные кальцинаты – очаги Гонна) и выявляли различные аномалии развития матки (полные и неполные внутриматочные перегородки, рудиментальный рог и т.д.). Эффективность проведенных операций и последующих проведенных комплексно-лечебных мероприятий оценивали посредством клинических наблюдений и контрольного проведения УЗИ, проведенного на 7-9 дни менструального цикла. Отдаленные результаты мероприятий оценивали по эффективности повторной попытки ЭКО (доля беременностей и родов на повторную попытку эмбрионов). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью использования программы Statistika 6.0, использования t-критерия Стьюдента для зависимых и независимых переменных, а также непараметрического теста Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Все женщины, включенные в исследование, имели 1 и более неудачные попытки ЭКО в анамнезе. Возраст колебался от 18 до 48 лет. Среди 120 женщин 55,8% (67 женщин) страдали первичным бесплодием, 35,8% (43 женщины) – вторичным. Длительность бесплодия составляла в среднем $8,4 \pm 5,2$ лет. Причины бесплодия составили: 40,0% женский фактор, 30,0% – мужской фактор, комбинированное бесплодие – 20,0% и идиопатическое – 10,0%. 54,5% среди женского фактора бесплодия составили наличие внутриматочной патологии: полипы – 37,5%, хронический эндометрит – 25%, гиперплазия эндометрия – 12,5%, внутриматочные синехии – 8,3%, внутренний эндометриоз – 3,0%, пороки развития женской половой системы – 2,5%, субмукозные узлы миомы матки – 8,3%, и другие – 2,9%. Перенесенные гинекологические операции: лапароскопическая тубэктомия – 11,6% (14 больных), лапаротомическая тубэктомия – 17,5% (21 пациентка), лапароскопическая миомэктомия – 6,6% (8 пациенток), сальпингооваректомия – 15% (18 пациенток), удаление эндометриоидной кисты яичника – 22,5% (27 пациенток), клиновидная резекция яичников – 12,5% (15 пациенток), лапароскопическое удаление яичников – 3,3% (4 пациентки), гистероскопическое удаление полипов эндометрия – 19,1% (23 пациентки). 9,1% (11 пациенток) женщин в анамнезе имели внутриматочные вмешательства, выскабливание полости матки после самопроизвольных выкидышей, диагностическое выскабливание полости матки – 30,8% (37 пациенток), 34,1% (41 пациентка) – имели беременности в анамнезе, у 9,1% (11 пациенток) было прерывание беременности в различные сроки, у 15% (18 пациенток) беременным была развивающаяся беременность, внематочная беременность – 9,1% (11 пациенток), роды – 5% (6 пациенток), преждевременные роды – 2,5% (3 пациентки), своевременные роды – 1,6% (2 пациентки), кесарево- 0,8% (1 пациентка). 15,8% (19 пациенток) женщинам проводилась длительная стимуляция овуляции, 81,6% (98 пациенток) – внутриматочное введение спермы.

* Башкирский государственный медицинский университет, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств во время проведения гистероскопического исследования полости матки у обследуемой группы гинекологических больных

Вид оперативного вмешательства	Абс.число	%
Удаление полипа	45	37,5%
Удаление субмукозного узла	10	8,3%
Разъединение синехий	7	5,8%
Резекция внутриматочной перегородки	3	2,5%

точная инсеминация. У каждой четвертой больной имелись указания на после абортные или послеродовые осложнения в виде эндометрита. У каждой пятой были остатки плодного яйца или плаценты после прерывания беременности. Известно, что осложнения внутриматочных вмешательств в 48-49% случаев служат пусковым механизмом в развитии хронического эндометрита. С другой стороны, повторные попытки ЭКО в анамнезе тоже можно рассматривать как предрасполагающий фактор поддержания воспалительного процесса в эндометрии. При хроническом эндометрите эндометрий не претерпевает полноценных физиологических изменений в позднюю лютеиновую фазу, что отрицательно влияет на глубину инвазии и контакт с бластоцистом. При недостаточной глубине инвазии происходит элиминация зародыша в первые недели беременности. Период имплантации и плацентации при ЭКО происходит на фоне высоких концентраций стероидных гормонов, вырабатываемых гиперстимулированными желтыми телами, что оказывает неблагоприятное влияние на показатели микроциркуляции и маточно-плацентарный кровоток. При сочетании с хроническим эндометритом одновременно отмечается недостаточная инвазивность трофобласта, вследствие чего в последующем происходит неполноценная перестройка спиральных артерий, приводящая к нарушению маточно-плацентарного кровообращения. Таким образом, нами были выявлены следующие причины бесплодия, как видно из рис. 1.

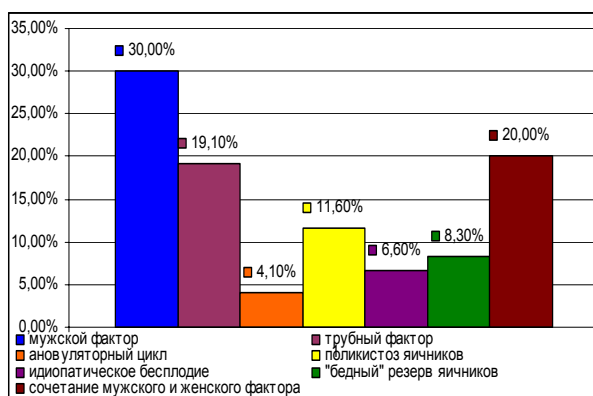


Рис. 1. Структура распределения причин бесплодия.

Предварительно всем больным было произведено гистероскопическое исследование полости матки. Среди них у 49,1% (59 пациенток) больных маточные трубы были проходимы, у 17,5% (21 пациентка) больных трубы были закрыты в интрамуральном отделе, у 9,1% (11 пациенток) больных – закрыты в ампулярном отделе, у 7,5% (9 пациенток) был гидросальпинкс, у 16,6% (20 пациенток) трубы были удалены оперативным путем. Из 210 обследованных больных 25,8% (31 пациентка) была произведена диагностическая гистероскопия полости матки, 66,6% (80 пациенток) больным – оперативная гистероскопия, а 7,5% (9 пациенток) больным было выполнено одновременно и лапароскопическое исследование. Таким образом, 26,6% (32 пациентки) обследованным больным было произведено лигирование труб, 7,5% (9 пациенток) – тубектомия по поводу диагноза гидросальпинкса. Всем женщинам во время гистероскопического исследования полости матки проводилась прицельная биопсия эндометрия, а 66,6% (80) больным одновременно было произведено диагностическое выскабливание полости матки с последующим патогистологическим исследованием материала. При помощи гистероскопического исследования полости матки, нами были выставлены следующие, по мере убывания, диагнозы: 37,5% (45 пациенток) – полипы эндометрия, 25% (30 пациенток) – неспецифический хронический эндометрит, 12,5% (15 пациенток) – железистокистозная гиперплазия эндометрия, 8,3% (10 пациенток) – субмукозная миома матки (аденомиоз), 8,3% (10 пациенток) – септум и синехии в полости матки, внутренний эндометриоз – 3,3% (4 пациентки), пороки развития матки – 2,5%, но ни в одном из случаев не было зарегистрировано злокачественного процесса. Кроме того, нами были проведены оперативные вмешательства в полости матки во время проведения гистероскопии обследуемой группе больным (табл.1).

Ближайшие результаты эффективности лечения оценивали на основании заключений ультразвуковой доплерографии полости матки, а отдаленные – по частоте наступления беременности с помощью применения программы ЭКО после предварительного проведения гистероскопического вмешательства. 58,3% (70 пациенток) больным была проведена контрольная гиперстимуляция овуляции по антагонистическому протоколу с подсадкой эмбрионов на 2-3 день после забора яйцеклеток у пациенток, 25% (30 пациенток) женщинам подсадка замороженных эмбрионов, и у 16,6% (20 пациенток) – донация ооцитов. 26,6% (32 пациентки) женщинам гистероскопия проводилась на 7 день стимулированного цикла, а у 23,3% (28 пациенток) женщинам – на 7-8 день приема эстрогенов по соответствующей схеме при подготовке эндометрия к последующей подсадке эмбрионов. В случаях обнаружения хронического эндометрита обследованных женщин проводилась соответствующая антибактериальная и общеукрепляющая терапия по выработанной нами схеме. При этом состояние эндометрия на основании доплерографии матки было следующим (табл 2).

Таблица 2

Оценка полости матки по результатам ультразвуковой доплерографии

Артерии	Контрольная группа	Опытная группа	
		До лечения	После лечения
Правая маточная артерия	0,81 ± 0,01	0,98 ± 0,01	0,82 ± 0,2
Левая маточная артерия	0,82 ± 0,02	0,97 ± 0,01	0,87 ± 0,02
Аркуатные	0,58 ± 0,02	0,75 ± 0,02	0,67 ± 0,02
Радиальные	0,43 ± 0,02	0,74 ± 0,02	0,64 ± 0,02
Спиральные	0,43 ± 0,02	0,71 ± 0,02	0,57 ± 0,02

Из таблицы видно, что частота выявления равномерного распределения цветовых сигналов в миометрии у больных основной группы была выше до лечения по сравнению с группой контроля. После проведения соответствующего лечения распределение цветовых сигналов сосудов в матке несколько нормализовалось. Оценивая отдаленные результаты, было выявлено, что беременность наступила у 33% женщин, а роды – у 29%.

Таким образом, проведение гистероскопии в период подготовки женщин, состоявших в программе ЭКО, является клинически эффективной мерой, так как позволяет своевременно выявить наличие различных патологических состояний полости матки с их последующим устранением, в результате чего оптимизируются результаты проведения методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Мы считаем, что необходимым условием является тщательное проведение ультразвукового исследования эндометрия на 7-8 дни менструального цикла с доплерографией сосудов матки уже при обращении женщин по поводу бесплодия. В случаях даже одной отрицательной попытки проведения ЭКО перед повторной попыткой процедуры стимулированного цикла или при подготовке к подсадке замороженных эмбрионов необходимо проводить диагностическое исследование полости матки.

Выводы:

1. Нами были выявлены причины бесплодия среди женщин Азербайджана: мужской фактор – 30%, трубный фактор – 19,1%, поликистоз яичников – 11,6%, ановуляторный цикл – 11,4%, «бедный» резерв яичников – 8,3%, идиопатическое бесплодие – 6,6%, сочетание мужского и женского факторов бесплодия – 20%.

2. Нами были выявлены следующие, по мере убывания, внутриматочные патологии при помощи проведения гистероскопического исследования полости матки на 7-9 дни менструального цикла: 37,5% полипы эндометрия, 25% неспецифический хронический эндометрит, 12,5% железистокистозная гиперплазия эндометрия, 8,3% аденомиоз, 8,3% септум и синехии, 3,3% внутренний эндометриоз, 2,5% пороки развития матки. Таким образом, в слу-

чаях даже одной отрицательной попытки проведения ЭКО перед второй попыткой процедуры стимулированного цикла или же при подготовке к подсадке замороженных эмбрионов необходимо проводить диагностическую гистероскопию полости матки.

3. Нами были оценены ближайшие и отдаленные результаты эффективности проведенных комплексно-лечебных медицинских мероприятий на основании заключений ультразвуковой доплерографии полости матки и, соответственно, по частоте наступления беременностей с помощью применения программы ЭКО после предварительного проведения гистероскопического вмешательства. Распределение цветовых сигналов сосудов в матке после проведения соответствующего лечения несколько нормализовалось. Беременность наступила у 33% женщин, роды – 29%. Поэтому своевременное выявление с последующим устранением различных патологических состояний полости матки является клинически эффективным подходом для женщин, состоявших в программе ЭКО.

Литература

1. Берека, Дж. «Гинекология по Эмилио Новаку» / Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. – М., 2002.
2. Капушева, Л.М. «Оперативная гистероскопия» / Л.М. Капушева // Акушерство и гинекология, 2000. – №3
3. Кузьмин, А.И. Гистероскопия: новые возможности на основе современной технологии / А.И. Кузьмин // Проблемы репродукции, 1995. – №1.
4. «Роль эндометрия в генезе невынашивания беременности», Акушерство и гинекология / Демидова Е.Н. [и др.], 2005. – №6.
5. Комплексное лечение хронического эндометрита: клинкоморфологическое обоснование использования физиотерапии / В.Н. Серов [и др.] // Акушерство и гинекология, 2006. – №3
6. Sunkara, S.K. «The effect of intramural fibroids without uterine cavity involvement on the outcome of IVF treatment: a systematic review and metaanalysis» / S.K. Sunkara, M.K. Hairy. // Human Reproduction, vol.25, №2, 2010.
7. Rafael, Valle. «A Manual of Clinical Hysteroscopy», 1994
8. Klaus, J. Neis. «Hysteroscopy», New York, 1994

DETECTION OF INTRAUTERINE PATHOLOGY USING
HYSTEROSCOPY AT AZERBAIJAN WOMEN IN ORDER TO IMPROVE
AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

M.K. ISMAILOVA, JU. D. MEHDIEVA

Bashkir State Medical University, Ufa
Baku Central Clinical Hospital, Azerbaijan

Hysteroscopy while preparing women taking part in the extra-corporal fertilization programme is a clinically effective measure. The necessary condition is ultrasound endometrium investigation on the 7-8th days of the menstrual cycle with Doppler sonography of uterine vessels. Before taking another attempt of extra-corporal fertilization in the case of failing the first one it is necessary to conduct diagnostic studying the uterine cavity.

Key words: hysteroscopy, extra-corporal fertilization, endometrium.

УДК 612.017.1:[616.98:578.827.1:616.98:579.882.11]-08

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ИММУНИТЕТА ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И В СОЧЕТАНИИ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ

А.А. ЗИКЕЕВА, Т.В. БИБИЧЕВА, Л.В. СИЛИНА, А.И. ЛАЗАРЕВ*

Статья посвящена результатам изучения системного иммунитета у 110 мужчин (первая группа – 61 человек с аногенитальными бородавками, вторая группа – 49 человек с аногенитальными бородавками в сочетании с урогенитальным трихомониазом).

Ключевые слова: мужчины, аногенитальные бородавки, урогенитальный трихомониаз, иммуномодулятор иммуномакс, радиоволновая деструкция, «Сургитрон».

Во всем мире наблюдается рост папилломавирусной инфекции (ПВИ). Вирус папилломы человека передается при половом

контакте, высоко контагиозен (46-67%) [7]. Клиническая картина урогенитальной ПВИ многообразна. Манифестные ее формы, – кондиломы или аногенитальные бородавки (АБ) встречающиеся реже, чем субклиническая инфекция, тяжело поддаются терапии и часто рецидивируют.

Обращает на себя внимание еще и тот факт, что одной из особенностей инфекций передаваемых половым путем (ИППП), в настоящее время является большое число пациентов со смешанными и с сочетанными урогенитальными инфекциями, моноинфекция встречается достаточно редко. Присутствие нескольких инфекционных агентов изменяет обычную симптоматику процесса, как правило, утяжеляя ее и приводя к увеличению интенсивности воспаления, развитию осложнений и в большом числе случаев к хронизации процесса, и, как следствие, развитию вторичных иммунодефицитных состояний. Все это приводит к неудачам терапии или частым рецидивам ИППП. Поэтому поиск новых или усовершенствование существующих методов терапии, является актуальным.

Цель исследования – изучение динамики показателей системного иммунного статуса у пациентов с аногенитальными бородавками (АБ) и с АБ в сочетании с урогенитальным трихомониазом (УТ) на фоне стандартной и комплексной терапии с использованием иммуномодулятора иммуномакса.

Материалы и методы исследования. Подбор пациентов в группу исследования осуществлялся на основании следующих критериев: подписанная форма информированного согласия пациента на участие в обследовании и терапии; мужчины в возрасте от 18 до 60 лет; клинически (манифестная форма) и лабораторно (ПЦР) подтвержденный диагноз ПВИ (впервые установленный или рецидив); бактериологическое отсутствие (для пациентов первой группы) и подтверждение УТ (для пациентов второй группы) в отделяемом уретры.

Пациенты исключались из исследования при: невозможности посещения врача в установленные планом исследования дни; серопозитивность на сифилис, ВИЧ, вирусный гепатит С; обнаружении антигенов вирусного гепатита В.

В исследование были включены 110 мужчин, проходивших комплексное обследование и амбулаторную терапию с основным диагнозом АБ с 2007 по 2009 гг. на базах ФГ ЛПУ «Поликлиника ФНС России», г. Москва. В первую группу, 61 человек, были отобраны пациенты с АБ, во вторую, 49 человек, – с АБ в сочетании с УТ.

Всем пациентам было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование: физикальный осмотр, детекция возбудителей ИППП, включавшее проведение бактериоскопического, бактериологического, серологического и ДНК исследований, титрование ПВИ, исследование иммунного статуса до и после терапии.

В процессе исследования каждая из указанных групп была разделена на две подгруппы методом стратифицированной рандомизации с учетом следующих критериев: возраста, площади поражения, давности заболевания, среднему числу рецидивов АБ.

Пациентам первой подгруппы с АБ (31 человек) проводилась только местная терапия. Деструкция АБ у пациентов проводилась под местной инфильтрационной анестезией 0,5-1,0 мл 2% раствора лидокаина с помощью аппарата радиоволновой хирургии «Сургитрон».

Пациенты первой подгруппы с АБ в сочетании с УТ (25 человек) в начале терапии в течение 10 дней принимали орнидазол по 0,5 г дважды в сутки, деструкцию папилломатозных элементов с помощью аппарата «Сургитрон» начинали после приема орнидазола.

Пациенты второй подгруппы дополнительно с основной терапией получали иммуномакс – иммуномодулирующий препарат растительного происхождения для парентерального введения, представляющий собой кислый пептидогликан с молекулярной массой 1000-40000 кДа. Введение иммуномакса вызывает значительное усиление интегральных реакций иммунной системы, таких как антителообразование и защита от инфекции. При этом значительно возрастает не только интенсивность иммунных реакций, специфических в отношении конкретных антигенов, но и эффективность неспецифических механизмов иммунной защиты от инфекций [1,4].

В клинической практике иммуномакс успешно применяют для лечения инфекций, вызванных ВПЧ [6], хламидией [2], уреоплазмой [5]. Имеется сообщение об успешном лечении ГТ в дис-

* ФГ ЛПУ «Поликлиника ФНС России», Москва; Кафедра дерматовенерологии Курского государственного медицинского университета, Курск