

МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ МГМСУ ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА, 2013 Г.

Авторы:

И.В. АВЕРИНА, И.Г. ГОГСАДЗЕ, А.Е. БАТАЕВА, А.Х. БИШТАВИ, О.Г. ХАРЛОВА, С.О. СМЕРНОВА, А.А. КОЧАРЯН, В.Н. ГУЛИЕВА,
Н.Г. ЧИКОВАН, А.А. ЛЕДЕНКОВА, Л.А. ТОНОЯН, Г.А. АЛИЕВА, А.Г. ЧОБАНЯН, А.М. ХАРЛАХИНА, Ю.Н. ПОНОМАРЕВА

И.В. АВЕРИНА, И.Г. ГОГСАДЗЕ, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ

РОЛЬ ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ОЦЕНКЕ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИ ЭНДОМЕТРИТОМ

Хронический эндометрит занимает ведущее место в развитии нарушений репродуктивной функции, использование современных иммуноморфологических методов исследования эндометрия, позволяющих детально описать патологические изменения, происходящие на фоне воспалительного процесса в ткани (нарушение процессов апоптоза и пролиферации, дисбаланс цитокинов и факторов роста, резкое изменение ангиоархитектоники ткани), является эффективной составляющей в диагностике и последующей предгравидарной подготовке у данной категории больных. Целью исследования явилось изучение диагностической значимости иммуноморфологического метода в диагностике и оценке эффективности предгравидарной подготовки больных хроническим эндометритом. Проведено комплексное иммуноморфологическое исследование 120 пациенток с диагнозом хронический эндометрит. У 40 больных диагноз верифицирован на основании морфологического исследования, в данной группе проводилась стандартная предгравидарная подготовка с использованием комбинированных оральных контрацептивов в течение 3 мес. У 80 пациенток с хроническим эндометритом материал, полученный в ходе пайпель-биопсии эндометрия, подвергался иммуноморфологическому исследованию с использованием стандартных наборов для проведения иммуногистохимического определения сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР), трансформирующего фактора роста бета (ТФР-1), белков регуляторов апоптоза Bcl-2 и Вах, ядерному белку пролиферирующих клеток Ki-67. Группу контроля составили 30 здоровых пациенток, которым проводился кюретаж полости матки по поводу дисфункциональных маточных кровотечений. Результаты исследования свидетельствуют, что у пациенток с интактным эндометрием определяются высокие значения СЭФР, Ki-67 и Bcl-2, составившие соответственно 0,7; 9,9 и 2,24 ед., минимальные значения в неповрежденном воспалительным процессом эндометрии отмечались при исследовании ТФР-1, варьируя в пределах 0,13–1,24 ед. и Вах, уровень

экспрессии которого соответствовал 0,10 ед. У пациенток ($n = 80$), у которых морфологическая картина соответствовала хроническому эндометриту, наблюдалось выраженное снижение экспрессии СЭФР и Ki-67, составив 0,35 ед. и 5,2 ед. При этом значения ТФР- β 1 и Вах значительно возросли по сравнению с показателями контроля – 0,47 и 0,30 ед. Выраженная экспрессия Вах на фоне умеренного уровня Bcl-2 сопровождалась снижением соотношения Bcl-2/ Вах. Всем больным проведена комплексная терапия хронического эндометрита, пациенткам, которым проводилось иммуноморфологическое исследование ($n = 80$), помимо комбинированных оральных контрацептивов назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия, препараты, улучшающие микроциркуляцию, иммуномодулирующие препараты, антиоксиданты. Оценка эффективности проведенной терапии осуществлялась с помощью пайпель-биопсии эндометрия на 7–10-й день менструального цикла. Отмечено, что у 92,4% пациенток, получавших комплексную предгравидарную подготовку, результаты иммуноморфологического исследования соответствовали значениям, полученным в контрольной группе ($p > 0,10$).

Таким образом, морфологические изменения эндометрия, обусловленные хроническим воспалением, ассоциированы с aberrантной экспрессией факторов роста, ангиогенеза, апоптоза и митотической активности клеток, иммуноморфологическое исследование которых является реальной основой комплексной диагностики и оценки эффективности лечебной тактики у данной категории больных.

А.Е. БАТАЕВА, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ОБРАТИМАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ. ПЕРСПЕКТИВЫ И СЛОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РОССИИ

За последние 15 лет в гормональной контрацепции произошли существенные изменения: достигнуты минимальные дозировки гормональных компонентов, разработаны различные рилизинг-системы, новые пути введения гормонов (трансдермальный, вагинальный, подкожный). Все эти

изменения направлены на снижение количества побочных эффектов, улучшение приемлемости и длительности применения гормональных контрацептивов. Но эти изменения входят в привычную практику гинеколога недостаточно оперативно. Одной из самых больших проблем использования гормональной контрацепции в России остаются гормонофобия, низкая приемлемость стандартных методов контрацепции, а также недостаточная осведомленность женщин о существующих методах и режимах контрацептивов. Нельзя не отметить, что и женщины теперь все чаще выбирают пролонгированные методы контрацепции, не требующие ежедневного контроля. Планирование семьи в т. ч. подразумевает применение надежных методов контрацепции вплоть до момента планирования беременности. К сожалению, в России ситуация все еще остается неблагоприятной, и надежная контрацепция используется недостаточно, а аборт рассматривается как метод регулирования рождаемости. Наибольшую опасность по незапланированной беременности представляет группа молодых женщин, которые не применяют надежную контрацепцию или не осознают риски неправильного ее применения (например, при пропуске таблеток). Среди пролонгированных методов контрацепции для женщин, которые еще не выполнили свою генеративную функцию, перспективной представляется подкожная рилизинг-система. В 1998 г. в мире появился контрацептивный имплантат с этоногестрелом. Имплантат для подкожного применения рассчитан на 3 года контрацепции. Причем эффективность контрацепции не зависит от пользователя, а индекс Перля составляет 0,05, что делает данный метод наиболее надежным среди всех гормональных контрацептивов в настоящее время. Процедура введения имплантата напоминает подкожную инъекцию. Его также можно удалить по желанию женщины в любое время, если необходимости в контрацепции больше нет (самая частая причина отказа от дальнейшего применения контрацепции в данном случае – планирование беременности). Овуляция восстанавливается в среднем в течение одного месяца. Постоянное и равномерное выделение гормонов создает стабильный гормональный фон, что обеспечивает профилактику различных дисгормональных заболеваний, а также используется в их комплексной терапии. Подкожное расположение имплантата позволяет применять его и у нерожавших женщин. Кроме того, т. к. имплантат не содержит эстрогенов, он может применяться во время кормления, а также у женщин, которым прием эстрогенов нежелателен или противопоказан.

Применение высоконадежной пролонгированной контрацепции, удобной для женщины и не зависящей от правильности применения, может рассматриваться как метод выбора при планировании длительного ее использования, особенно в условиях высокой частоты абортов, а также среди женщин с противопоказаниями к эстрогенам. Индивидуальный подход к консультированию женщин по вопросам контрацепции, популяризация контрацепции как таковой – шаг к решению вопросов материнской смертности и повышению рождаемости.

А.Х. БИШТАВИ, О.Г. ХАРЛОВА, С.О. СМИРНОВА, А.А. КОЧАРЯН, В.Н. ГУЛИЕВА, Н.Г. ЧИКОВАНИ, кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ, кафедра акушерства и гинекологии I МГМУ им. И.М. Сеченова

СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Аномальные маточные кровотечения (АМК), т. е. не соответствующие параметрам нормального менструального цикла или возникшие в постменопаузе, являются одним из основных клинических симптомов заболеваний женских внутренних половых органов. АМК не являются строго специфическим симптомом для какого-либо конкретного заболевания, поэтому четкое представление о причинах АМК необходимо для выработки рационального порядка применения диагностических методов и лечебной тактики. Особую клиническую значимость АМК определяет то, что они могут быть симптомом не только доброкачественных заболеваний, но также предрака и рака эндометрия (РЭ). Причем частота РЭ как причины АМК увеличивается с возрастом, достигая максимума в постменопаузе.

■ **Цель.** Изучить особенности патологических изменений эндометрия (Э) у больных с АМК в различных возрастных группах и закономерности сочетания различных форм патологических изменений Э при АМК.

■ **Материал.** Результаты гистологического исследования Э у 668 больных. Из них в 450 наблюдениях данные получены из архивного материала одного гинекологического отделения. Все больные обследованы в течение одного года. Возраст больных: до 40 лет – 123 больные, 46–50 лет – 176, 51–55 лет – 69, 56 лет и старше – 92 больные. Кроме того, были изучены результаты обследования 218 больных в возрасте старше 45 лет, у 167 из них изменения Э расценены как сложная гиперплазия эндометрия (СГЭ) без атипии, а у 51 больной диагностирована СГЭ с атипией. У всех больных были проанализированы изменения Э в участках, непосредственно прилежащих к очагам СГЭ и АГЭ.

■ **Результаты.** При анализе данных у 450 больных было установлено, что у 163 ($36 \pm 2,3\%$) больных материал ДВ оказался непригодным для гистологического исследования из-за распада ткани. Чаще всего это наблюдалось у женщин детородного возраста ($54 \pm 3\%$), а также у женщин в возрасте 46–50 лет ($40,3 \pm 2,3\%$). У больных в возрасте 51–55 лет частота неинформативных соскобов составила $25 \pm 2,1\%$, а у женщин в возрасте 51 год и старше – $9,76 \pm 1,4\%$. У больных детородного и перименопаузального возраста АМК, как правило, имеют характер обильных кровотечений, вызванных распадом тканей, тогда как в постменопаузе это чаще всего мажущиеся кровянистые выделения. Таким образом, у каждой третьей больной после ДВ причина кровотечения остается невыясненной. Поэтому необходимо повторное исследование после проведения соответствующего лечения. Это, по показаниям, – противовоспалительные, сокращающие, гемостатические, гормональные средства. При изучении протоколов гистологического исследования 51 больной с АГЭ и 167 больных с СГЭ выяснилось, что эти изменения

имели очаговый характер на фоне различных состояний Э, отражающих как явные признаки выраженной эстрогенной стимуляции – простая гиперплазия эндометрия (ПГЭ), пролиферативный эндометрий, так и явные признаки гипоестрогении – атрофичный эндометрий, часто с признаками деструктивных изменений, полипоз, как правило, на фоне атрофичного эндометрия.

■ **Заключение.** ПГЭ, являясь следствием дисбаланса эстрогенов и прогестерона, подлежит заместительной циклической терапии прогестинами, если она сопровождается ациклическими кровотечениями. В то же время вполне допустимо только наблюдение, если после установления диагноза маточные кровотечения не возобновлялись, т. к. у подавляющего числа больных патологический процесс (ПГЭ и СГЭ без атипии) не рецидивирует. При этом необходим динамический контроль за состоянием эндометрия (УЗИ, биопсия эндометрия). При АГЭ показано хирургическое лечение, т. к. у значительного числа больных высока вероятность сосуществования АГЭ и РЭ, не выявленного при первоначальном исследовании.

А.А. ЛЕДЕНКОВА, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭСТРАДИОЛ-СОДЕРЖАЩИХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

В настоящее время наблюдается увеличение числа гормонально-зависимых заболеваний. В основе этой тенденции находится существенное увеличение в популяции частоты эндокринно-обменных нарушений, присущих болезням цивилизации: ановуляции, гиперэстрогении, бесплодия, ожирения, сахарного диабета, гипертонической болезни и т. д. (Самойлова Т.Е., 2004).

Миома матки занимает ведущее место среди гинекологических заболеваний в связи с высокой частотой распространения и выраженным отрицательным влиянием данной патологии на женскую репродуктивную систему. Частота встречаемости данного заболевания составляет 30% у пациенток старше 35 лет, а по данным аутопсии, доходит до 72% (Vollenhoven B.J., Lawrence A.S., Healy D.L., 1997).

В последнее время рядом авторов высказываются предположения о том, что если метаболизм эстрогенов даже при нормальных менструальных циклах, которыми характеризуется преморбидный фон больных миомой матки, пойдет по пути преимущественного формирования 16-ОН-метаболитов или они будут преобладать над 2-ОН-метаболитами эстрадиола, то возникает риск развития и роста миомы матки (Сидорова И.С., 2005; Киселев В.И., Муйжнек Е.Л., 2006).

Гормональная контрацепция в настоящее время – это не только один из путей сохранения репродуктивного здоровья женщины, но и средство профилактики и лечения ряда гинекологических заболеваний.

Несомненно, настоящим «прорывом» в области пероральной гормональной контрацепции можно считать разработку

КОК на основе эстрадиола (Е2) – эстрогена, образующегося в организме женщины. Применение современных эстрадиол-содержащих комбинированных ОК позволит не только надежно защитить женщину от нежелательной беременности и предотвратить аборт, но и обеспечить профилактику распространенных гинекологических заболеваний, снизить количество радикальных операций по поводу миомы матки.

■ **Цель исследования.** Определение роли эстрогенного компонента в патогенезе миомы матки, оценка динамики ее стабилизации или прогрессирования при использовании эстрадиол-содержащих контрацептивов.

В 1 этап исследования были включены 35 женщин в возрасте от 25 до 54 лет (средний возраст $38,85 \pm 8,09$ года), больных миомой матки от клинически незначимых размеров до соответствующих 13 неделям беременности, и 6 здоровых женщин среднего репродуктивного возраста. После предварительного обследования пациентки были рандомизированы в 2 группы в зависимости от наличия миомы матки. Всем женщинам был определен уровень 2- и 16 α -гидроксиметаболитов эстрогенов утренней мочи, а также их соотношение 2/16 α . Анализ полученных результатов показал нормальный уровень экскреции с мочой 2-гидроксиэстрогенов у всех пациенток в основной и контрольной группах. Достоверных отличий в исследуемых группах не найдено. Это позволило включить во 2 этап исследования 52 женщины в возрасте от 25 до 45 лет, больных миомой матки клинически незначимых размеров (до 1,5 см в диаметре), нуждающихся в надежной контрацепции. Все женщины принимали комбинированный оральный контрацептив, содержащий эстрадиол-валерат и диеногест. Через 3, 6 и 12 мес. был проведен динамический ультразвуковой контроль. У 38 пациенток отмечалась стабилизация размеров миомы матки, у 10 женщин произошел регресс размеров миоматозных узлов, незначительное прогрессирование заболевания было отмечено у 4 пациенток. Ни одна из пациенток 2 этапа исследования не забеременела.

■ **Выводы.** Миома матки не является только эстроген-обусловленным заболеванием; зарегистрирована возможность использования эстрадиол-содержащего контрацептива в качестве надежного предохранения от беременности и стабилизационной терапии в группе пациентов с небольшими размерами узлов миомы матки.

Л.А. ТОНОЯН, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (Лаборатория при ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского)

СОСТОЯНИЕ БИОЦЕНОЗА РОДОВЫХ ПУТЕЙ У РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ НАРАСТАНИИ БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА

Представлены результаты микробиологических и хроматографических методов исследований родовых путей у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод при нарастании безводного промежутка. Определены дисбиоти-

ческие нарушения, увеличение обсемененности общей и условно-патогенной флорой при нарастании безводного промежутка.

■ **Актуальность.** По данным литературы, распространенность преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) от 3–19%, осложняет течение родов в 19,95%. Время между разрывом плодных оболочек и появлением схваток называется латентным периодом, а между разрывом плодных оболочек и рождением плода – безводным промежутком.

По мере удлинения безводного промежутка, независимо от причин разрыва оболочек, риск внутриутробной инфекции возрастает. Вероятность инфицирования оболочек восходящим путем из шейки матки при преждевременном излитии околоплодных вод подтверждена многочисленными работами.

■ **Цель исследования.** Изучение биоценоза родовых путей у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод, при нарастании безводного промежутка.

■ **Материалы и методы.** Нами были обследованы 125 женщин, поступивших для родоразрешения в родильное отделение ГКБ №36 г. Москвы, с преждевременным излитием околоплодных вод, в возрасте от 18 до 38 лет, со сроками беременности от 34-й до 41-й нед.

В зависимости от продолжительности безводного промежутка были выделены следующие группы:

1-я группа – продолжительность безводного промежутка до 12 ч.

2-я группа – продолжительность безводного промежутка 12–18 ч.

3-я группа – продолжительность безводного промежутка более 18 ч.

4-я группа – роженицы со своевременным излитием околоплодных вод.

Контрольную группу составили 20 рожениц со своевременным излитием околоплодных вод, беременность и роды которых протекали без осложнений и завершились рождением доношенных зрелых новорожденных.

Применялись клинико-лабораторные методы исследования, бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, с определением чувствительности к антибиотикам, использовался метод газо-жидкостной хроматографии для определения продуктов метаболизма лактобактерий и облигатно-анаэробных микроорганизмов – молочной и янтарной кислот, с целью косвенного определения соотношения лактобактерий и облигатно-анаэробной флоры (бактероидов, фузобактерий, пептострептококков, пептококков).

■ **Результаты.** Была выявлена тенденция к нарастанию общей обсемененности родовых путей (в 1-й группе $6,05 \pm 0,05$ lg КОЕ/мл); во 2-й группе $5,66 \pm 0,02$ lg КОЕ/мл), с достоверным увеличением общей обсемененности после 18 ч безводного промежутка, у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод ($7,36 \pm 0,02$ lg КОЕ/мл); с нарастанием безводного промежутка обнаружено увеличение обсемененности дрожжеподобными грибами рода *Candida* и пептострептококками до 108 КОЕ/мл в 3-й группе, протеом от 103–104 КОЕ/мл.

В первой группе (до 12 ч безводного промежутка) соотношение янтарной и молочной кислот составило $0,242 \pm 0,982$, во второй группе (от 12 до 18 ч безводного промежутка) – $0,4633 \pm 0,1804$ и в третьей группе (более 18 ч безводного промежутка) – $1,0138 \pm 0,3375$ мг/л. В контрольной – четвертой группе $0,2 \pm 0,2$ мг/мл. В норме соотношение молочной и янтарной кислот – 0,4 мг/л.

■ **Заключение.** При преждевременном излитии околоплодных вод – до 12 ч безводного промежутка у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод – нет нарушений в микрофлоре влагалища и шейки матки. После 12 ч имеется тенденция к нарастанию обсемененности родовых путей с увеличением дисбиотических нарушений. После 18 ч безводного промежутка увеличивается обсемененность общей и условно-патогенной флорой и нарастает дисбаланс в пользу облигатно-анаэробной флоры.

Л.А. ТОНОЯН, Г.А. АЛИЕВА, кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, (родильный дом №3 г. Москвы)

РУБЕЦ НА МАТКЕ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Частота оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения за последние годы выросла и продолжает расти. В связи с чем значительно увеличилось число беременных и рожениц, имеющих рубец на матке после кесарева сечения. В последние 15 лет наблюдается все возрастающее распространение лапароскопической миомэктомии и, следовательно, увеличивается количество рожениц и беременных с рубцами на матке после миомэктомий. Ведение беременности и родов у данного контингента больных имеет особую специфику.

■ **Цель исследования.** Изучение исхода беременности и родов у беременных и рожениц с рубцами на матке после операции кесарева сечения и миомэктомии для профилактики и ранней диагностики осложнений.

■ **Материалы и методы.** Нами было изучено 29 историй родов женщин с рубцами на матке после проведенных операций: кесарева сечения и миомэктомий.

■ **Результаты исследования.** Среди беременных (29) с рубцами на матке при поступлении в стационар с диагнозом своевременные роды – 65,5% (19 случаев), с преждевременными родами – 27,5% (8 случаев), а также с запоздалыми родами – 3,4% (1 случай). Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод у 24% (в 7 случаях), аномалией родовой деятельности – 13% (4). Низкая плацентация была диагностирована по данным УЗИ – 3,4% (1), предлежание плаценты – 20% (6), крупный плод в 10% (3), тазовое предлежание было выявлено в 10% (3). Диагноз: несостоятельность рубца на матке по данным клинического и ультразвукового обследования – 31% (9 случаев). О разрыве матки в анамнезе упоминалось в 10% (3) случаев. При осмотре матки интраоперационно было выявлено 12 случаев разрывов по старому рубцу, по поводу которых были выполнены: иссечение краев разрыва матки с последующим ушиванием. Пе-

ревязка внутренних подвздошных артерий понадобилась в 68% (20 случаев). Кровопотеря составила 700–1 600 мл в 13% (4), 1 600–2 500 мл у 31% женщин (9), 2 500–5 000 мл в 27,5% (8), 5 000 мл и выше у 13% женщин (4).

■ **Заключение.** Учитывая высокий риск осложнений у беременных и рожениц с рубцами на матке после проведенных операций кесарева сечения и миомэктомий, должна быть повышенная настороженность в отношении данного контингента, со своевременной дородовой госпитализацией в стационар для выработки плана родоразрешения и уменьшения количества осложнений, с сохранением репродуктивной функции женщин.

А.М. ХАРЛАХИНА, Л.А. ТОНОЯН, Ю.Н. ПОНОМАРЕВА,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Количество беременных с рубцом на матке после оперативных вмешательств непрерывно возрастает в условиях постоянно совершенствующихся хирургических, органосохраняющих методов лечения опухолевых заболеваний матки. Такое лечение позволяет восстановить и/или сохранить и реализовать репродуктивную функцию пациентке. Расширение показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения и, как следствие, увеличение числа оперативных родов также ведет к увеличению числа беременных с рубцом на матке. Наличие на матке послеоперационного рубца может обуславливать особенности имплантации и течения беременности и родов. Одним из актуальных вопросов данной проблемы является состояние фетоплацентарного комплекса у данной категории беременных.

Проведен ретроспективный анализ историй беременности и родов 32 пациенток, находившихся на лечении и родоразрешении в Родильном доме №3 Департамента здравоохранения г. Москвы. Возраст варьировал от 21 до 39 лет. Пациентки имели: в 3-х случаях (9,37%) рубец на матке после консервативной миомэктомии, 20 (62,5%) – после кесарева сечения, 5 (15,6%) – после операций на придатках с иссечением маточного угла, 4 (12,5%) – после консервативной миомэктомии и кесарева сечения. 1 (3,12%) беременность закончилась самопроизвольными родами, 31 (96,88%) беременная родоразрешена путем операции кесарева сечения. Из них 16 (50%) – в экстренном порядке. Показаниями явились в 4 (12,5%) случаях отслойка плаценты, в 5 (15,6%) случаях – разрыв матки по рубцу, 1 (3,12%) – слабость родовой деятельности, 7 (21,88%) – преждевременное излитие околоплодных вод. 23 (71,88%) беременности закончились своевременными родами, 9 (28,13%) – преждевременными. В 8 (25%) случаях наблюдалось полное предлежание плаценты, в 4 (12,5%) – низкое расположение плаценты. В 8 случаях (25%) имело место вращение плаценты в рубец. В 15 случаях (46,88%) течение беременности осложнилось угрозой прерывания в

ранние сроки, в 19 случаях (59,38%) – на поздних сроках. В 19 (59,36%) случаях была диагностирована фетоплацентарная недостаточность. В 3 случаях (9,38%) с нарушением плодно-плацентарного кровотока. 13 (40,63%) беременностей сопровождалась задержкой внутриутробного развития. В 10 (31,2%) случаях диагностирована хроническая внутриутробная гипоксия плода. 9 (28,13%) детей родилось с оценкой по шкале Апгар – 8–9 баллов, 8 (25%) детей – с оценкой 6–8 баллов, 5 (15,6%) – с оценкой 3–6 баллов, 8 (25%) – с оценкой 1–3 балла, 1 (3,12%) ребенок погиб антенатально (причина – ВПР сердечно-сосудистой системы), 1 (3,12%) ребенок погиб интранатально в результате асфиксии, 13 (40,6%) детей выписаны домой вместе с матерями, 2 (6,25%) детей умерли в родильном доме, остальные 15 (46,86%) переведены в стационары.

■ **Выводы.** Беременные, перенесшие органосохраняющие операции, являются группой высокого риска по невынашиванию и преждевременным родам, развитию фетоплацентарной недостаточности и, как следствие, высокой перинатальной заболеваемости и смертности.

Беременные с рубцом на матке, особенно с локализацией плаценты в области рубца, нуждаются в дополнительном обследовании с ранних сроков беременности для профилактики, своевременной диагностики и лечения нарушений в состоянии фетоплацентарного комплекса. Наиболее показательными параметрами для определения состояния эмбриона у беременных с рубцом на матке, в ранние сроки беременности является снижение уровня b-ХГЧ, прогестерона и эстрадиола. Допплерометрическое исследование также является высокоинформативным методом определения состояния маточно-плацентарного кровотока, который можно использовать с ранних сроков беременности.

А.Г. ЧОБАНЯН, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ

■ **Актуальность.** На современном этапе лечение бесплодия у больных перитонеальным эндометриозом (ПЭ) относится к одной из сложных и нерешенных проблем гинекологии. Изолированное хирургическое лечение начальных стадий заболевания эффективно лишь менее чем в 40% случаев. Дискуссионным остается послеоперационная тактика ведения этих больных. Расширение знаний на клеточном и молекулярном уровне дает возможность использовать новые фармацевтические средства, чтобы предотвратить или подавить развитие эндометриоза и преодолеть бесплодие. Изучение функциональной активности НГ при ПЭ приобретает особое значение для обоснования иммунокорригирующей терапии в послеоперационном периоде.

■ **Цель исследования.** Повышение эффективности лечения бесплодия у больных с начальными стадиями перитонеального эндометриоза путем введения в комплекс терапии

ПОДПИСНАЯ КАМПАНИЯ НА 2013 ГОД

«МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ» –

профессиональный монотематический журнал для практикующих врачей различных специальностей. Каждый номер посвящен одному из разделов медицины. Статьи в журнале сочетают в себе практическую информацию, клинические лекции и научные обзоры с новостями медицины.

Вы можете оформить подписку в любом почтовом отделении России по каталогу агентства «Роспечать», подписной индекс **72150**.

Через редакцию вы можете оформить подписку на любое количество тематических номеров.

Стоимость подписки на II полугодие – 1600 руб.

ПОДПИСКУ МОЖНО ОФОРМИТЬ

у официальных дилеров:
Ремедиум Северо-Запад
тел. в г. Санкт-Петербурге:
(812) 971-72-13,
RMBC-Поволжье
тел. в г. Н. Новгороде:
(831) 230-22-63

у наших партнеров –
альтернативных
подписных агентств:
ООО «Агентство «ГАЛ»,
тел. (495) 981-03-24

ООО «Информнаука»,
тел. (495) 787-38-73, 152-54-81,
www.informnauka.com

ООО «Интер-Почта-2003»,
тел. (495) 500-00-60, 788-00-60,
www.interpochta.ru

ООО АП «Деловая пресса»,
тел. (495) 665-68-92

ООО «Деловая пресса»,
г. Киров, тел. (8332) 37-72-03

ООО «Мир журналов»,
тел. (495) 739-50-12

ЗАО «МК-Периодика»,
тел. (495) 672-70-89

ЗАО «Смарт Трейд»,
тел. (495) 500-97-08

ООО «Союзпресс»,
тел. (495) 675-09-40

ООО «Урал-пресс»,
(филиалы
в 52 регионах
России),
тел. (495) 789-86-36,
www.ural-press.ru

Для оформления подписки необходимо:

1. Юридическим лицам:

- позвонить в редакцию по телефону (495) 780-34-25;
- оплатить в банке выставленный счет.

2. Физическим лицам:

- заполнить прилагаемую квитанцию об оплате;
- перевести деньги на указанный р/сч в любом банке;
- отправить копию квитанции о переводе денег: по факсу: (495) 780-34-26; по email: podpiska@remedium.ru



ИЗВЕЩЕНИЕ

Кассир

Получатель платежа: ООО «Ремедиум»
ИНН 7718825272, КПП 771801001
Р/с 40702810400000006308 в ОАО «МОСКОМБАНК», г. Москва
К/с 30101810100000000476, БИК 044579476, тел.: (495) 780-34-25

Оплата за подписку на журнал  **МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ**

Ф.И.О. плательщика _____

Адрес плательщика _____

Контактный телефон _____

Сумма платежа _____ руб. _____ коп. « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись плательщика _____



КВИТАНЦИЯ

Кассир

Получатель платежа: ООО «Ремедиум»
ИНН 7718825272, КПП 771801001
Р/с 40702810400000006308 в ОАО «МОСКОМБАНК», г. Москва
К/с 30101810100000000476, БИК 044579476, тел.: (495) 780-34-25

Оплата за подписку на журнал  **МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ**

Ф.И.О. плательщика _____

Адрес плательщика _____

Контактный телефон _____

Сумма платежа _____ руб. _____ коп. « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись плательщика _____



иммунокоррекции. **Задачи:** 1. Изучить функциональную активность нейтрофильных гранулоцитов периферической крови и перитонеальной жидкости исследуемых пациенток для выбора патогенетически обоснованной иммунотерапии. 2. Провести сравнительный анализ клинико-иммунологической эффективности разработанного метода и традиционной терапии.

■ **Материалы и методы.** Обследовано 59 бесплодных больных перитонеальным эндометриозом I–II стадии R-AFS. У всех обследованных диагноз эндометриоз устанавливался при лапароскопии и подтверждался гистологическим исследованием. Наряду с общеклиническим обследованием проведено изучение функционального состояния нейтрофильных гранулоцитов в перитонеальной жидкости (локальный уровень) и в периферической крови (системный уровень). Методом случайного выбора все пациентки были разделены на две клинические группы. Основную группу (30) составили пациентки, у которых в комплексном лечении применялся рекомбинантный ИЛ-2. В группе сравнения (29) иммунотерапия не проводилась. Клиническая и иммунологическая эффективность проводимой терапии оценивалась в динамике – на фоне проводимой терапии и в течение года после ее окончания (через 1, 3, 9 и 12 мес.).

■ **Результаты.** Выявлено исходное достоверное снижение CD25+ несущих НГ как на локальном, так и на системном уровнях. Вместе с тем достоверных различий между показателями функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов у данных пациенток с ПЭ обеих стадий нет. Традиционная терапия не позволила добиться полной нормализации всех показателей нейтрофильного звена иммунитета, тогда как в основной группе достигнута нормализация всех показателей к концу мониторинга. В основной группе в течение всего периода мониторинга беременность наступила у 19 пациенток (63,3%). В группе сравнения (29) после лапароскопии спонтанная беременность наступила только у 12 (41,4%).

■ **Выводы.** 1. Наиболее выраженным дефектом НГ при ПЭ является количество CD25–позитивных НГ. 2. Включение в комплекс лечения патогенетически обоснованной иммунотерапии у пациенток с ПЭ начальных стадий позволяет повысить частоту наступления беременности в 1,5 раза чаще, чем традиционное лечение.

Я.В. КОЛПАКОВ, А.В. ЯЛТОНСКАЯ, И.Н. АБРОСИМОВ, ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России, отделение профилактической наркологии; ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО, кафедра клинической психологии

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БЕРЕМЕННОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК

Целью исследования была оценка факторов риска беременности с алкогольной экспозицией (БАЭ) как предикто-

ра фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН) у девушек, проходящих обучение в высших учебных заведениях г. Москвы. Выборку составили 20 девушек, проходящих обучение в высших учебных заведениях г. Москвы. Возраст испытуемых составил от 18 лет до 21 года (средний возраст – $19,8 \pm 0,9$ года). Использовались следующие психодиагностические методики: «Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя» (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test, T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, J.B. Saunders, M.G. Monteiro, WHO, 1989), вариант Д.В. Петрова (2003), «Шкала сексуальной компульсивности» (SCS, Sexual Compulsivity Scale, S.C. Kalichman, D. Rompa, 1995), вариант Р.Р. Артура (2008). Полученные данные прошли статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 17.

Были получены следующие результаты. 1. По тесту на выявление расстройств, вызванных употреблением алкоголя (AUDIT) Т.Ф. Бабора и соавт. (2001), было выявлено распределение баллов от 3 до 23 (среднее значение – $11,05 \pm 5,66$ балла). По уровням риска расстройств, вызванных употреблением алкоголя, распределение было следующим. В зоне риска I (до 7 баллов включительно по AUDIT) – 7 испытуемых (35%), в зоне риска II (от 8 до 15 баллов включительно по AUDIT) – 7 испытуемых (35%), в зоне риска III (от 16 до 19 баллов включительно по AUDIT) – 5 испытуемых (25%), в зоне риска IV (от 20 до 40 баллов включительно по AUDIT) – 1 испытуемая (5%). Таким образом, у трети девушек от 18 лет до 21 года, проходящих обучение в высших учебных заведениях г. Москвы, употребление алкоголя является высокорискованным. 2. По Шкале сексуальной компульсивности (SCS) С. Калихмана и Д. Ромпы (1994), отражающей склонность к рискованному сексуальному поведению, было выявлено распределение баллов от 1,00 до 2,40 (среднее значение – $1,70 \pm 0,42$ балла). В обследованной группе у 15 испытуемых (75%) показатель сексуальной компульсивности был выше предлагаемого норматива. Таким образом, у большинства девушек от 18 лет до 21 года, проходящих обучение в высших учебных заведениях г. Москвы, сексуальное поведение является рискованным. 3. Анализ результатов дал возможность выделить предполагаемые критерии умеренно-рискованного в отношении БАЭ/ФАСН и высоко-рискованного в отношении БАЭ/ФАСН поведения деления групп. К первой группе были отнесены испытуемые с одновременным сочетанием показателей выраженности рискованного употребления алкоголя из I–II зон (по AUDIT) и нормативными показателями рискованного сексуального поведения (по SCS): таковых было 14 (70%). Ко второй группе были отнесены испытуемые с одновременным сочетанием показателей выраженности рискованного употребления алкоголя из III–IV зон (по AUDIT) и превышением нормативных показателей рискованного сексуального поведения (по SCS): таковых было 6 (30%). Таким образом, у трети девушек от 18 лет до 21 года, проходящих обучение в высших учебных заведениях г. Москвы, поведение является высоко-рискованным в отношении БАЭ/ФАСН.