

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области



Рецензируемый научно-практический медицинский журнал
Основан в 2000 году

Главный редактор
Л.М. КАЗАКОВА

Учредитель:
МУЗ МДКБ

Адрес редакции:
г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
тел./факс: (384-2) 73-52-43
<http://www.m-i-d.info.kuzbass.net>
e-mail: m-i-d@mail.ru

Издатель:
НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Макетирование:
А.А. Черных

**Руководитель
компьютерной группы:**
И.А. Коваленко

Художник:
Т.С. Ахметгалиева

Директор:
С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Южно-Сибирском территориальном
управлении Министерства РФ по делам
печати, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-0182 от 31.08.2000 г.

Отпечатано:
ЗАО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сарыгина, 29.

Тираж: 500 экз.

Распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Баженова Л.Г.
Воронина Е.А.
Давыдов Б.И.
Копылова И.Ф.
Котович М.М.
Манеров Ф.К. (зам. главного редактора)
Перевощикова Н.К.
Прокопович Ю.Д.
Ровда Ю.И.
Сутулина И.М. (зам. главного редактора)
Ушакова Г.А. (зам. главного редактора)
Черных Н.С. (ответственный секретарь)
Шелепанов В.М.
Щепетков С.П.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Артымук Н.В. (Кемерово), Белоусова Т.В. (Новосибирск),
Казначеева Л.Ф. (Новосибирск), Коровина Н.А. (Москва),
Коськина Е.В. (Кемерово), Кравец Е.Б. (Томск), Кривцова
Л.А. (Омск), Леонтьева И.В. (Москва), Мальцев С.В.
(Казань), Михайлуц А.П. (Кемерово), Соболева М.К. (Новоси-
бирск), Строкольская Т.А. (Кемерово), Таранушенко Т.Е. (Крас-
ноярск), Федоров А.В. (Барнаул), Филиппов Г.П. (Томск),
Ходакова Н.И. (Кемерово), Чупрова А.В. (Новосибирск),
Школьникова М.А. (Москва)

Спецвыпуск №1 - 2005

Мать и Дитя в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2005: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ. Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. г. Ленинск-Кузнецкий, 21-22 апреля 2005 года. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2005. – 266 с.

Спецвыпуск содержит материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященные актуальным проблемам акушерства и гинекологии на современном этапе.

Редакционная коллегия выпуска:

Артымук Н.В.
Ушакова Г.А.
Воронина Е.А.



АКУШЕРСТВО





АРХИПОВ В.В., ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л., МУХАМАДИЕВА М.В., РАДУТНЫЙ В.Н.
*Бакирский государственный медицинский университет,
г.Уфа*

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ – ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛНОЦЕННОГО РУБЦА

Изучены особенности течения беременности у женщин с рубцом на матке, исход для матери и плода за 5 лет по данным клинического родильного дома. Наиболее частыми осложнениями беременности при наличии рубца на матке являются угроза ее прерывания и плацентарная недостаточность. Программа интенсивного ведения женщин с рубцом на матке вне и во время беременности с мониторингом состояния матери и плода, определением сроков дородовой госпитализации, выбором оптимального способа родоразрешения позволяет улучшить прогноз для матери и плода.

Ключевые слова: кесарево сечение, диспансеризация при последующей беременности.

We have analysed the peculiarities of pregnancy flow of the women with a seam on the uterus and the outcome for mothers and their babies. The source of the investigation was the scientific materials of a clinical maternity hospital for five years. The most frequent complications in case of a seam being on the uterus are abortion risk and placenta inadequacy. The programme of intensive therapy of pregnant women having a seam on the uterus that include a mother and baby condition monitoring, defining the exact date of hospitalization before childbirth, the choice of the optimal way of birthgiving allows to make the outcome for both mother and baby much better.

Key words: caesarean section, clinical examination for the prevention and treatment of complications in case of the following pregnancy.

Кесарево сечение как операция, завершающая беременность или роды, продолжает оставаться необходимой при целом ряде акушерской и экстрагенитальной патологии. Более того, данный метод родоразрешения последнее время применяется все чаще в связи с расширением относительных показаний, особенно в интересах плода. Значительное число женщин после кесарева сечения, особенно если это были первые роды, не считают, что выполнили свою репродуктивную функцию, и планируют следующую беременность. В связи с этим возникает еще одна акушерская проблема – ведение беременных с рубцом на матке и их последующее родоразрешение, особенно при локализации плаценты на рубце. Данное расположение плаценты особенно часто встречается после корпоральных разрезов на матке – до 60 %. При локализации рубца в нижнем сегменте предлежание плаценты к рубцу в ранних сроках беременности встречается в 17 % случаев. Однако, благодаря миграции плаценты, к доношенному сроку беременности частота расположения плаценты на рубце нижнего сегмента снижается до 3 %. Таким образом, в значительном числе случаев при последующей беременности плацента локализуется в области маточного рубца. Это предъявляет к рубцу повышенные требования, так как значительно повышается вероятность его несостоятельности во время беременности и в родах.

Результаты операции кесарева сечения и условия для формирования полноценного рубца зави-

сят от своевременности выполнения, методики и объема вмешательства, состояния здоровья женщины, анестезиологического и медикаментозного обеспечения, величины кровопотери, квалификации хирурга, шовного материала. В связи с этим требуются дополнительные мероприятия до, во время операции и в послеоперационном периоде, а так же полноценная реабилитация и контрацепция женщин, перенесших кесарево сечение.

Особую группу составляют женщины, кесарево сечение которым было проведено в экстренном порядке. В последние годы частота тяжелых осложнений беременности, вызывающих критическое состояние организма матери и плода и требующих экстренного абдоминального родоразрешения, не имеет тенденции к снижению. Этому, в частности, способствует рост экстрагенитальной патологии, снижение индекса здоровья в популяции и, несмотря на это, некоторая «либерализация» взглядов на пролонгирование беременности, особенно в тех ситуациях, которые сопровождаются артериальной гипертензией у матери. Благодаря внедрению в акушерскую практику современных информативных методов внутриутробного состояния плода (КТГ, УЗИ, доплеровское исследование) значительно возрос процент выполнения экстренного абдоминального родоразрешения в интересах плода, особенно в родах, причем количество операций увеличилось из-за более частого выявления внутриутробного страдания плода и уменьшилось из-за клинически узкого таза, так как улучшились прогностические



информативные критерии этого осложнения в родах.

Всех беременных, которым проводится кесарево сечение по экстренным показаниям, можно разделить на две группы. Первая — беременные, которые находились в родильном стационаре до родоразрешения. Они обследованы, имеют развернутый клинический диагноз, план ведения, находятся под наблюдением квалифицированных специалистов. Показания для экстренного кесарева сечения возникают, как правило, в родах и в подавляющем большинстве случаев это показания со стороны плода. В практической деятельности достаточно часто возникает вопрос о целесообразности кесарева сечения в интересах плода. В связи с этим чрезвычайно важной является комплексная оценка внутриутробного состояния плода на основании современных высокоинформативных технологий. Данная группа имеет наименьший риск по развитию интра- и послеоперационных осложнений, и результаты операции сравнимы с плановым кесаревым сечением.

Вторая группа — беременные, которые поступают в родильный стационар по линии «скорой помощи» с клиникой уже разыгравшейся катастрофы. Очень часто, особенно в условиях сельской местности, в процессе оказания помощи данному контингенту беременных участвуют медицинские работники с различным уровнем профессиональной подготовки, начиная с акушерки или фельдшера «скорой помощи» и кончая специалистами перинатальных центров. В такой многоступенчатой системе часто имеются слабые звенья, которые порождают лечебно-диагностические ошибки. Нередко они вызваны несвоевременным обращением за медицинской помощью, ограниченными лечебно-диагностическими возможностями ЛПУ низших уровней, отсутствием преемственности в работе с вышестоящими лечебными учреждениями акушерско-гинекологической службы. Поэтому успех ургентного абдоминального родоразрешения зависит от организационных аспектов, постоянной готовности акушерского стационара к оказанию данного вида помощи: наличия квалифицированных специалистов акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов, соответствующего оборудования (УЗИ, КТГ, аппаратура для наркоза, респираторной поддержки и т.д.).

Исходы для плода при плановом и экстренном кесаревом сечении трудно сравнивать из-за того, что показания к операции и состояние плода перед ней не идентичны. При экстренной операции, когда родоразрешение проводится уже на фоне страдания плода, перинатальная смертность всегда выше, чем при плановом вмешательстве. В то же время, если операция проводится до начала родовой деятельности, адаптация новорожденных к внеутробной жизни происходит хуже, чем если

она сделана в первом периоде родов. Причиной этого является отсутствие физиологического воздействия на плод в родах, обеспечивающего запуск компенсаторных реакций, и наиболее оптимальное обеспечение перехода к внеутробному существованию. Это дает основание рекомендовать более широкое применение операции планового кесарева сечения в родах.

Что касается техники выполнения операции, в настоящее время наиболее часто выполняется кесарево сечение в нижнем сегменте матки с поперечным его разрезом по Гусакову или Дерфлеру. Для доступа к матке обычно используют нижне-срединную лапаротомию, разрез по Пфанненштилю, Джоэл-Кохену. Очень важным является этап извлечения плода из матки, учитывая, что более чем в 30 % случаев операция проводится в интересах плода. При восстановлении целостности матки следует использовать современные синтетические рассасывающиеся материалы (диксон, викрил, монокрيل и др.). Основные задачи при наложении шва на матку — полноценный гемостаз и полная герметичность. Они могут быть решены при наложении непрерывного двухрядного шва с захлестом по Ривердену. Основные требования, предъявляемые к шву на матке, — меньшая этажность, меньшее количество узлов, меньше шовного материала в ране.

В ходе выполнения кесарева сечения, особенно по экстренным показаниям (отслойка, предлежание плаценты), нередко уже имеется патологическая потеря или она возникает во время операции (снижение тонуса матки, попадание в общий кровоток околоплодных вод, нарушение хирургической техники и др.). Поэтому необходимо учитывать объем кровопотери и грамотно проводить инфузионную терапию, которая является длительным малым хирургическим вмешательством. Инфузионная терапия — один из важнейших методов профилактики и лечения нарушений жизненно-важных органов и систем, сопряженное, однако, с развитием инфекционных, аллергических и ятрогенных осложнений.

При возникновении показаний и проведении экстренного кесарева сечения в подавляющем большинстве случаев методом обезболивания является комбинированный эндотрахеальный наркоз. В случае плановых операций, при отсутствии противопоказаний, предпочтение следует отдать регионарной анестезии.

Одним из самых неблагоприятных и опасных последствий абдоминального родоразрешения в послеоперационном периоде являются гнойно-септические заболевания. Так, увеличение частоты кесарева сечения на 1 % повышает риск гнойно-септических осложнений в два раза. Поэтому особую роль играет определение противопоказаний и условий проведения операции. В последнее время многие положения в этом плане



пересмотрены. Очень важно до операции оценить факторы риска развития инфекционных осложнений: угроза прерывания беременности, швы на шейке матки, затяжные роды, длительный безводный период, большое число влагалищных исследований, наличие экстрагенитальной патологии, наличие в организме очагов инфекции.

На основании учета факторов риска формируется операционная концепция или отказ от операции, если она проводится по относительным показаниям.

В случае принятия решения в пользу кесарева сечения, во время операции факторами риска развития гнойно-септических осложнений являются: большая кровопотеря, продолжительность операции более одного часа, выполнение операции в экстренном порядке, корпоральный разрез на матке, использование несоответствующего шовного материала, дефекты хирургической техники.

После комплексной оценки риска развития инфекционных осложнений возможно интраоперационное проведение следующих мероприятий, снижающих вероятность осложнений: периоперационная санация влагалища антисептиками, внутривенное введение антибиотиков после пережатия пуповины, повторяющееся через 6, 12, 18 часов введение антибиотиков в толщу миометрия после удаления последа, орошение стенок матки антисептиками, обработка стенок полости матки низкоэнергетическим лазером.

Если состояние родильницы позволяет, то через 6-8 часов после выхода из наркотического сна проводится лечебная гимнастика в кровати, к концу первых суток женщина должна самостоятельно передвигаться. Через 8-10 часов после окончания операции показано введение стимуляторов кишечной перистальтики. С учетом контрактильной способности матки — токомиметики. Со 2-3-х суток назначаются физиопроцедуры.

Всем женщины, оперированным по экстренным показаниям, также родильницам группы риска, на 3-5 сутки послеоперационного периода проводится УЗИ, при необходимости — гистероскопия и лаваж матки антисептиками.

Проведение данных мероприятий будет способствовать формированию полноценного маткулинизированного рубца на матке и уменьшит вероятность развития осложнений при последующей беременности.

Представлены данные о 214 беременных 24-38 лет, имевших в анамнезе кесарево сечение. При предыдущей беременности в доношенном сроке были оперированы 75 % женщин, в плановом порядке — 48 %. Показаниями к родоразрешению путем операции кесарева сечения во время предыдущей беременности были: полное предлежание плаценты (2,5 %), тяжелая форма гестоза (18 %), анатомически узкий таз (6,5 %), неправильное положение плода (2,5 %), тазовое пред-

лежание плода (12 %), плацентарная недостаточность (7 %), длительное бесплодие в сочетании с другими отягощающими факторами (9 %), переношенная беременность при не готовых родовых путях (11 %), сочетанные показания (31 %).

Показаниями к оперативному родоразрешению в родах явились: клинически узкий таз (11,5 %), преждевременное излитие околоплодных вод и неэффективность родовозбуждения (12,5 %), аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии (18,5 %), острая гипоксия плода (48,5 %), отслойка нормально и низко расположенной плаценты (3,5 %), неправильное предлежание и вставление головки плода (5,5 %).

В женскую консультацию своевременно встали на диспансерный учет 86 % беременных. У 82 % беременность протекала на фоне экстрагенитальных патологий. Наиболее частыми были заболевания мочевыделительной системы (20,5 %), сердечно-сосудистой (16,5 %), эндокринной (13 %), нервной (10 %), опорно-двигательной (4 %), желудочно-кишечного тракта (11,5 %), органов дыхания (14 %), зрения (4 %), системные заболевания соединительной ткани (6,5 %).

Для обследования беременных были использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные методы, в том числе ультразвуковое сканирование, кардиотокография, доплерометрическое исследование кровотока в системе мать — плацента — плод. При ультразвуковом исследовании проводилось исследование фетометрических показателей, их соответствие сроку беременности, оценивался биофизический профиль плода, а также оценка состояния плаценты — локализация, толщина, степень зрелости.

Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар. Тип плаценты и морфология удаленного при операции рубца матки определялись при помощи гистоморфологических методов исследования.

При проведенном исследовании было выявлено, что у беременных, имеющих корпоральный рубец на матке, плацента в 58,8 % случаев локализуется в области рубца. В случае рубца в области нижнего сегмента в ранние сроки беременности предлежание плаценты к рубцу наблюдалось в 16,8 % случаев, однако, благодаря миграции плаценты к концу беременности, низкая плацентация сохранялась лишь у 2,8 % беременных.

Осложнения беременности в виде угрозы прерывания и несостоятельности рубца на матке чаще встречались при локализации плаценты по рубцу, особенно это было выражено при локализации плаценты по передней стенке — 67,3 % случаев. При расположении плаценты по задней стенке — 32,7 %. Рубец на матке был несостоятельным у 44 женщин (20,5 %), причем, у 32



(72,7 %) плацента была расположена в области рубца и только у 12 (27,3 %) — вне его.

Частота формирования хронической фетоплацентарной недостаточности составила 16,8 %. В 11 % она была первичной. Во всех случаях плацента локализовалась в области рубца. Досрочно родоразрешены 42 женщины (19,6 %), показаниями для этого в большинстве случаев послужила угроза разрыва матки по рубцу (66,7 %), в 23,8 % случаев — артериальная гипертензия (в том числе гестоз), в 9,5 % — прогрессирующая гипоксия плода.

Родилось 214 живых детей, из них 17,3 % недоношенных. Средняя масса тела составила 3064 г и колебалась от 1420 г до 4200 г. Ведущими осложнениями неонатального периода были переходящие гипоксические повреждения головного мозга, асфиксия, незрелость, недоношенность.

По результатам гистоморфологического исследования было выявлено, что в подавляющем большинстве случаев отмечался деструктивный тип строения плаценты — 51 %, компенсаторный — в 24 %, нормальный — в 14 %, воспалительный — в 11 %.

При гистологическом исследовании иссеченного рубца матки в случае его состоятельности

миометрий характеризовался значительным преобладанием мышечных волокон над соединительной тканью, мышечные волокна были расположены правильно, невыраженными были участки дистрофии и гиалиноза. В случае несостоятельности рубца гистологически отмечались расстройства кровообращения — кровоизлияния, микротромбозы. Количество мышечных волокон в этих случаях было значительно меньше по сравнению с соединительной тканью. Кроме того, был выражен отек окружающей мышечной ткани.

Таким образом, при локализации плаценты в области рубца на матке возрастает частота таких осложнений, как угроза прерывания беременности, несостоятельность рубца на матке, фетоплацентарная недостаточность, что требует тщательной прегравидарной подготовки с оценкой состоятельности рубца на матке до беременности, динамического наблюдения за состоянием фетоплацентарной системы и рубца на матке во время беременности. Родоразрешение данного контингента женщин должно проводиться в перинатальных центрах и акушерских стационарах высокого уровня, методом родоразрешения следует выбирать кесарево сечение.





ЕВТУШЕНКО И.Д., ИВАНОВА Т.В., САТЫШЕВА И.В., ОККЕЛЬ Ю.В., БЕЛЯЕВА А.Ю.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ

Кесарево сечение в развитых странах в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Этому способствуют развитие и совершенствование акушерской науки, внедрение в акушерскую практику современных диагностических методов исследования состояния матери и плода, совершенствование техники операции, развитие анестезиологии и реаниматологии, службы переливания крови, совершенствование реанимационно-интенсивной помощи новорожденным, развитие фармакологии, асептики и антисептики, применение новых антибиотиков широкого спектра действия и другие факторы [1, 2].

В нашей стране частота кесарева сечения растет. В последние 5 лет в Российской Федерации выявлена корреляция между ростом частоты кесарева сечения и снижением перинатальной смертности, с 16,1 д в 1996 г. до 13 д в 2002 г. Во многих клинических учреждениях России, являющихся коллекторами различной акушерской и экстрагенитальной патологии, частота кесарева сечения превышает 30 %. В большинстве зарубежных стран частота кесарева сечения [3] выше, чем в России, кроме некоторых европейских и скандинавских стран (Швеция, Финляндия, Германия, Австрия, Бельгия).

Возникает вопрос, будет ли наблюдаться дальнейший рост частоты кесарева сечения в нашей стране. Согласно рекомендации ВОЗ (1985), частота кесарева сечения, не должна превышать 15 %. Но этот процент был определен ВОЗ 15 лет назад, а к настоящему времени произошли значительные изменения. Частота кесарева сечения в целом по нашей стране составляет 17-18 %, а в стационарах высокого риска акушерской и перинатальной патологии — 28-30 %. Проведение операции кесарева сечения, как и любой другой манипуляции, должно быть строго обосновано, т.е. иметь медицинские показания, которые определяются состоянием беременной и плода [1, 3].

При решении вопроса о родоразрешении путем кесарева сечения, особенно планового характера, следует учитывать желание (просьбу) беременной. В Англии, согласно документу Changing Childbirth, разработанному Expert Maternity Group, беременная имеет свободу выбора метода родоразрешения. По данным Н. Churchill, в 1996 году 21,3 % беременных высказали просьбу родоразрешить их путем операции кесарева сечения, подобную просьбу в 1991-1992 гг. высказывали лишь 13,2 % беременных. W. Narerg, президент

Ассоциации акушеров-гинекологов США, считает, что мать имеет право выбора как ей рожать ребенка. В Италии описано 4 % случаев кесарева сечения по желанию женщины [1].

В нашей стране такого показания к оперативному родоразрешению, как «кесарево сечение по желанию женщины», нет.

Цель исследования — выяснить отношение врачей акушеров-гинекологов к возможности проведения операции кесарева сечения по желанию женщины.

Для решения поставленной проблемы была разработана анкета (см.), которая позволила получить информацию о месте работы, стаже доктора и его отношении к данной проблеме. Нами было опрошено 106 врачей государственных и частных учреждений со стажем работы от 6 месяцев до 38 лет.

В результате анкетирования выявлено следующее. Считают оправданным расширение показаний к операции кесарева сечения 50 врачей (49,5 %). Они полагают, что это ведет к снижению перинатальной смертности (38 чел. или 32,8 %), позволяет осуществлять родоразрешение в плановом порядке (26 чел. или 22,4 %), способствует сохранению мышц тазового дна (23 чел. или 19,8 %). Оперативное родоразрешение для 22 человек (18,9 %) — это уверенность в благополучном исходе родов. Расценивают оправданным расширение показаний к кесареву сечению 7 врачей (6 %), по таким причинам как возраст первородящей старше 40 лет, тенденции в родах к клинически узкому тазу, возможность стерилизации по желанию женщины, «в некоторых случаях недооценки факторов, которые могли бы послужить относительными показаниями для кесарева сечения, что в конечном итоге приводит к повышению травматизма родовых путей матери, как результат — больные дети», возможность ухудшения качества жизни самой женщины — опущение внутренних половых органов и недержание мочи.

Не согласны с расширением показаний к операции кесарева сечения 47 врачей (46,5 %), объясняя это воздействием на организм матери и ребенка лекарственных веществ (31 чел. или 28,7 %), таким же уровнем перинатальной смертности (28 чел. или 25,9 %), возможным развитием гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде (28 чел. или 25,9 %), гипоксией плода (15 чел. или 13,8 %). Боятся осложнений во время наркоза, развития кровотечений и тромбоэмболий 6 врачей (5,5 %).



Особое мнение высказали 4 доктора (4 %), имея в виду индивидуальный подход к каждой женщине.

Отношения врачей акушеров-гинекологов к возможности проведения кесарева сечения по желанию женщины следующие. Проведение кесарева сечения при отсутствии медицинских показаний считают не целесообразным 54 врача (51,4 %). Так как это операция, во время которой на организм матери и ребенка оказывается действие наркоза (24,7 %, 48 чел.); рубец на матке затруднит вынашивание последующей беременности (23,2 %, 45 чел.), период пребывания в стационаре удлинится по сравнению с обычными родами (20,6 %, 40 чел.), большая кровопотеря, чем при обычных родах (19 %, 37 чел.), возможен травматизм плода (8,7 %, 17 чел.). Возражают против проведения операции кесарева сечения по желанию женщины в связи с возможным развитием воспалительных процессов, спаечной болезни в послеоперационном периоде 5 врачей (2,6 %). Роды должны протекать естественным путем, как заложено природой, уверены 2,6 % врачей (5 человек). Против оперативного родоразрешения по религиозным убеждениям высказались 2 человека (1 %).

Считают возможным делать кесарево сечение по желанию женщины 30,5 % опрошенных врачей (32 чел.), из тех соображений, что это: позволяет проводить бережное родоразрешение (24,6 % или 20 чел.), родоразрешение в плановом порядке (24,6 % или 20 чел.), позволяет уменьшить использование таких методов, как экстракция плода за ножку, вакуум-экстракцию, акушерские щипцы (24,6 % или 20 чел.), сокращает продолжительность родов (12,3 % или 10 чел.), возможно действие «оборонительной медицины» (добровольное страхование, боязнь юридических проблем) (9,8 % или 8 чел.), есть возможность медицинской стерилизации во время операции(-

3,7 % или 3 чел.). Ответить на данный вопрос затруднились 6,6 % врачей (7 чел.).

Имеют особое мнение по поводу данного вопроса 12 человек (11,4 %): возможность проведения кесарева сечения по желанию женщины только в исключительных случаях; при наличии 1-2 относительных показаний и одновременном желании женщины. По их мнению, женщина должна иметь выбор при деторождении, но это будет субъективным фактором, применимым к естественным процессам.

Анализируя полученные результаты, можно сделать следующие выводы: в большинстве случаев (51 %), акушеры-гинекологи еще не готовы к проведению профилактического (по желанию женщины) кесарева сечения в связи с отсутствием клинических доказательств или преимуществ его перед вагинальным родоразрешением, отсутствием нормативных юридических документов, запрещающих или разрешающих его проведение. С другой стороны, 30 % врачей согласны на проведение операции по просьбе женщины, полагая, что доминанта на благоприятное течение родового процесса является важным фактором исхода родов для матери и плода. И существует отдельное мнение (11 %), что кесарево сечение по желанию женщины возможно, но только в совокупности с медицинскими показаниями.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чернуха, Е.А. //Акуш. и гинекол. – 2002. – № 12. – С. 3-6.
2. Серов, В.Н. Кесарево сечение в системе перинатального акушерства /Серов В.Н. //Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 3.
3. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии /Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. – М., 2000.

АНКЕТА

Уважаемый доктор!

Проблема «кесарева сечения по желанию женщины» становится в настоящее время все более актуальной за рубежом (Англия, США). В России операция кесарева сечения проводится только по медицинским показаниям. Просим Вас высказать свое мнение, ответив на вопросы нашей анкеты (анонимно).

1. Место работы:
 - 1.1. роддом;
 - 1.2. женская консультация;
 - 1.3. другое (пожалуйста, напишите) _____
2. Стаж работы _____
3. Считаете ли Вы оправданным расширение показаний к операции кесарева сечения:
– да;
– нет (переходите к 5 пункту).
4. Если «да», то почему (можно отметить любое количество пунктов):
 - 4.1. родоразрешение в плановом порядке;



- 4.2. сохранение мышц тазового дна;
- 4.3. снижение перинатальной смертности;
- 4.4. убежденность заранее в благополучном исходе родов;
- 4.5. другое (пожалуйста, напишите) _____
- 4. Если «нет», то почему (можно отметить любое количество пунктов):
- 5.1. перинатальная смертность остается на том же уровне;
- 5.2. воздействие лекарственных веществ на организм матери и ребенка;
- 5.3. гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;
- 5.4. гипоксия плода;
- 5.5. другое (пожалуйста, напишите) _____
- 6. Ваше отношение к кесареву сечению по желанию женщины:
- 6.1. согласен;
- 6.2. не согласен (переходите к 8 пункту);
- 6.3. затрудняюсь ответить;
- 6.4. особое мнение (пожалуйста, напишите) _____
- 7. Если «да», то почему (можно отметить любое количество пунктов):
- 7.1. бережное родоразрешение;
- 7.2. родоразрешение в плановом порядке;
- 7.3. сокращение продолжительности родов;
- 7.4. уменьшает использование таких методов, как экстракция плода за ножку, вакуум-экстракция, акушерские щипцы;
- 7.5. «оборонительная» медицина (страхование, боязнь судебных тяжб).
- 7.6. другое (пожалуйста, напишите) _____
- 8. Если «нет», то почему (можно отметить любое количество пунктов):
- 8.1. большая кровопотеря, чем при обычных родах;
- 8.2. действие наркоза;
- 8.3. более длительный период пребывания в стационаре после родоразрешения, чем при обычных родах;
- 8.4. травматизм плода;
- 8.5. одно кесарево сечение влечет за собой другое;
- 8.6. религиозные убеждения;
- 8.7. другое (пожалуйста, напишите) _____

Спасибо!





ГОРМОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гипоталамический синдром (ГС) представляет собой патологический симптомокомплекс, в основе которого лежит первичное поражение гипоталамуса и сопряженных с ним структур центральной нервной системы [1, 2]. Характерными проявлениями гипоталамического синдрома являются вегетативные, психо-эмоциональные и эндокринно-обменные нарушения [3]. По данным различных авторов, это заболевание встречается у 17,9-25 % женщин репродуктивного возраста [4, 5]. ГС может возникать первично, вследствие воздействия нейротропных вирусов, стресса, в результате черепно-мозговой травмы или на фоне хронического тонзиллита. Кроме того, повреждение гипоталамуса может происходить в антенатальном периоде. Осложненное течение беременности, влияние неблагоприятных факторов на организм беременной женщины и плода могут повлиять на закладку структур гипоталамуса и формирование его связей. Вторичное повреждение гипоталамуса происходит в результате систематического переиздания на фоне наследственной предрасположенности. У пациенток с ГС не наблюдается физиологического течения беременности и родов. Беременность усугубляет имеющиеся в организме женщины нарушения за счет максимального напряжения неполноценных систем организма. В свою очередь, нейроэндокринные расстройства в организме матери оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности, формирование фетоплацентарного комплекса у этих женщин.

Цель исследования — изучить особенности гормональной функции фетоплацентарного комплекса у беременных с гипоталамическим синдромом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 60 беременных женщин в сроке 38-40 недель и 60 их новорожденных. В первую (основную) группу вошли 35 беременных женщин с гипоталамическим синдромом и 35 их новорожденных. Вторую группу (сравнения) составили 25 беременных без нейроэндокринной патологии и 25 их новорожденных. Диагноз гипоталамического синдрома в первой группе устанавливался совместно с эндокринологом на основании критериев Вейна А.М. (1982). Средний возраст обследованных первой группы составил $25,8 \pm 1,1$ лет, второй группы — $26,3 \pm 1,1$ лет ($p = 0,32$). Масса

тела беременных женщин первой группы составила в среднем $91,9 \pm 2,8$ кг, второй группы — $68,1 \pm 1,8$ кг ($p < 0,001$). Течение беременности у всех женщин первой группы осложнилось развитием гестоза и фетоплацентарной недостаточности, во второй группе — у 24 % беременных ($p < 0,001$). Угроза прерывания беременности в первой группе отмечалась у 37 % пациенток, во второй — у 30 % беременных ($p = 0,28$). Анемия наблюдалась у пациенток первой группы в 40 % случаев, у женщин второй группы — в 38 % ($p = 0,43$). Течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод у женщин с ГС в 34 % случаев, у беременных без нейроэндокринной патологии — в 30 % ($p = 0,37$), аномалиями родовой деятельности — у 54 % женщин основной группы и у 8 % женщин группы сравнения ($p = 0,03$), травматизмом мягких тканей родовых путей — у 40 % и 35 % женщин, соответственно ($p = 0,34$). Преждевременные роды в основной группе наблюдались в 2-х случаях (6 %), в группе сравнения — в 1 случае (4 %). В первой группе 29 % женщин были родоразрешены операцией кесарева сечения, во второй группе — 8 % ($p = 0,025$). Основными показаниями к оперативному родоразрешению женщин явились утяжеление гестоза, вторичная слабость и дискоординация родовой деятельности, декомпенсация гипоксии плода. В первой группе масса тела новорожденных составила $3502 \pm 109,9$ г, во второй группе — $3469,4 \pm 77,2$ г ($p = 0,27$); рост новорожденных — $52,6 \pm 0,5$ см и $53,5 \pm 0,5$ см ($p > 0,05$). Оценка детей проводилась по шкале Апгар и сразу после их рождения составила $6,9 \pm 0,7$ и $7,8 \pm 0,1$ баллов в первой и второй группах, соответственно ($p < 0,001$).

Всем пациенткам проводились клиническое и антропометрическое обследования. В сыворотке крови беременных определялись содержание плацентарного лактогена (ПЛ), хорионического гонадотропина (ХГЧ), прогестерона (ПГ), эстриола (ЕЗ) иммуноферментным методом при помощи стандартных наборов «DSL», «Алкор Био». Определение уровня лептина проводилось иммуноферментным методом при помощи стандартных наборов «DSL» в сыворотке крови беременных и в пуповинной крови.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием ППП «STATISTICA for WINDOWS 6.0». По каждому признаку в сравниваемых группах определяли



среднюю арифметическую величину (М) и ошибку (m). Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок. Сравнение полученных результатов с данными здоровых женщин, а также оценку разности между генеральными долями (частотами), осуществляли с помощью t-критерия Стьюдента. Нулевую гипотезу отвергали при $p < 0,05$. Исследование взаимосвязи между количественными признаками осуществляли при помощи парного коэффициента линейной корреляции Спирмена (r) и регрессионного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты определения основных гормонов фетоплацентарного комплекса в сыворотке крови беременных в конце III триместра представлены в таблице.

Таблица
Содержание основных гормонов в сыворотке крови беременных

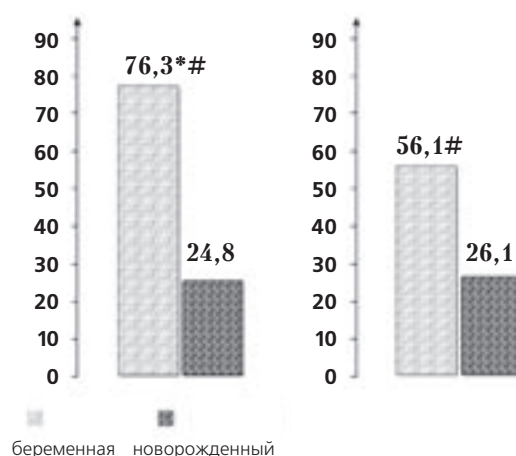
Показатель	I группа	II группа	p
ПЛ (мкг/мл)	$9,35 \pm 3,37$	$8,42 \pm 3,15$	0,35
ЕЗ (нг/мл)	$15,75 \pm 11,1$	$21,4 \pm 17,5$	0,19
ПГ (нмоль/мл)	$150 \pm 8,9$	$335 \pm 165,2$	$< 0,001$
ХГЧ (мМЕ/мл)	$74678,7 \pm 11403,5$	$48526,3 \pm 12003,5$	$< 0,001$
Лептин (нг/мл)	$76,3 \pm 4,29$	$56,1 \pm 4,9$	$< 0,001$

Результаты исследования показали, что содержание лептина и ХГЧ в сыворотке крови беременных с ГС было достоверно выше, чем в группе сравнения — $74678,7 \pm 11403,5$ мМЕ/мл и $48526,3 \pm 12003,5$ мМЕ/мл ($p < 0,001$), а ПГ ниже — $150 \pm 8,9$ нмоль/мл и $335 \pm 165,2$ нмоль/мл ($p < 0,001$), соответственно.

Уровень лептина беременных с ГС был достоверно выше, чем в группе сравнения, колебался в широких пределах, от $36,4$ нг/мл до $125,7$ нг/мл, в среднем $76,3 \pm 4,3$ нг/мл. Диапазон колебаний уровня лептина в группе сравнения был от $26,3$ нг/мл до $93,2$ нг/мл, в среднем $56,1 \pm 4,9$ нг/мл ($p < 0,001$). Содержание лептина у новорожденных в основной группе колебалось от $2,3$ нг/мл до $71,5$ нг/мл, в среднем $24,8 \pm 4,1$ нг/мл, в группе сравнения диапазон колебаний составил $6,7-72,9$ нг/мл, в среднем $26,1 \pm 3,7$ нг/мл ($p = 0,28$). Содержание лептина в сыворотке крови беременных обеих групп было статистически значимо выше, чем в пуповинной крови ($p < 0,001$) (рис.).

Статистически значимой корреляционной зависимости между уровнем лептина у матерей и

Рисунок
Содержание лептина в сыворотке крови беременных и их новорожденных в I-й (а) и II-й (б) группах



Примечание:

* — $p < 0,05$ между I и II группами,

— $p < 0,05$ между беременной и новорожденным.

их новорожденных не выявлено ($r = 0,081$; $p = 0,312$). Выявлена прямая статистически значимая корреляционная зависимость умеренной силы между содержанием лептина в сыворотке крови беременной и ее массой тела (в основной группе: $r = 0,53$; $p = 0,005$; в группе сравнения $r = 0,62$; $p = 0,003$); между содержанием лептина в сыворотке крови беременной и ее возрастом в группе сравнения ($r = 0,63$; $p = 0,003$), а также обратная зависимость между уровнем лептина матери и оценкой по шкале Апгар при рождении в основной группе ($r = 0,39$; $p = 0,05$).

Взаимосвязь уровня лептина, прогестерона, плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина и эстриола в сыворотке крови матери была статистически не значима ($p > 0,05$). Выявлена прямая статистически значимая корреляционная зависимость умеренной силы между содержанием лептина в пуповинной крови и ростом плода в обеих группах (в основной группе $r = 0,54$; $p = 0,009$; в группе сравнения $r = 0,51$; $p = 0,023$), уровнем лептина и массой тела плода в основной группе ($r = 0,38$; $p = 0,011$), содержанием лептина и паритетом родов в основной группе ($r = 0,46$; $p = 0,034$), а также уровнем лептина в сыворотке пуповинной крови и оценкой по шкале Апгар при рождении в обеих группах (в основной группе $r = 0,58$; $p = 0,005$; в группе сравнения $r = 0,57$; $p = 0,032$). Определена статистически значимая корреляционная зависимость между уровнем лептина пуповинной крови и сроком беременности в основной группе ($r = 0,48$; $p = 0,031$).



Анализ полученных результатов показал, что гормональная функция фетоплацентарного комплекса у женщин с гипоталамическим синдромом характеризуется более высокими значениями ХГЧ, а также более низкими значениями ПГ, что свидетельствует о развитии фетоплацентарной недостаточности [6].

Лептин — гормон белковой природы, который вне беременности синтезируется преимущественно жировой тканью, а во время беременности, в основном, трофобластом [7]. Содержание лептина у беременных с ГС определяется степенью тяжести ожирения. Уровень лептина у этих женщин достоверно выше, чем в группе сравнения, что может быть обусловлено его дополнительной продукцией жировой тканью. Содержание лептина у плода значительно ниже, чем у матери, и не зависит от уровня этого гормона у нее, что позволяет предположить, что во время беременности рост и развитие плода определяются уровнем лептина, продуцируемого плацентой. Результаты исследования согласуются с данными других авторов [8, 9, 10], указывающих на возможное влияние плацентарного лептина на рост и развитие плода.

Таким образом, у беременных с гипоталамическим синдромом выявлены выраженные нарушения гормональной функции фетоплацентарного комплекса, что указывает на высокую частоту фетоплацентарной недостаточности и приводит к неблагоприятным перинатальным исходам.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Артюкова, О.В. Гипоталамический синдром пубертатного периода /Артюкова О.В., Коколина В.Ф. //Вест. рос. асс. акуш.-гинеко. — 1997. — № 2. — С. 45-48.
2. Вейн, А.М. Гипоталамический синдром /Вейн А.М. //Врач. — 2000. — № 2. — С. 12-14.
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика /Под ред. А.М. Вейна. — М., 1998. — 752 с.
4. Арустамян, К.К. Репродуктивная функция женщин, страдающих гипоталамическим синдромом /К.К. Арустамян: Автореф. дис. ... канд. мед наук. — Ереван, 1990. — 17 с.
5. Сутурина, Л.В. Гипоталамический синдром: основные звенья патогенеза, диагностика, патогенетическая терапия и прогноз /Л.В. Сутурина: Автореф. дис. ... д-ра мед наук. — Иркутск, 2002. — 45 с.
6. Радзинский, В.Е. Биохимия плацентарной недостаточности /Радзинский В.Е., Смалько П.Я. — М., 2001. — 276 с.
7. Jakimiuk A.J., Skalba P., Hutterski D. et al. //Gynecol. Endocrin. — 2001. — Vol. 15, N 5. — P. 77.
8. Henson, M.C. Leptin in pregnancy /Henson M.C., Castracane V.D. //Biol Reprod. — 2000. — Vol. 63, N 5. — P. 1219-1228.
9. Leptin: a potential marker of placental insufficiency /Lepercq J., Guerre-Millo M., Andre J. et al. //Gyn. Obs. Inv. — 2003. — Vol. 55, N 3. — P. 151-155.
10. Serum leptin concentrations during the perinatal period /Sarandakou A., Protonotariou E., Rizos D. et al. //Am.J. Perinat. — 2000. — Vol. 17, N 6. — P. 325-328.



КУЛАВСКИЙ Е.В.

*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МНГОВОДОИИ

Представлена целостная характеристика хронического многоводия инфекционного генеза, основанная не только на клинических, но и на данных цитологического и микробиологического исследования околоплодных вод и морфологических исследований амниона. Выявлена высокая частота и характер осложнений беременности и родов при данной патологии (угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преждевременные роды). Выделение беременных с риском развития многоводия инфекционного генеза, раннее и тщательное их обследование позволяют своевременно проводить профилактику акушерских осложнений и улучшить перинатальные исходы.

Ключевые слова: беременность, многоводие.

A general description of chronic hydramnion of infectious origin based not only on clinical but cytologic and microbiologic studies of amniotic fluid and amnion morphologic studies is presented. A high incidence and character of complications of pregnancy and delivery due to this pathology (threatened abortion, chronic fetoplacental insufficiency, premature labour) have been revealed. Detecting pregnant women at high risk of hydramnion of infections origin, their early and careful examination allow to prevent obstetric complications and improve perinatal outcomes.

Key words: pregnancy, hydramnion.

Одной из недостаточно изученных проблем в перинатальном акушерстве является многоводие. Значение околоплодной среды в формировании, развитии и росте плода чрезвычайно велико, как при физиологически протекающей беременности, так и при неблагоприятных условиях внутриутробного развития плода, связанных с осложнениями беременности, родов, заболеваниями матери. Через нее осуществляется питание и газообмен плода, выделение продуктов метаболизма, формирование гормонального и иммунного статуса плода. Немаловажная роль в выполнении этих функций принадлежит околоплодным оболочкам, представляющим вместе с плацентой единый комплекс [1, 2, 3, 4].

Данные о течении беременности и родов при многоводии также недостаточно отражены в литературе. Имеются работы по этиологии этой патологии, свидетельствующие о том, что существенную роль в развитии многоводия играют пороки развития, нарушения углеводного обмена, наследственная патология. Незначительно число исследований, посвященных роли инфекционной патологии в этиологии многоводия. Весьма ограничены данные об особенностях течения беременности и родов, о состоянии фетоплацентарного комплекса, об изменениях околоплодных вод в динамике беременности, осложненной многоводием. В связи с этим своевременная диагностика многоводия, выявление факторов риска, оценка состояния фетоплацентарной системы имеют особое значение в выборе методов первичной профилактики, рациональной терапии, оптимального

родоразрешения и ранней реабилитации новорожденных, в целом прогнозировании этой сложной перинатальной патологии [5, 6, 7, 8, 9].

Одной из ведущих медико-социальных проблем акушерства и перинатологии является внутриутробная инфекция. В ее патогенезе важная роль отводится синдрому инфекции околоплодных вод, одним из характерных клинических проявлений которого является многоводие. При многоводии беременность осложняется невынашиванием, угрозой преждевременных родов, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, хронической гипоксией и антенатальной гибелью плода. В родах возникают преждевременное и раннее излитие вод, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода, гнойно-септические осложнения после родов [10, 11, 12].

Таким образом, совершенствование методов прогнозирования, ранней диагностики многоводия у беременных высокого инфекционного риска с использованием современных технологий представляется актуальным. Это создает условия для ранней профилактики осложнений со стороны матери, плода и новорожденного.

Изучено течение беременности и родов у 130 беременных с хроническим многоводием инфекционного генеза. У каждой из них исключены сахарный диабет, Rh-конфликт, врожденные пороки развития плода, многоплодие. В качестве контроля были взяты 100 женщин, у которых беременность протекала без хронического многоводия. Клинико-статистический анализ анамнестических



данных, особенностей течения беременности, родов проводился на основании специально разработанных карт, которые заполнялись путем устного опроса беременных и точного определения некоторых параметров гомеостаза во время амбулаторного и стационарного обследования и лечения беременных. В разработанную карту также заносились все проводимые клинико-лабораторные исследования. Обследованные женщины были в возрасте от 15 до 44 лет.

При проведении клинического обследования беременных особое внимание уделялось факторам риска. Подробно собирался анамнез с акцентом на сопутствующие настоящей беременности экстрагенитальные заболевания. Особое значение придавали акушерско-гинекологическому анамнезу (хронические воспалительные заболевания придатков и матки, бесплодие, развивающиеся беременности, плацентарная недостаточность, преждевременные роды, перинатальные потери, гипотрофия новорожденного). Детально, по триместрам, анализировалось течение настоящей беременности. В родах обращали внимание на их динамику, продолжительность, время излития околоплодных вод и их количество, характер, осложнения во время отделения последа, оперативные вмешательства, количество кровопотери, характер послеродовых осложнений.

Проводилось стандартное исследование общих анализов крови и мочи, крови на реакцию Вассермана, наличие ВИЧ-инфекции, коагулограммы, биохимических показателей крови, определение возбудителей в мазках из цервикального канала, влагалища и уретры, по показаниям молекулярно-биологические методы (диагностика герпесвирусной, уреаплазменной, хламидийной инфекции методом полимеразной цепной реакции), оценка фетоплацентарного комплекса. Оценка фетоплацентарного комплекса (ФПК) включала регулярное клиническое наблюдение за беременной; динамическую ультразвуковую биометрию плода в I, II, III триместрах; ультразвуковую оценку состояния плаценты (локализация, толщина, степень зрелости, наличие кист, кальцинатов); исследование околоплодных вод; изучение плацентарного кровообращения; кровотока в сосудах пуповины и крупных сосудах плода (ультразвуковая доплерометрия); оценку функционального состояния плода посредством изучения его двигательной активности и сердечной деятельности (кардиотокография, после 28 недель — определение биофизического профиля плода).

Анализируя состояние новорожденных, учитывали физическое развитие ребенка: массу тела, рост, массо-ростовой коэффициент, окружности головы, груди. Состояние новорожденного оценивали по шкале Апгар, определяли наличие внутриутробной гипотрофии, внутриутробного инфи-

цирования, родовой травматизм. Характеризуя развитие детей в раннем неонатальном периоде, обращали внимание на физиологическую убыль массы тела в зависимости от суток жизни, восстановление первоначальной массы, заболеваемость новорожденных. Состояние ребенка при рождении и в раннем неонатальном периоде изучали совместно с неонатологами. Плаценту, плодные оболочки подвергали гистологическому исследованию. Весь клинический материал, данные лабораторных исследований статистически обработаны с применением критерия Стьюдента-Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Диагноз многоводия ставился на основании данных анамнеза, объективного исследования, которые позволяли определить степень многоводия (быстрое увеличение высоты стояния дна матки и окружности живота, несоответствие размеров матки календарному сроку беременности, при динамическом акушерском исследовании матка напряжена, тугоэластической или плотной консистенции (при тяжелой степени многоводия), пальпация частей плода затруднена, чрезмерная подвижность и неустойчивое положение плода), ультразвуковой диагностики (УЗД), проводимой в динамике. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось с использованием линейного датчика 3,5 МГц при помощи аппарата «Aloka SSD-650», конвексным и механическими датчиками 3,5 МГц с использованием импульсного Допплера. Проводимое целенаправленное комплексное обследование включало фетометрию плода: бипариетальный размер головки (БПР), средний диаметр живота (СДЖ), длина бедра (ДБ), частота сердечных сокращений плода (ЧСС); исследование плаценты (местоположение, степень зрелости по Р. Grannum, толщина, структура). Рассматривались только случаи хронического многоводия, при которых количество вод было не менее 1,5 л.

Для выявления возможных причин многоводия и сопутствующей патологии проводилось всестороннее обследование беременных (бактериологическое, УЗИ, при необходимости — генетическое). В процессе наблюдения за беременными вычислялся амниотический индекс (J. Phelan и соавт., 1987): полость матки мысленно разделяют на 4 квадранта двумя взаимно перпендикулярными плоскостями, проходящими через пупок беременной; поперечная линия — на уровне пупка беременной; продольная линия — по белой линии живота; индекс амниотической жидкости — суммирование показателей, полученных при измерении самого большого вертикального столба в каждом квадранте; измерение наибольшего столба жидкости (при нормальном количестве околоплодных вод вертикальный размер столба больше 8 см); нормальные значения индекса амниотической жидкости в пределах 6-24 см, в зависимости от гестационного возраста.



Проводилось цитологическое исследование проб амниотической жидкости, полученных путем амниоцентеза во время беременности, операции кесарева сечения и при трансвагинальной амниотомии в первом периоде родов. С этой целью полученные образцы центрифугировали при скорости 2000 об/мин в течение 10 минут. Из осадка готовили мазки, которые окрашивали по Романовскому-Гимза. В световом микроскопе в каждом из произвольно выбранных 10 полей зрения производили подсчет количества полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ) и остальных клеток, объединенных в термин «цитоз», устанавливали их средние величины (эритроциты не учитывали). Результаты сопоставляли с морфологической характеристикой последа и состоянием родильниц, новорожденных. Околоплодные воды для бактериологического исследования при многоводии получали путем амниоцентеза и интраоперационно во время операции кесарева сечения, стерильным шприцем, после чего сразу же доставляли в бактериологическую лабораторию. Было исследовано 50 проб околоплодных вод при многоводии и 10 проб — при нормоводии.

Проведено гистологическое исследование амниона у 44 женщин при многоводии и у 14 — при нормальном течении беременности и нормоводии. Всего было приготовлено 230 микропрепаратов. При взятии материала соблюдались главные требования: минимальная травматизация тканей, создание оптимальных условий для фиксации.

Для гистологического исследования брались кусочки амниона сразу же после рождения последа. В каждом случае брались 3 кусочка амниона: в области плацентарного диска, из промежуточной зоны и из участка амниона, наиболее отдаленного от плацентарного диска. Во избежание травматизации (сжатие, сдавление), ткани амниона иссекались ножницами. Вырезанный блок сразу помещался в фиксатор (раствор формалина). Смачивание блока водой недопустимо, так как в силу осмотического давления вода может проникнуть в ткани и вызвать разрушение микроструктур. Взятые кусочки размерами $0,5 \times 1,0$ см фиксировали в 10 % растворе формалина. Срезы толщиной 7 мкм окрашивались гематоксилин-эозином.

Наиболее часто хроническое многоводие встречалось в возрасте 25-29 лет (34,6 %); средний возраст обследованных составил $24,5 \pm 3,8$ лет.

Проведен анализ сопутствующей экстрагенитальной патологии. Из экстрагенитальных заболеваний у исследуемых к моменту наступления беременности имели место: хронический пиелонефрит (48 женщин, 36,9 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, холецистит, панкреатит) (32 женщины, 24,6 %), эндокринопатии (гипотиреоз субклинической и легкой степени тя-

жести, ожирение, СПКЯ) (26 беременных, 20 %). Гипертоническая болезнь I и II стадии встречалась у 24 беременных (18,4 %), вегето-сосудистая дистония по гипо- или гипертоническому типу — у 19 (14,6 %), хронические заболевания верхних дыхательных путей (хронический бронхит, хронический тонзиллит, гайморит) выявлены у 18 женщин (13,8 %). Таким образом, у беременных с хроническим многоводием экстрагенитальная патология имела достаточно широкое распространение. Доминирующей экстрагенитальной патологией оказались заболевания мочевыделительной системы.

Заболевания половой системы до наступления данной беременности имелись у 98 пациенток (75,3 %) из 130 обследованных, в контрольной группе — у 29 чел. В структуре гинекологических заболеваний преобладали хронические воспалительные заболевания придатков матки (44 чел., 33,8 %); заболевания шейки матки (36 чел., 27,6 %); воспалительные заболевания влагалища (специфические и неспецифические кольпиты) (28 чел., 21,5 %). У 38 пациенток основной группы (29,2 %) обнаружена генитальная инфекция.

До 28 недель гестации многоводие было диагностировано у 22 беременных (16,9 %), при сроке 29-35 недель — у 48 (36,9 %), до 36-40 недель — у 60 (46,2 %). Многоводие I-й степени отмечалось у 38 женщин (29,2 %), II степени — у 66 (50,7 %), III степени — у 26 пациенток (20,1 %).

Выраженная клиническая картина угрожающего выкидыша (ноющие боли в нижних отделах живота, высокая возбудимость матки, кровянистые выделения) наблюдалась у 34 женщин (26,1 %). С учетом клиники угрожающего аборт, проводилась терапия, направленная на сохранение беременности (ХГ, дюфастон). У 38 пациенток (29,2 %) основной группы обнаружена генитальная инфекция (кандидозный вагинит — 18 чел., бактериальный вагиноз — 20 чел.). При микроскопическом исследовании влагалищного содержимого II степень чистоты диагностирована у 54 женщин (41,5 %), III степень — у 44 (33,8 %), IV степень — у 32 женщин (24,7 %).

Течение II триместра у беременных с хроническим многоводием, также как и в I триместре, часто осложнялось угрозой самопроизвольного аборта и ранних преждевременных родов. Во всех случаях эти осложнения были непосредственным продолжением угрозы прерывания беременности в I триместре. Частота этого осложнения составила 36,9 %, но ни одна из этих беременностей во II триместре не прервалась. В случае рецидивирования угрозы прерывания беременности в критически сроки проводилась токолитическая терапия (партусистен, гинипрал). Одновременно проводилась терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровообращения (трентал, курантил).



Течение беременности в III триместре у женщин с многоводием часто осложняется угрозой преждевременных родов, фетоплацентарной недостаточностью, гипоксией и внутриутробной задержкой развития плода.

Беременность у женщин с I степенью многоводия осложнялась угрозой самопроизвольного аборта в ранние сроки и в дальнейшем протекала без осложнений. Пациентки со II степенью имели множество осложнений во время данной беременности. В I и II триместрах беременность осложнялась угрозой прерывания и анемией, в III триместре — фетоплацентарной недостаточностью и угрозой преждевременных родов. В большинстве случаев (46,2 %) многоводие II и III степени встречалось у женщин со смешанной вирусно-бактериальной инфекцией, и реже (28,6 %) при бактериальной моноинфекции.

Комплексное изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса во II и III триместрах беременности показало, что нарастание степени тяжести нарушений кровотока отмечалось у 32,3 % беременных с хроническим многоводием, тогда как соответствующий показатель у женщин контрольной группы составил 18 %. Анализ исхода родов у беременных с хроническим многоводием показал, что роды через естественные родовые пути имели место у 78 пациенток (60 %).

Общая продолжительность родов у первородящих составила, в среднем, $12,4 \pm 1,14$ часа, у повторнородящих — $7,2 \pm 1,28$. Кровопотеря колебалась в пределах 250–420 мл. Доля осложнений в родах составила: дородовое излитие околоплодных вод — 28 беременных (36 %), аномалии родовой деятельности — 16 (21 %), патологическая кровопотеря в родах и раннем послеродовом периоде — 9 женщин (11 %).

Кесаревым сечением родоразрешено 52 беременных (40 %), корпоральное кесарево сечение выполнено 30 беременным, кесарево сечение в нижнем сегменте — 22 женщинам.

Течение последового и раннего послеродового периодов у пациенток основной группы протекала без особенностей. В 10 случаях (7,69 %) при кесаревом сечении возникло гипотоническое кровотечение, в результате чего объем оперативного лечения был расширен до ампутации матки. Гнойно-септических осложнений у родильниц основной группы не зарегистрировано.

Гистологическое исследование показало, что в плацентах женщин с хроническим многоводием нарушение созревания ворсинчатого хориона обнаруживается значительно чаще, чем в последах женщин контрольной группы. Однако, несмотря на патологическую незрелость ворсинчатого хориона, компенсаторные реакции были выражены значительно, что позволило детям родиться в срок и, как правило, с соответствующими гестационно-

му возрасту весо-ростовыми показателями. Кроме того, в случае перинатальной патологии в последах были усилены инволютивно-дистрофические процессы, в 61,7 % случаев обнаружены воспалительные изменения в виде очагового децидуита или краевого децидуита с преобладанием среди инфильтрирующих элементов лимфоцитов.

У 42 беременных с хроническим многоводием, при наличии воспалительных изменений в последе и околоплодных водах, при цитологическом исследовании имеется большое количество разрушенных клеток, что отражается на величине цитоза (в среднем, более 6 клеток в поле зрения в интраоперационных пробах и более 10 — в трансвагинальных, а наличие и количество ПЯЛ прямо зависит от пути инфицирования плодного яйца). При восходящей урогенитальной инфекции, сопровождающейся амнионитом и хориоамнионитом, число ПЯЛ увеличивается (в среднем, 2–3 в поле зрения в интраоперационных пробах и более 10 — в трансвагинальных). Поступление в амниотическую полость продуктов жизнедеятельности возбудителей инфекции и метаболитов из поврежденных инфектов тканей способствует развитию дистрофических, некробиотических изменений в амниоцитах, происходит их десквамация. Все это приводит к появлению в амниотической жидкости большого количества недифференцированных и разрушенных клеточных элементов.

При микробиологическом исследовании из 50 образцов было выделено 28 штаммов микроорганизмов. В 6 случаях выявлена ассоциация микроорганизмов: *S. epidermidis* и *E. cloacae*, споровые грам(+) и *C. albicans*, *S. simulans* и *C. albicans*, *E. tarda* и *E. coli*. Обобщая полученные данные можно констатировать, что в 56 % случаев в околоплодных водах у беременных женщин с хроническим многоводием преобладали условно патогенные бактерии (кокковая флора и грамотрицательные палочки с преобладанием *E. cloacae* в 31,9 % случаев).

При морфологическом исследовании амниона при хроническом многоводии наблюдаются многочисленные изменения. В подавляющем большинстве случаев эпителий амниона имел цилиндрическую форму, цитоплазма оксифильна, на аксиальном конце клеток цитоплазматические выросты, часть из них обрывается и они свободно располагаются в амниотической жидкости. В других участках амниона встречаются чередования однослойного цилиндрического эпителия с однослойным плоским эпителием. Наконец, у части беременных с многоводием встречаются обширные участки амниона с однослойным плоским эпителием. В некоторых участках зоны плацентарного диска у отдельных беременных с многоводием определяются выраженные васкулиты, сопровождаемые застоем крови, периваскулярным отеком, инфильтрацией лейкоцитов и других им-



мунокомпетентных клеток организма. Таким образом, при беременности, осложненной хроническим многоводием, в амнионе (внезародышевом органе, выполняющем выработку околоплодных вод) определяются выраженные морфологические изменения, характер которых коррелирует с длительностью и выраженностью многоводия.

Обобщая полученные данные можно заключить, что хроническое многоводиеотягощает течение беременности и родов, вызывая угрозу прерывания в различные сроки, хроническую фетоплацентарную недостаточность и преждевременные роды. Хроническое многоводие характеризуется воспалительными изменениями плодных оболочек, появлением в амниотической жидкости большого количества недифференцированных и разрушенных клеточных элементов, преобладанием при микробиологическом исследовании условно-патогенной флоры. Уточнение особенностей патогенеза многоводия с использованием новых технологий, дальнейшая разработка методов диагностики, профилактики и лечения продолжают оставаться актуальными, так как позволяют снизить частоту акушерских осложнений, а также улучшить перинатальные исходы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гусева, О.И. Многоводие: Этиология, патогенез, диагностика и акушерская тактика /О.И. Гусева //Ультразвук. диагн. – 1996. – № 4. – С. 5-13.
2. Милованов, А.П. Патология системы мать–плацента–плод: Рук. для врачей /Милованов А.П. – М., 1999.– 448 с.
3. Околоплодные воды. Химический состав и биологические функции /В.И. Орлов, Т.И. Погорелова, Т.С. Длузжевская и др. – Ростов н/Д., 1998. – 216 с.
4. Радзинский, В.Е. Патология околоплодной среды /В.Е. Радзинский, Е.Н. Кондратьева, А.П. Милованов. – Киев, 1993. – 128 с.
5. Орджоникидзе, Н.В. Особенности обследования пациенток с высоким инфекционным риском до наступления и в период беременности /Орджоникидзе Н.В. //Мать и дитя: Мат. IV Рос. форума. – М., 2002. – Ч. I. – С. 445-447.
6. Ушницкая, Е.К. Современные представления о многоводии /Е.К. Ушницкая, Н.В. Орджоникидзе //Акуш. и гинек. – 2004. – № 2. – С. 6-9.
7. Ушницкая, Е.К. Акушерские осложнения и перинатальные исходы у пациенток с многоводием инфекционного генеза /Ушницкая Е.К., Орджоникидзе Н.В. //Мать и дитя: Мат. IV Рос. форума. – М., 2002. – Ч. I. – С. 615-616.
8. Цитологическое исследование амниотической жидкости при многоводии /О.А. Пустотина, Т.Б. Младковская, Н.И. Бубнова //Мать и дитя: Мат. V Рос. форума. – М., 2003. – С. 179.
9. Amniotic fluid index variations after amniocentesis, amnionfusion and amnioreduction: preliminary data /D. Grampellini, G. Piantelli, O. Marino et al. //Clin. Exp. Obstet. Gynaecol. – 1997. – Vol. 24, N 2. – P. 70-73.
10. Особенности течения беременности и исходы родов при внутриутробном инфицировании плода /И.С. Сидорова, И.О. Леаноров, А.А. Сидорова и др. //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1997. – № 1. – С. 15-20.
11. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при инфекции /В.Л. Тютюнник, З.С. Зайдиева, А.С. Аракелян и др. //Мать и дитя: Мат. V Рос. форума. – М., 2003. – С. 239-240.
12. Радзинский, В.Е. Перинатальная инфекция /В.Е. Радзинский //Инфекция матери, плода, новорожденного. – Ашхабад, 1991. – С. 3-12.



КУРБАТОВ А.В., ЗАХАРОВА И.В., МИХАЙЛОВ В.Д.
*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

В акушерстве проблема нейроциркуляторной дистонии продолжает сохранять свою актуальность, так как это патологическое состояние вызывает серьезные осложнения беременности. У женщин с нейроциркуляторной дистонией чаще встречаются ранние токсикозы и гестозы, преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовых сил, патологическое кровотечение, внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденных. Проведенные исследования показали, что нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу отрицательно влияет на гестационный процесс. Осложнения на фоне этой патологии были диагностированы на всем протяжении беременности.

In an obstetrics the problem of a neurocirculatory dystonia prolongs to save the urgency, as this pathological condition calls severe complications of pregnancy. The women a neurocirculatory dystonia more often have early toxicoses and hestoses, premature births, delayed pour of amniotic waters, incompetence of tribal forces, pathological bleeding, internal a hypoxia of a fetus and asphyxia newborn. The conducted researches have shown, that the neurocirculatory dystonia for the hypotonic type negatively influences on hestationes process. The complications on a background of this pathology were troubleshot on all stretch of pregnancy.

В акушерстве проблема нейроциркуляторной дистонии продолжает сохранять свою актуальность, так как это патологическое состояние вызывает серьезные осложнения беременности.

У женщин с нейроциркуляторной дистонией чаще встречаются ранние токсикозы и гестозы, преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовых сил, патологическое кровотечение, внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденных [1].

По материалам ВОЗ, частота этой патологии в разных странах составляет 10,4-24,3 % от числа всех заболеваний внутренних органов у беременных. С увеличением возраста число таких больных несколько уменьшается, поскольку нейроциркуляторная дистония прогрессирует в более выраженные формы сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца, сосудистые заболевания мозга), диагностика и терапия которых должны начинаться на более ранних стадиях развития патологического процесса. Больные с нейроциркуляторной дистонией являются объектом изучения врачей различных специальностей: терапевтов, невропатологов, психиатров, эндокринологов [2].

Ведущим звеном развития нейроциркуляторной дистонии является, по-видимому, поражение гипоталамических структур. Нарушение регуляции проявляется, прежде всего, в виде дисфункции симпатико-адреналовой и холинергической систем. Изменяется и чувствительность соответствующих периферических рецепторов.

Появляются нарушения гистамин-серотониновой и калликреин-кининовой систем, водно-электрического обмена, кислотно-основного состояния, углеводного обмена, кислородного обеспечения физической работоспособности. В тканях активизируются гистамин, серотонин, которые приводят к расстройству метаболизма и развитию дистрофических процессов [3]. У беременных с нейроциркуляторной дистонией по гипотензивному типу установлено преобладание холинергической активности крови и повышение содержания гистамина при уменьшении активности медиаторного звена симпатико-адреналовой системы. Следовательно, у беременных с нейроциркуляторной дистонией нарушены соотношения биологически активных веществ, существенно изменяющие нейрогуморальную регуляцию [4]. Расстройства нейрогормонально-метаболической регуляции сердечно-сосудистой системы реализуются в неадекватном реагировании ее на обычные и, тем более, сверхсильные раздражители.

В клинической картине нейроциркуляторной дистонии мало специфических симптомов. Покалев Г.М. считает, что данное заболевание включает в себя более 150 симптомов и 32 синдрома [5]. При нейроциркуляторной дистонии наблюдаются многообразные формы дизадапционного синдрома: дизадаптация к физической нагрузке, метео- и гелиофакторам, изменению положения тела.

Как показали результаты исследований, беременные с нейроциркуляторной дистонией составляют группу риска по развитию многих ослож-



нений, но в первую очередь — фетоплацентарной недостаточности [6], которая может приводить к ишемии либо к гипоксии плода и, как следствие, нарушению его развития.

Нами проведено обследование 79 беременных с нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу. Обследование включало сбор анамнеза, общеклиническое исследование, фетометрию и доплерометрию ультразвуковыми методами.

Средний возраст пациенток был 27 лет, в основном 26-30 лет (32 человека или 40,5 %).

Установлено, что нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу протекала на фоне экстрагенитальной патологии. Наиболее часто встречающаяся патология у обследованных женщин: заболевания почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) — 26 пациенток (32,9 %); эндокринопатии (ожирение, диффузное увеличение щитовидной железы) — 18 (22,8 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (холецистит, гастрит) — 20 пациенток (25,3 %).

Из 79 беременных было только 29 женщин (36,7 %), рожавших ранее. У всей обследуемой группы аборт в анамнезе встретился у 51 женщины (64,6 %), пять из которых осложнились послеабортным эндометритом, причем у 12 пациенток (15,2 %) аборт проводился более 3 раз. Выкидышей в анамнезе обследуемых было 11 (13,9 %), замершая беременность ранее наблюдалась у 16 человек (20,3 %).

Из гинекологической патологии в обследуемой группе были выявлены неспецифические воспалительные заболевания: кольпит — у 11 пациенток (13,9 %), аднексит — у 21 пациентки (26,6 %), эндометрит — у 1 женщины (1,3 %). Специфические воспалительные заболевания отмечены: гарднереллез — у 5 женщин (6,3 %), трихомониаз — у 7 (8,9 %), хламидиоз — у 6 (7,6 %), уреоплазмоз — у одной женщины (1,3 %). У 3 пациенток (3,8 %) беременность наступила при наличии миомы матки, у 36 (45,6 %) — эрозии шейки матки.

При оценке течения данной беременности и родов установлено, что угроза прерывания беременности наблюдалась у 60 женщин (75,9 %), причем у половины из них угроза возникла до 16 недель беременности и наблюдалась на всем протяжении. Врота беременных легкой степени установлена в 3-х случаях (3,8 %), анемия легкой степени — в 73 (92,4 %), анемия средней степени — в одном (1,3 %), гестоз легкой и средней степени — у 1/3 беременных.

Нарушение плацентарного кровотока, вследствие которого развилась хроническая внутриутробная гипоксия плода, было выявлено у 25 женщин (31,6%). Путем доплерометрического исследования скоростей кровотока диагностировано нарушение фето-плацентарного и маточно-плацентарного кровотоков. Нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени выявлено в

27 случаях (34,2 %), II степени — в одном (1,3 %); нарушение фето-плацентарного кровотока IB степени — в 2-х случаях (2,5 %), IB степени — в 4-х (5,1 %). У 10 беременных (12,7 %) нарушение плацентарного кровотока привело к внутриутробной задержке развития плода.

Все беременные женщины с нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу были родоразрешены в доношенный срок 38-39 недель. В 79 случаях (100 %) беременности у женщин с нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу закончились родами. При определении тактики родоразрешения 75 женщин (94,9 %) были допущены к родам через естественные родовые пути, а 4 женщины (5,1 %) родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке. Показаниями для плановой операции были осложненная миопия высокой степени, узкий таз, тазовое предлежание, рубец на матке, сочетанные показания (наличие хронической внутриутробной гипоксии плода, осложненное течение данной беременности, осложненный акушерско-гинекологический анамнез и др.).

При анализе течения родов мы обратили внимание, что только половина женщин с нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу, у которых намечалось ведение родов через естественные родовые пути, не имели осложнений в родах. У остальных наблюдались различные отклонения от нормального течения родового акта, наиболее частыми из которых было несвоевременное излитие околоплодных вод (23 роженицы или 30,7 %) и слабость родовой деятельности (15 рожениц или 20 %).

В результате родилось 79 живых детей. В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8-9 баллов) родились 67 детей (84,8 %), в легкой асфиксии (оценка по Апгар 6-7 баллов) — 12 детей (15,2 %). У 10 детей (12,7 %) диагностирована внутриутробная задержка развития плода I степени. Масса детей у пациенток с нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу колебалась от 2590 г до 4570 г, в среднем — 3580 г. Рост детей колебался от 50 см до 57 см, в среднем — 53,5 см. Послеродовый период протекал без осложнений.

В результате исследования выявлено:

1. Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу в сочетании с гинекологической патологией и другими экстрагенитальными заболеваниями отрицательно влияет на течение беременности и родов.

2. На фоне нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу наблюдаются такие акушерские осложнения, как невынашивание, анемия, гестоз.

3. Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу отрицательно влияет на функции плаценты (дыхательную, питательную, защитную



и др.), приводит к развитию гипоксии и внутриутробной задержке развития плода.

4. У беременных женщин с нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу имеются выраженные отклонения в течении родового акта, влияющие на состояние новорожденных.

Таким образом, учитывая высокий риск развития осложнений беременности и родов, у женщин, страдающих нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу, целесообразно проводить раннюю профилактику названных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бергман, А.С. Сосудистая дистония и беременность /Бергман А.С. – Рига, 1983. – 181 с.

2. Аббакумов, С.А. Нейроциркуляторная дистония: особенности клинической симптоматики, диагностики и лечения /С.А. Аббакумов: Автореф дис. д-ра мед. наук. – Москва, 1981.

3. Маколкин, В.И. Нейроциркуляторная дистония (клиника, диагностика, лечение): Пособ. для пр. врачей /Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. – Чебоксары, 1995. – 249 с.

4. Вейн, А.М. Вегетососудистая дистония /Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. – М., 1981. – 317 с.

5. Поколев, Г.М. Нейроциркуляторная дистония /Поколев Г.М. – Н.Новгород, 1994. – 300 с.

6. Козина, О.В. Влияние нейроциркуляторной дистонии на течение беременности и родов /Козина О.В. //Патол. берем. – 2001. – Т. 3, № 2. – С. 46-50.





ПЕКАРЕВ О.Г., МАЙБОРОДИН И.В., СТАРИКОВ Н.В., ПОЗДНЯКОВ И.М.
*Новосибирская государственная медицинская академия,
НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН,
Новосибирский городской перинатальный центр,
г. Новосибирск*

КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛНОЦЕННОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА РАЗЛИЧНЫМИ ШОВНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Ключевые слова: рубец миометрия, кесарево сечение, кетгут, викрил.

Показания к кесареву сечению из-за рубца на матке в настоящее время постоянно сокращаются [1, 2], так как преимуществ, получаемые при естественных родах после кесарева сечения, значительно превышают риски повторного кесарева сечения [3, 4].

Для предупреждения разрывов матки при последующих беременностях и родах предлагают во время операции кесарева сечения ушивать орган однорядным швом, при этом рубец получается значительно уже и, следовательно, меньше вероятность ишемии краев раны, присоединения инфекции, образования гематомы и, впоследствии, разрыва по рубцу [5, 6, 7, 8]. Но есть и прямо противоположные данные, о меньшем количестве разрывов матки в родах после ушивания разреза двухрядным швом [9].

Количество соединительной ткани (фиброзной) в рубце матки обычно достигает 35,7 % [10]. Степень васкуляризации, связь рубца с мышечной тканью, отсутствие воспалительных изменений могут служить признаком состоятельности рубца [5, 11]. В доступной литературе имеются лишь единичные работы, причем противоречивые, посвященные морфологии рубца матки после использования различных способов ее ушивания. В связи с этим, изучали структуру рубца матки у беременных и рожениц после предыдущего абдоминального родоразрешения с использованием различных способов ушивания данного органа.

Под нашим наблюдением, обследованием и родоразрешением находились 135 беременных, без и с рубцом на матке после операции кесарева сечения, которые находились в Новосибирском городском перинатальном центре в 2001-2004 гг.

В зависимости от способа ушивания матки и использования шовного материала при предыдущей беременности, все пациентки были разделены на две группы:

- 1-я группа — 55 беременных и рожениц с рубцом на матке после операции кесарева сечения, в ходе которого матка была ушита двухрядными отдельными узловыми кетгутowymi швами: 1-й ряд — мышечно-мышечный без прокола сли-

зистой оболочки матки; 2-й ряд — серозно-мышечный между узлами первого ряда.

- 2-я группа — 80 беременных и рожениц с рубцом миометрия после операции кесарева сечения, в ходе которого нижний сегмент был восстановлен однорядным непрерывным швом с использованием синтетических рассасывающихся нитей (викрил).

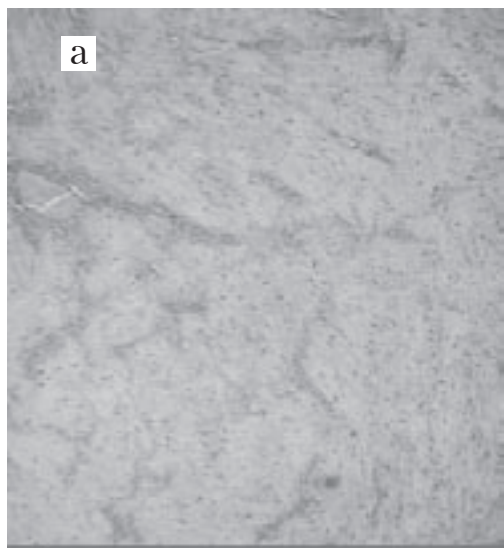
Удаление рубца миометрия после кесарева сечения во время повторного абдоминального родоразрешения рекомендуют многие акушеры-гинекологи. Фрагменты этого удаленного рубца фиксировали в 4 % растворе параформальдегида на фосфатном буфере, обезживали в серии этанола возрастающей концентрации, просветляли в ксилоле и заключали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином по Романовскому и по Ван-Гизону [12], изучали на световом микроскопе Triton при увеличении до 1200 раз. Выбор тестовых систем, использованных в работе, производили в соответствии с рекомендациями E.R. Weibel [13]. Различия между средними считали достоверными при $p \leq 0,05$.

При исследовании рубца на матке после кесарева сечения, биоптированного во время плановой операции абдоминального родоразрешения при следующей беременности, обратили внимание на присутствие разных по давности небольших кровоизлияний у рожениц обеих групп. На границе рубца соединительная ткань граничит с мышечной, по границе тканей часто были обнаружены разрывы. Небольшие свежие кровоизлияния присутствовали и на границе рубца и миометрия.

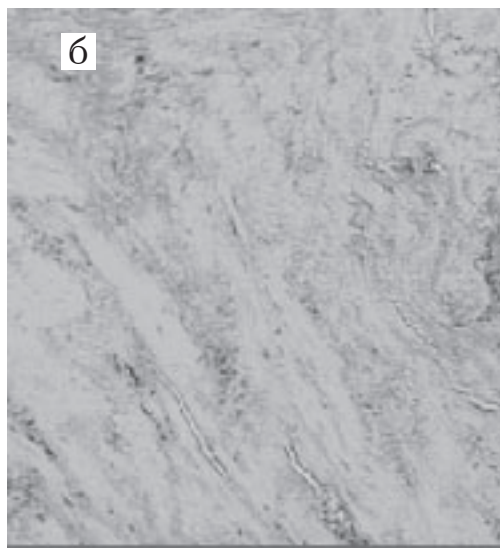
При изучении микроциркуляции и лимфотока в рубце матки и на его границе с миометрием после плановой операции кесарева сечения было отмечено отсутствие достоверных различий между исследованными показателями после ушивания органа различными шовными материалами. Численная плотность и цитограмма тканевых лейкоцитов в исследованных тканях также достоверно не различались у рожениц этих групп (рис. 1а-г).



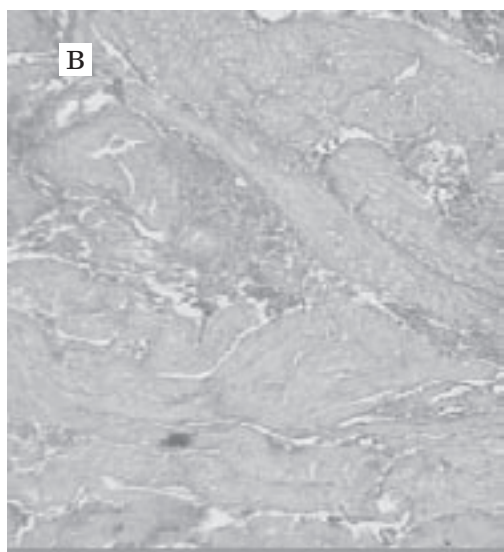
Рис. 1.
Ткани рубца миометрия при плановой операции кесарева сечения.
Увеличение X 70.



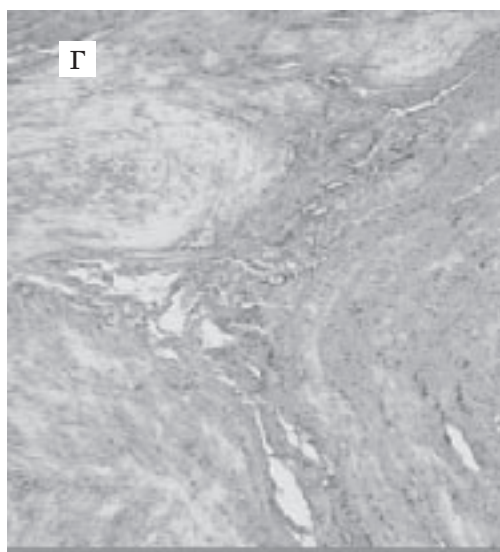
Рубец после наложения двухрядных кетгутовых швов.
Окраска гематоксилином и эозином.



Рубец после ушивания матки однорядным викриловым швом.
Окраска по Ван-Гизону.



Граница миометрия и рубца после наложения двухрядных кетгутовых швов.
Окраска по Ван-Гизону.



Граница рубца матки и миометрия после ушивания органа однорядным викриловым швом. Окраска гематоксилином и эозином.

У некоторых рожениц 1-й и 2-й групп (20 % и 33 %, соответственно) в рубце матки после использования всех шовных материалов были обнаружены лейкоцитарные инфильтраты. Такие же инфильтраты были найдены на границе рубца и миометрия рожениц в каждой группе (13,3 % и 20 %, соответственно). В клеточном составе инфильтратов преобладали нейтрофилы и лимфоциты, достоверных отличий в цитограме ин-

фильтратов между сравниваемыми группами не обнаружено.

При экстренной операции кесарева сечения в рубце матки после предыдущего хирургического родоразрешения отмечено полнокровие. У всех женщин исследуемых групп в тканях рубца матки присутствовали различные по величине, вплоть до пропитывания форменными элементами крови обширных участков тканей, кровоизлияния.

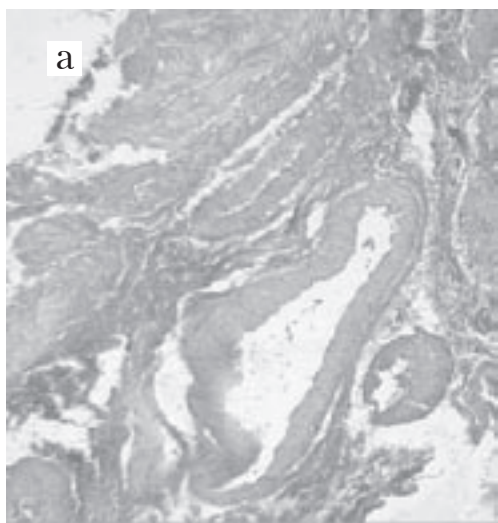


Причем были как старые, так и свежие кровоизлияния. После экстренной операции кесарева сечения было отмечено отсутствие достоверных различий между исследованными показателями для тканевых лейкоцитов, микроциркуляции и лимфотока в рубце матки после ушивания органа различными шовными материалами (рис. 2а, 2б).

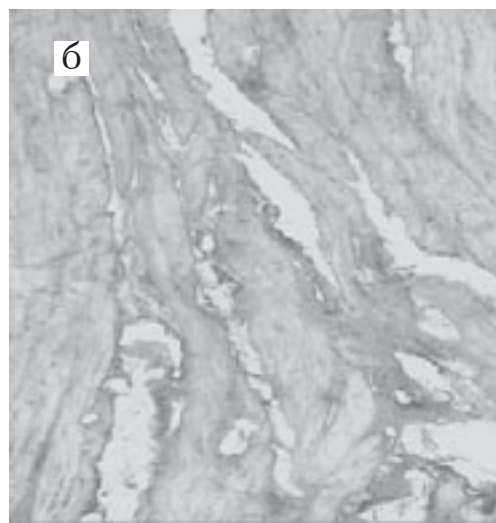
Однако при сравнении этих показателей с аналогичными при плановой операции было найдено, что в данном случае в ткани рубца после ушивания кетгутом или викрилом были больше объемная плотность лимфатических сосудов ($7,33 \pm 1,67 \%$ и $8,05 \pm 2,07 \%$, соответственно) в 2,2 и 2,4 раза, межклеточных щелей ($11,8 \pm 3,5 \%$

Рис. 2.

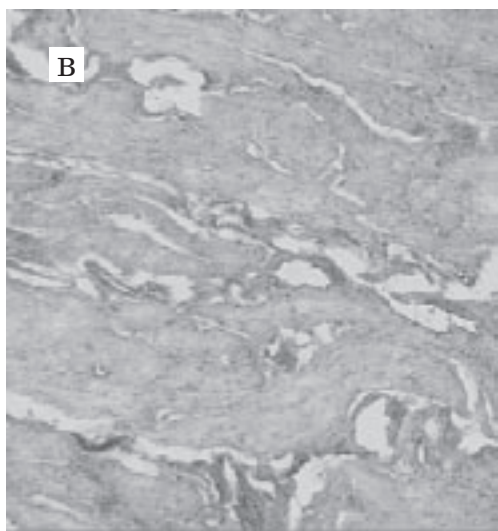
Ткани рубца миометрия при операции кесарева сечения по экстренным показаниям. Увеличение X 70.



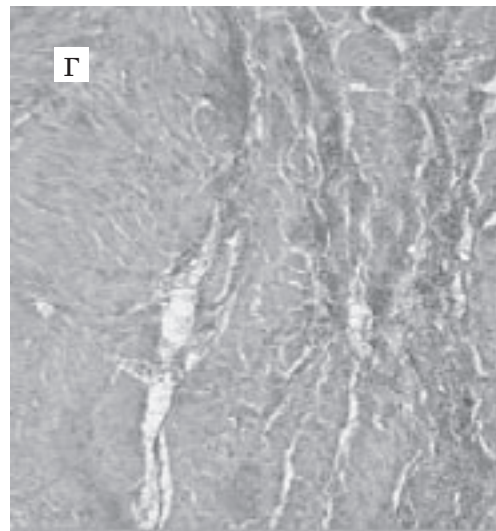
Склероз стенки крупных сосудов в рубце матки во время экстренной операции кесарева сечения после наложения двухрядных кетгутовых швов при предыдущей операции. Окраска по Ван-Гизону.



Расширение лимфатических сосудов и интерстициальных пространств в рубце миометрия после ушивания матки однорядным викриловым швом. Окраска по Ван-Гизону.



Граница рубца и миометрия после наложения двухрядных кетгутовых швов. Окраска по Ван-Гизону. Расширение лимфатических сосудов и интерстициальных пространств. Окраска гематоксилином и эозином.



Расширение интерстициальных пространств на границе рубца и миометрия после ушивания органа однорядным викриловым швом. Окраска по Ван-Гизону.



и $12,4 \pm 3,65$ %, соответственно) – в 2,7 раза (рис. 1а, 1б, 2а, 2б).

На фоне экстренного абдоминального родоразрешения с ушиванием нижнего сегмента двухрядным кетгутовым швом или однорядным викриловым, была больше, по сравнению с показателями при плановой операции, численная плотность всех лейкоцитов ($124 \pm 25,8$ клеток и $121 \pm 26,2$ клеток, соответственно) на единицу площади среза рубца матки в 2,2 и 2,6 раза, нейтрофилов ($75,8 \pm 11,3$ и $74,1 \pm 11,6$, соответственно) – в 2,6 и 3,1 раза, эритроцитов ($11,4 \pm 3,74$ и $10,8 \pm 3,4$, соответственно) – в 6,4 и 6 раза, и дегенерирующих клеток ($11,6 \pm 3,76$ объектов и $12,5 \pm 3,69$ объектов на 105 мкм^2 площади среза рубца, соответственно) – в 3,9 раза.

У всех родильниц (100 %) в рубце миометрия после использования всех шовных материалов были обнаружены различные по величине (до 1500 мкм^2) лейкоцитарные инфильтраты. В клеточном составе инфильтратов преобладали нейтрофилы, достоверных отличий в цитограмме инфильтратов при использовании различных шовных материалов отмечено не было. Но, при экстренной операции кесарева сечения (в отличие от планового абдоминального родоразрешения) было обнаружено, что в лейкоцитарных инфильтратах рубца были больше относительное число эритроцитов ($5,84 \pm 1,77$ % и $6,04 \pm 1,74$ %, соответственно) в 4,8 раза, и их абсолютная численность ($74,8 \pm 22,7$ эритроцитов и $85,2 \pm 24,5$ эритроцитов на 105 мкм^2 площади среза инфильтрата, соответственно) – в 5,4 и 6,4 раза, соответственно.

Граница рубца матки и миометрия при экстренной операции кесарева сечения характеризовалась многочисленными разрывами по ходу границы разных тканей (рис. 2в, 2г). Как в рубце у всех женщин при проведении операции кесарева сечения по экстренным показаниям, после использования всех, примененных нами, шовных материалов в анамнезе, так и на границе рубца и миометрия были обнаружены различные по величине и срокам возникновения кровоизлияния (рис. 2г).

При исследовании микролимфогемодикуляции и цитограммы тканевых лейкоцитов на границе рубца матки и миометрия после экстренной операции кесарева сечения, было отмечено отсутствие достоверных различий между исследованными показателями после ушивания органа различными шовными материалами (рис. 2в, 2г). На фоне экстренного проведения операции кесарева сечения, после ушивания матки двухрядным кетгутовым или однорядным викриловым швом в анамнезе, была больше относительная площадь лимфатических сосудов ($9,97 \pm 3,06$ % и $10,6 \pm 3,31$ %, соответственно) на срезе в 2,9 и 3,2 раза, а площадь интерстициальных пространств ($14,5 \pm$

$4,08$ % и $13,8 \pm 4,15$ %, соответственно) в 3,1 и 2,8 раза, чем при плановой операции (рис. 1в, 1г, 2в, 2г).

При экстренной операции кесарева сечения, после ушивания матки двухрядным кетгутовым швом и однорядным викриловым, на границе рубца и миометрия была больше, по сравнению с показателями при плановой операции, численная плотность всех лейкоцитов на единицу площади среза ткани матки ($106 \pm 28,1$ клеток и $111 \pm 24,9$ клеток, соответственно) в 3,4 и 3 раза, нейтрофилов ($58,4 \pm 9,58$ и $64,2 \pm 11,2$, соответственно) – в 4,1 и 3,9 раза, эритроцитов ($14,1 \pm 4,26$ и $11 \pm 3,34$, соответственно) – в 9 и 6 раз, и дегенерирующих клеток ($11,1 \pm 3,26$ объектов и $11 \pm 3,63$ объектов на 105 мкм^2 площади среза, соответственно) – в 8,4 и 8,5 раза. При экстренном хирургическом вмешательстве, после ушивания матки кетгутом или викрилом, был ниже и процент тучных клеток ($0,94 \pm 0,35$ % и $0,87 \pm 0,26$ %, соответственно) – в 3,7 и 3,4 раза, и макрофагов ($2,92 \pm 0,89$ % и $3,53 \pm 1,13$ %, соответственно) – в 3,3 и 2,9 раза, по сравнению с их относительным количеством в цитоархитектонике тканевых лейкоцитов в пограничных между рубцом и миометрием тканях при плановом кесаревом сечении.

На экстренной операции, как и в рубце матки у всех родильниц после использования всех шовных материалов, на границе мышечного слоя и соединительной ткани рубца были обнаружены такие же по величине и клеточному составу (с преобладанием нейтрофилов) лейкоцитарные инфильтраты, достоверных отличий в цитограмме инфильтратов между сравниваемыми группами с использованием различных шовных материалов не отмечено. При экстренной операции кесарева сечения, после ушивания матки двухрядным кетгутовым или однорядным викриловым швом в анамнезе, было меньше, по сравнению с показателями при плановой операции, относительное число макрофагов в инфильтратах на границе рубца и миометрия ($0,91 \pm 0,25$ % и $1,1 \pm 0,30$ %, соответственно) – в 3,7 и 3,2 раза.

В рубце матки при плановой операции кесарева сечения наблюдали умеренное расширение компонентов лимфатического и кровеносного русла, небольшое число тканевых лейкоцитов, изредка были найдены лейкоцитарные инфильтраты и кровоизлияния. Все найденные изменения связаны с беременностью. За счет увеличения мышечного тонуса матки в последние сроки беременности, по-видимому, происходят нарушения микролимфогемодикуляции: при этом происходит увеличение диаметра мышечных клеток и, таким образом, нарушаются образование лимфы в межклеточных щелях и ток крови и лимфы в соответствующих капиллярах миометрия и рубца. Нарушения крово- и лимфотока в матке при поздних сроках беременности, скорее всего,



усугубляются давлением плодного пузыря на ткани матки (прямое и опосредованное сдавление сосудов). Рубец матки после кесарева сечения в исходе одной из предыдущих беременностей состоит из хорошо сформированной грубоволокнистой соединительной ткани. При исследовании рубца матки после плановой операции кесарева сечения не было найдено отличий в исследованных показателях данных рубцов после применения различных шовных материалов. По нашему мнению, это зависит от того, что после ушивания миометрия прошло уже довольно много времени, рубец полностью сформировался, поврежденные во время операции ткани к этому сроку полностью регенерировали или лизированы. В связи с большим сроком после предыдущего хирургического вмешательства, отличия в структуре рубца миометрия в зависимости от используемого шовного материала (даже если эти отличия и были в раннем послеоперационном периоде) полностью нивелируются.

При преждевременном излитии околоплодных вод происходит инфицирование плода и матки. Попадание антигенов из микроорганизмов и разрушенных тканей в организм индуцирует развитие острой воспалительной реакции. Видимо, из-за развивающейся острой воспалительной реакции в тканях рубца и его границы при операции кесарева сечения по экстренным показаниям, по сравнению с плановым хирургическим вмешательством, было обнаружено значительно большее количество тканевых лейкоцитов, в первую очередь, нейтрофилов и дегенерирующих клеток. Кроме того, было больше количество и размер лейкоцитарных инфильтратов и кровоизлияний, как в рубцах, так и на их границе. Следует отметить и резко расширенные лимфатические сосуды и интерстициальные пространства во всех исследованных тканях.

По нашему мнению, все обнаруженные изменения связаны с длительной сократительной деятельностью матки и преждевременным излитием околоплодных вод. Безводный период приводит к инфицированию тканей матки и увеличению, вследствие этого, количества тканевых лейкоцитов (нейтрофилов), размеров и количества лейкоцитарных инфильтратов, нарушению лимфотока. Безрезультатная сократительная деятельность приводит как к застою лимфы (нарушению лимфотока), так и к отрыву (травматизации) мышечных волокон друг от друга и от соединительной ткани рубца, нельзя исключить и повреждение самого рубца. С разрывами тканей и нарушениями микроциркуляции при воспалительной реакции связано наличие в рубце и на его границе кровоизлияний, возрастание численности эритроцитов в тканях. Так как после травматизации миометрия и рубца прошло какое-то время, возможно развитие микроциркуляторной и клеточной реак-

ции на повреждение: нарушения лимфотока, возрастание числа тканевых лейкоцитов и образование лейкоцитарных инфильтратов.

Появление эритроцитов в тканях мы также (кроме разрывов тканей) связываем с реакцией их на повреждение при сократительной деятельности и инфицирование при преждевременном излитии околоплодных вод. При повреждении тканей организма и лизисе их фагоцитами выделяется большое количество антигенов и биологически активных веществ (интерлейкины, гистамин, серотонин и т.п.), которые резко повышают проницаемость сосудистой стенки и способствуют появлению в тканях единичных эритроцитов и кровоизлияний. Возможно и прямое повреждение эндотелия сосудов антигенными комплексами и токсическими веществами [14].

Расширение лимфатических сосудов и капилляров в миометрии и рубце при экстренной операции кесарева сечения, по-видимому, может быть связано, кроме повышения образования и, соответственно, тока лимфы при усиленной сократительной деятельности миометрия, с защитной реакцией лимфатической системы на попадание больших количеств антигена в ткани: блокадой регионарного лимфатического русла [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В отдаленные сроки после кесарева сечения и отсутствия осложнений в послеоперационном периоде структура рубца матки не зависит от используемого шовного материала. При экстренном абдоминальном родоразрешении с преждевременным излитием околоплодных вод происходит инфицирование тканей матки. Аномалии родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод приводят к травматизации мышечных волокон и соединительной ткани рубца. В случае преждевременного излития околоплодных вод у женщин с рубцом матки после кесарева сечения необходимо проведение повторного абдоминального родоразрешения по экстренным показаниям, независимо от способов ушивания матки и течения послеоперационного периода после предыдущей операции. При целом плодном пузыре и адекватной сократительной деятельности матки, признаки воспаления и нарушения микролимфогемоциркуляции в рубце миометрия отсутствуют, поэтому допустимо проведение самопроизвольного родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Boisselier P., Maghioracos P., Marpeau L. et al. //J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 1987. – V. 16, N 2. – P. 251-260.
2. Haddad S., Maria B. //Presse Med. – 1996. – V. 25, N 17. – P. 813-817.



3. Berger D., Richard H., Grall J.Y. et al. //J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 1991. – V. 20, N 1. – P. 116-122.
4. Mozurkewich E.L., Hutton E.K. //Am. J. Obstet. Gyn. – 2000. – V. 183, N 5. – P. 1187-1197.
5. Kiss D., Gyorik J., Rajkovits K. //Zentralbl. Gynakol. – 1978. – V. 100, N 5. – P. 309-312.
6. Kleissl H.P., Becker H., Falkert //Geburtshilfe Frauenheilkd. – 1975. – V. 35, N 7. – P. 533-538.
7. Lal K., Tsomo P. / Int. J. Gyn. Obstet. – 1988. – V. 27, N 3. – P. 349-352.
8. Tischendorf, D. //Geburtshilfe Frauenheilkd. – 1987. – V. 47, N 2. – P. 117-120.
9. Pruett K.M., Kirshon B., Cotton D.B. // Am. J. Obstet. Gyn. – 1988. – V. 159, N 4. – P. 807-810.
10. Mejia R., Escalona A., Cabello A., Videla S. //Rev. Chil. Obstet. Ginecol. – 1989. – V. 54, N 5. – P. 307-309.
11. Якутина, М.Ф. // Вопросы охраны материнства и детства – 1968. – № 6. – С. 50-57.
12. Саркисов, Д.С. Микроскопическая техника: Руков. для врачей и лаборантов /Саркисов Д.С., Перов Ю.Л. – М., 1996. – 544 с.
13. Weibel, E.R. Stereological methods /Weibel E.R. – London, 1979. – 415 p.
14. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / Кузин М.И., Костюченко Б.М. – М., 1990. – 592 с.
15. Буянов, В.М. Лимфология эндотоксикоза /Буянов В.М., Алексеев А.А. – М., 1990. – 272 с.





ПЫРСИКОВА Ж.Ю.

*Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
г. Москва*

3D-ДОППЛЕРОМЕТРИЯ В КОМПЛЕКСЕ ОЦЕНКИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Проблема беременности и родов при сахарном диабете (СД) весьма актуальна и далека от разрешения. Каждые 10-15 лет число больных СД удваивается, и на сегодняшний день им страдают около 100 млн. человек. Изучение распространенности данного заболевания в нашей стране показало, что число больных СД составляет 1,5-3,5 % от всего населения [1].

Новые высокоочищенные препараты инсулина, современные методики терапии, а также успехи, достигнутые в профилактике осложнений СД, позволили значительному количеству женщин, страдающих данным заболеванием, получить шанс на вынашивание беременности [2].

При СД происходит нарушение всех видов обмена веществ (углеводного, белкового, жирового), микроциркуляции, иммунологического статуса, что приводит к значительным сдвигам в гомеостазе и развитию выраженных трофических изменений в органах и тканях больного [1, 3].

Течение СД во время беременности имеет существенные особенности, поскольку на течение основного заболевания наслаивается глубокая гормональная и метаболическая перестройка, возникающая в организме женщины в связи с началом функционирования единой системы мать — плацента — плод [4].

Второва В.Г. указывает на то, что при преобладании у беременной диабетической микроангиопатии и длительном течении диабета в системе мать — плацента — плод возникают сосудистые изменения, которые приводят к хронической тканевой гипоксии.

Механизм развития плацентарной недостаточности при СД сложен: нарушения метаболизма, гормональные расстройства, изменения иммунного статуса в системе мать — плацента — плод и т.д. Недостаточность плаценты характеризуется нарушением ее созревания с увеличением или уменьшением массы в сочетании с инволютивно-дистрофическими и дисциркуляторными процессами. Характер этих изменений связан не столько с длительностью течения заболевания, сколько с наличием или отсутствием декомпенсации и сопутствующих поздних осложнений СД и беременности [5, 6]. Обширная сосудистая сеть плаценты оказывается мишенью, где разыгрываются патоморфологические изменения, характерные для общих сосудистых поражений, типичных для СД. Так, в результате проведенных исследований

Сегельман М.М. (1977) установил, что объем и тяжесть морфологических изменений в плаценте при СД зависит от распространения и тяжести изменений в сосудистом русле матери [4].

Милованов А.П. (1996) считает, что одним из существенных механизмов в развитии гипоксической, циркуляторной, тканевой и гемической гипоксии в плаценте является патология спиральных артерий матки [7]. По мнению Савельевой Г.М. и соавт. (1991), в основе плацентарной недостаточности любой этиологии лежат нарушения плацентарного кровообращения, включая микроциркуляцию, и обменных процессов, которые тесно связаны между собой и нередко взаимосвязаны. Они сопровождаются изменениями кровотока не только в плаценте, но также в организме матери и плода [8].

Таким образом, можно сказать, что одной из проблем, поставленных перед современной акушерской диабетологией, является разработка новых диагностических критериев, на основе которых можно составлять индивидуальный прогноз течения и исхода беременности для плода, и разрабатывать на этом основании соответствующее, патогенетически обоснованное, лечение. Закономерен поиск новых информативных методов контроля состояния плода, позволяющих выявить наиболее ранние признаки его страдания.

Среди многочисленных методов оценки состояния фето-плацентарного комплекса (ФПК) большое практическое значение в настоящее время имеет ультразвуковое исследование. Для диагностики внутриутробной гипоксии плода и нарушений плодово-плацентарного кровотока проводится оценка сосудистой резистентности при помощи импульсной доплерометрии [6]. На современном этапе развития эхографии, с появлением возможности трехмерной (3D) реконструкции цветного доплеровского картирования маточного и плацентарного кровотоков, появилась возможность визуализировать и оценить состояние сосудистой сети плаценты.

Целью работы явилось определение диагностической ценности 3D-исследования маточно-плацентарного кровотока у беременных с СД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как известно, значимое влияние на перinataльные исходы оказывают сосудистые осложне-



ния СД. Наличие ангиоретинопатии любой степени тяжести повышает риск рождения ребенка в тяжелом состоянии и его антенатальную или постнатальную гибель. Наличие у пациентки диабетической нефропатии не только увеличивает вероятность крайне неблагоприятного исхода беременности для плода, но и не позволяет рассчитывать на рождение ребенка в удовлетворительном состоянии.

Исходя из этих данных, 55 обследованных беременных были разделены на три группы: 25 беременных с СД I-го типа, имевшие в анамнезе сосудистые осложнения (ангиоретинопатия — 8 женщин или 32 %, нефропатия — 4 женщины или 16 %, лабильное течение СД — 12 женщин или 48 %) (1-я группа); 6 беременных с СД без осложнений (2-я группа); 24 здоровых беременных женщины (контрольная группа).

В первой группе 17 женщинам (68 %) предстояли первые роды, 8 женщинам (32 %) — повторные. Из особенностей акушерско-гинекологического анамнеза у беременных 1-й группы следует отметить нарушение менструального цикла у 6 пациенток (24 %), воспалительные заболевания придатков у 7 (28 %), самопроизвольные выкидыши у 11 (44 %), перинатальные потери у 9 (36 %).

Во второй группе первородящими были 5 пациенток (83 %). В анамнезе беременных этой группы следует отметить нарушение менструального цикла у 4 пациенток (66 %), воспалительные заболевания придатков у одной (17 %), самопроизвольных выкидышей и перинатальных потерь не отмечалось, что можно объяснить относительно молодым возрастом беременных (в среднем, 21 год) и небольшим стажем диабета (около 2-х лет).

У пациенток 1-й группы данная беременность осложнилась угрозой выкидыша в 8 случаях (32 %), многоводием — в 17 случаях (68 %). Гестоз легкой степени отмечался у 9 беременных (36 %), средней степени тяжести — у 2-х (8 %). У беременных 2-й группы угроза выкидыша была в 2 случаях (33 %), многоводие — в 2-х (33 %). Гестоз легкой степени наблюдался у одной пациентки (17 %).

Исследование маточно-плацентарного кровотока проводилось во втором и третьем триместрах беременности, в 18-20 недель и в 32-37 недель, соответственно, на ультразвуковом приборе Voluson-730, оснащенном специализированным датчиком (RAB 4-8p).

Исследование кровотока в плаценте проводилось в центральной, двух парацентральных и двух краевых зонах, с применением разработанной нами методики трехмерного ультразвукового исследования маточно-плацентарного кровотока. При визуальной оценке результатов 3D-исследования выбранной зоны плаценты обращали внимание на характер распределения сосудистого

компонента, организацию сосудов в исследуемой области, что позволяло получить необходимые данные для понимания особенностей ее физиологии.

При компьютерной обработке плацентограмм рассчитывали следующие параметры: VI — индекс васкуляризации, FI — индекс кровотока.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При СД недостаточность инвазии цитотрофобласта в плацентарное ложе матки, по данным А.П. Милованова, реализуется на этапе 2-й ее волны, т.е. в течение 16-18 недель беременности. В связи с этим не происходит замещения мышечно-эластических элементов сосудистой стенки фибриноидом, что не приводит к адекватному гестационному расширению эндометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий.

Показатели объемного маточно-плацентарного кровотока, полученные при обследовании беременных во втором триместре, свидетельствуют о снижении васкуляризации плаценты начиная с 18-й недели гестации. Так, у пациенток 2-й группы, при сохраненном плацентарном кровотоке в центральной зоне, отмечается некоторое снижение индексов васкуляризации (VI) в парацентральных и периферических зонах: М — 4,8 и 3,5, соответственно. Показатели индекса кровотока (FI) также начинают снижаться: М — 36,6 и 34,9, соответственно, в парацентральных и периферических зонах. У беременных 1-й группы уже во II триместре во всех зонах отмечалось снижение показателей VI и FI на 20-25 %. Причиной этого, по-видимому, является спазм в сосудах маточно-плацентарного кровообращения и начинающиеся реологические нарушения в межворсинчатом пространстве (таблица).

С начала III триместра и до 37 недель гестации, несмотря на проводимый комплекс терапии СД и плацентарной недостаточности (подбор адекватной инсулинотерапии, антиагрегантной, антигипоксантаминой терапии, метаболитов, адаптогенов, назначение вазоактивных препаратов), показатели объемного маточно-плацентарного кровотока в 1-й группе прогрессивно снижались. В периферической зоне — до 0,2 и до 1,6-2,5 в парацентральной и центральной зонах плаценты. Показатели индекса кровотока также прогрессивно снижались до 30,8-36,5. Такие изменения маточно-плацентарного кровотока были обусловлены диабетической ангиопатией спиральных артерий в области плацентарной площадки, что приводило к ограничению выброса материнской крови в межворсинчатое пространство и формированию хронической плацентарной недостаточности.

Все сосудистые нарушения в организме беременной женщины, страдающей СД, не могут не



Таблица

Показатели объемного маточно-плацентарного кровотока у беременных при СД

Зона исследования	Показатели кровотока	Контрольная группа	1 группа		2 группа	
			II триместр	III триместр	II триместр	III триместр
Центральная	VI	4,0-8,1 6,4 ± 0,6	3,1-5,2 4,2 ± 0,3*	2,1-2,5 2,2 ± 0,2*	4,0-6,7 4,9 ± 0,5*	3,1-4,7 4,4 ± 0,5*
	FI	39,5-46,5 43,8 ± 0,9	34,5-46,1 43,1 ± 0,8*	30,8-36,5 33,2 ± 0,8*	38,5-45,0 44,0 ± 0,9*	37,7-42,4 39,1 ± 0,6*
Парацентральная	VI	3,8-7,6 5,9 ± 0,7	2,8-4,5 3,4 ± 0,6*	1,6-2,4 2,0 ± 0,4*	3,0-6,1 4,8 ± 0,5*	3,0-4,5 3,9 ± 0,6*
	FI	40,1-45,7 43,0 ± 1,1	33,2-38,2 35,8 ± 0,9*	32,2-37,0 34,7 ± 0,8*	35,5-39,1 36,6 ± 1,4*	35,5-41,6 38,8 ± 0,8*
Периферическая	VI	2,8-5,9 4,8 ± 0,8	2,1-3,4 3,1 ± 0,7*	0,2-2,3 1,1 ± 0,9*	2,9-4,8 3,5 ± 0,6*	2,1-4,2 3,8 ± 1,1*
	FI	37,5-42,1 43,1 ± 1,2	34,0-34,9 34,5 ± 0,4*	31,7-34,8 32,4 ± 0,8*	34,2-35,2 34,9 ± 1,1*	34,1-35,0 34,8 ± 0,6*

* – $p < 0,05$.

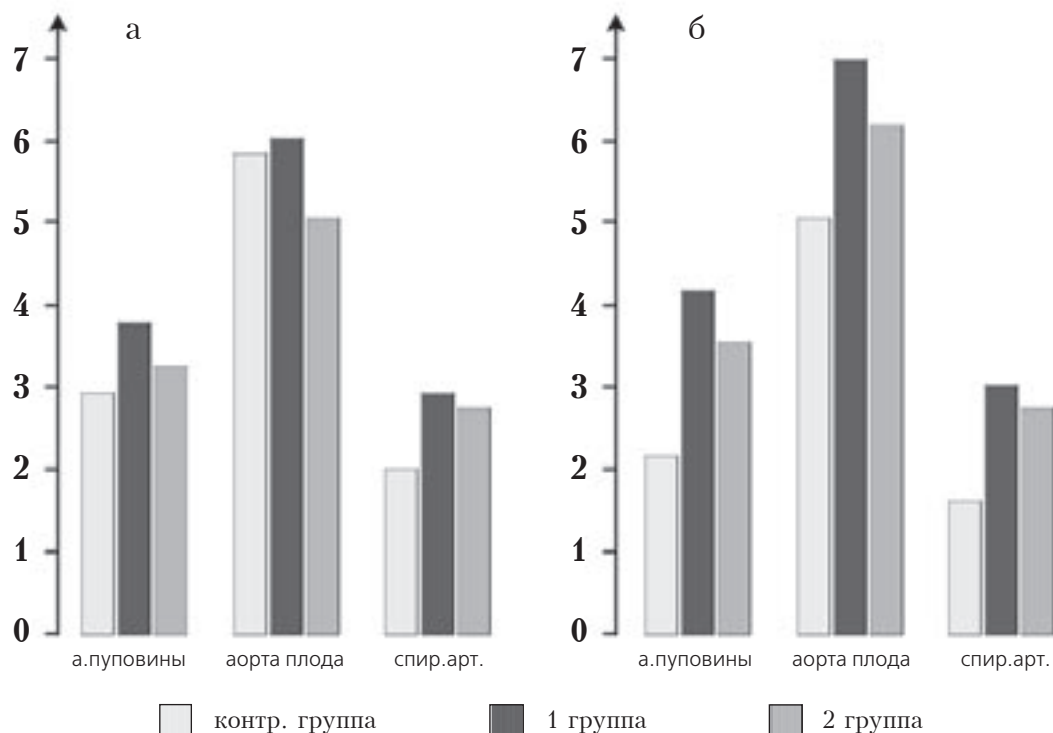
затрагивать маточно-плацентарно-плодовое кровообращение (рис. 1).

Одной из наиболее современных методик оценки гемодинамики в системе мать – плацента – плод является доплерометрия. Она позволяет проводить количественный и качественный анализ кровотока и выявлять характер нарушения кровообращения.

Как показали наши исследования, у беременных 1-й группы, начиная с 18-19 недель гестации, выявляется достоверное ($p < 0,05$) увеличение численных показателей сосудистого сопротивления в артериях пуповины – 3,68 (3,12-3,91), и в спиральных артериях – 2,96 (2,48-3,08), С/Д в аорте плода оставались в пределах нормы – 5,94 (5,0-6,31). При этом разница значений С/Д

Рис. 1

Показатели систоло-диастолического соотношения в системе маточно-плодово-плацентарного кровообращения у беременных при СД во II (а) и III (б) триместрах беременности.





между беременными 1-й группы и контрольной составляла 17,8 % ($p < 0,04$). Во 2-й группе повышение сосудистой резистентности наблюдалось лишь в спиральных артериях — 2,67 (2,53-3,01) ($p < 0,05$).

В III триместре беременности, начиная с 32-й недели, у пациенток 1-й группы наблюдалось увеличение численных показателей сосудистой резистентности: 4,26 (3,22-4,49) в артерии пуповины, 6,88 (5,75-7,00) в аорте плода и 2,92 (2,19-3,34) в спиральных артериях; причем разница с показателями контрольной группы составила 38,2 % ($p < 0,04$). Во второй группе также наблюдалось достоверное увеличение показателей плодово-плацентарной резистентности, и таковая оставалась достоверно высокой в спиральных артериях — 2,59 (2,19-2,66) ($p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о возможности с помощью неинвазивного диагностического 3D-исследования контролировать состояние маточно-плацентарного кровотока, выявлять различные варианты его нарушения, в том числе и у беременных, страдающих СД, проводить контроль за эффективностью терапии плацентарной недостаточности.

Таким образом, установлено, что сосудистые нарушения, происходящие в организме беременных, страдающих СД, не могут не затрагивать маточно-плодово-плацентарное кровообращение. Начиная с 18 недель гестации, выявлено достоверное снижение показателей объемного кровотока и увеличение резистентности спиральных артерий области плацентарного ложа. При этом к началу III триместра отмечалось прогрессивное снижение маточно-плацентарной васкуляризации, обусловленное отсутствием или недостаточными гестационными преобразованиями спиральных артерий (рис. 2), не обеспечивающих максимального кровоснабжения межворсинчатого пространства (рис. 3) и не создающего оптимальных условий для осуществления адекватного материнско-плодового обмена, полноценного снабжения растущего плода кислородом и питательными веществами.

При СД, не сопровождающемся сосудистыми осложнениями, беременность протекает также с нарушениями маточно-плацентарного кровообращения, которые становятся наиболее выраженными к началу III триместра.

Комплексная оценка состояния маточно-плодово-плацентарного кровотока при помощи импульсной доплерометрии и 3D-исследования является высоко информативным методом, позволяющим выявить нарушения кровообращения в системе мать — плацента — плод, прогнозировать эффективность медикаментозной терапии и исход беременности для плода, и, следовательно, оптимизировать дальнейший план ведения беременных, страдающих сахарным диабетом.

Рис. 2.
3D-реконструкция сосудов плаценты при СД.
Визуализируются единичные спиральные
артерии (указаны стрелками)

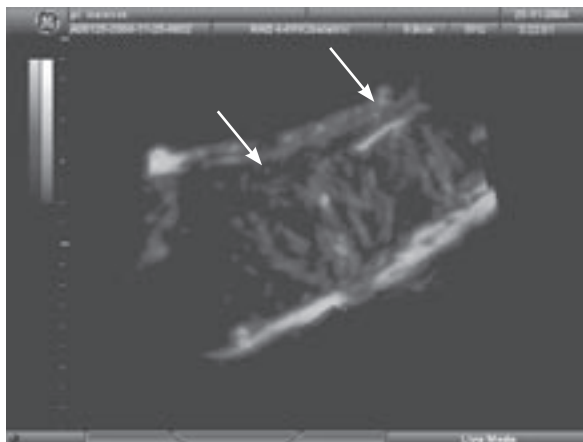
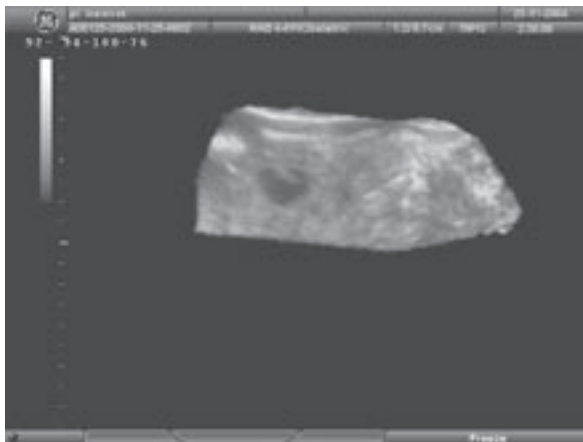


Рис. 3.
3D-реконструкция плаценты при СД.
Показан участок с расширенным
межворсинчатым пространством



ЛИТЕРАТУРА:

1. Балаболкин, М.И. Сахарный диабет /Балаболкин М.И. — М., 1994. — 384 с.
2. Возможности улучшения исходов беременности при сахарном диабете /Миров И.М., Дубинина И.И., Зеленев В.В. и др. //Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии: Мат. II съ. Рос. ас. врачей ак. и гинек. — М., 1995. — С. 173-174.
3. Ефимов, А.С. Диабетические ангиопатии /Ефимов А.С. — М., 1989. — С. 288.
4. Грязнова, И.М. Сахарный диабет и беременность /Грязнова И.М., Второва И.М. — М., 1985. — С. 208.
5. Федорова, М.В. Плацента и ее роль при беременности /Федорова М.В., Калашникова Е.П. — М., 1992. — 12 с.
6. Федорова, М.В. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия /Федорова М.В., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. — М., 2001. — С. 67-78.



-
7. Милованов, А.П. Патология системы мать – плацента – плод: Руков. для врачей /Милованов А.П. –М., 1999. – С. 351-368.
8. Гемореология в акушерстве /Савельева Г.М., Джигелева Г.Д., Шалина Р.И., Фирсов Н.Н. – М., 1986. – С. 224.





МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФОРМАЦИИ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ О СОСТОЯНИИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ

При выявлении особенностей регуляции кардиоритма матери и плода при физиологической беременности, на основе КИГ, отмечалось правильное соотношение центральных, симпатoadреналовых, парасимпатических компонентов регуляции, свидетельствующих о равновесии в единой функциональной системе мать – плацента – плод, как саморегулирующейся системе. Анализ вариабельности кардиоритма может быть рекомендован как метод скрининговой оценки состояния метаболической и нейровегетативной регуляции в системе мать – плод.

Ключевые слова: кардиоинтервалография матери и плода, метаболическая и нейровегетативная регуляция кардиоритма, адаптационные реакции в системе мать – плод.

During revealing autonomic regulation peculiarities of the mother and fetus on the basis of CIG during normal pregnancy it is noted the right correlation of central, adrenosympathetic and humoral components of regulation, showed the balance in united functional system of mother – placenta – fetus. Analysis of changeable cardiac rhythm may be recommended as a method for screening assessment of metabolic and autonomic homeostasis regulation in system of mother – fetus.

Key words: cardintervalography of the mother and fetus, metabolic and autonomic regulation cardiac rhythm, adaptive reactions in system of mother – fetus.

Методология системного подхода позволяет рассматривать организм беременной женщины, как открытую многоуровневую систему, биологическая направленность всех процессов в которой подчинена выполнению основной репродуктивной задачи – вынашиванию и рождению ребенка [1, 2].

В глобальной системе «Беременная женщина» можно выделить множество подсистем, основными из которых являются: организм женщины с различными морфофункциональными системами; беременная матка с плацентарным ложе; плацента с пуповиной, плодными оболочками, околоплодными водами; плод с формирующимися морфофункциональными системами, аналогичными материнским [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Все подсистемы взаимосвязаны и взаимозависимы. Только при таких условиях возможно выполнение основной репродуктивной задачи [2, 6]. Такая взаимосвязь и взаимозависимость может быть осуществлена, если подсистемы постоянно обмениваются информацией о состоянии гомеостаза, в том числе метаболических процессах и нейровегетативной регуляции. Эта информация используется в оперативном режиме и, в соответствии, прежде всего, с запросами плода, подсистемы перенастраиваются [1, 3, 6, 8].

Изменения в системе «Беременная женщина» соответствуют правилу «устойчивого неравновесия», которое является одним из основных для биологических систем и обеспечивает получение нового качества системы [2]. Способы передачи информации между матерью и плодом о состоянии

регуляторных процессов, по-видимому, многочисленные и разнообразные. Скорее всего, существует система дублирования передачи информации.

Не исключено, что одним из основных механизмов передачи информации являются волновые процессы [9, 10, 11, 12]. Такое предположение основано на следующем. Волновые процессы в организме универсальны и происходят на всех уровнях организации биологических систем – от молекул до организма в целом. Скорость передачи информации через волновые процессы на несколько порядков выше, чем передача, например, через диффузию. Такое быстрое, иногда мгновенное, прохождение информации о состоянии метаболических процессов и нейровегетативной регуляции – одно из необходимых условий функционирования биологической системы. Через волновые (колебательные) процессы осуществляется упорядочение системы, т.е. поддержание оптимального состояния или переход в патологическое состояние [4, 13, 14, 15]. Прекращение колебательных процессов означает гибель системы [11].

Одним из проявлений (видов) волновых процессов являются медленные колебания гемодинамики (МКГ). Эти колебания обусловлены энергетическими процессами и нейровегетативной регуляцией и отражают их состояние [6, 9, 10, 13].

Целью исследования явилось изучение особенностей метаболизма и нейровегетативной регуляции кардиоритма матери и плода, взаимоотношений между ними при физиологической беременности, на основе медленных колебаний гемодинамики.



Клиническим способом исследования обмена информацией между матерью и плодом о состоянии метаболических процессов и нейровегетативной регуляции является кардиоинтервалография матери и плода, проведенная одновременно в реальном масштабе времени [1, 2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 51 женщина со сроком гестации 28-41 неделя, без клинических осложнений в течении беременности.

Медленные колебания гемодинамики исследованы на основании анализа вариабельности сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ матери исследована с использованием биоритмологической компьютерной программы «Pulsar» (Цирельников Н.И., 2002) по методике А.Н. Флейшмана (1994), при помощи которой производилась запись 256 кардиоинтервалов. Анализ состояния адаптационных процессов у матери проводился в исходном состоянии и при проведении стресс-нагрузок — умственной и дыхательной. КИГ плода проводилась в состоянии бодрствования по методике Г.А. Ушаковой, Ю.В. Рец, Н.И. Цирельникова (приоритет № 023001 комитета РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.2003) [1]. При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ матери и плода, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов [9, 16]. Оценивалось значение спектральной плотности мощности (СПМ) трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (Very Low Frequency — VLF, у.е.), барорецептивного (Low Frequency — LF, у.е.), вагоинсулярного (High Frequency — HF, у.е.). Активность колебаний в каждом из трех диапазонов выражали в условных единицах спектральной плотности мощности (СПМ — $\text{сек}^2/\text{Гц} \times 100$). С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия Р.М. Баевского (1989): индекс напряжения регуляторных систем (ИН), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), а также такие статистические показатели, как мода (Мо), амплитуда моды (АМо), диапазон вариации (ДВ).

Морфологическое исследование плацент проводилось по стандартной методике. Морфоструктура плацент характеризовалась степенью компенсаторно-приспособительных реакций (КПР) [13]. Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0». Результаты сравнивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, анализ силы связи количественных признаков проводили с ис-

пользованием коэффициента корреляции Спирмена. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показатели КИГ матери характеризовались «правильным» исходным профилем с доминированием левой половины спектра (VLF-компонент), относительным снижением волн низкочастотного порядка (LF-компонент спектра) и хорошо выраженными высокочастотными колебаниями (HF-компонент спектра); хорошей реактивностью на функциональные нагрузочные пробы; быстрыми и эффективными восстановительными процессами. В целом, показатели свидетельствовали о функциональном равновесии между центральным и автономным контуром регуляции, достаточном уровне компенсаторных возможностей организма матери.

На этом фоне показатели КИГ плода сохраняли общий рисунок спектрограммы, но отличались по своим величинам: преобладали очень низкочастотный и низкочастотный компоненты спектра, а высокочастотный практически не визуализировался. В целом, показатели КИГ свидетельствовали о достаточном энергетическом обеспечении внутриутробного организма, сбалансированном функциональном напряжении регуляторных влияний на сердечный ритм, высоком уровне антистрессовой устойчивости, что в последующем благоприятно отражалось на ранней постнатальной адаптации новорожденного.

Интегрированная оценка спектральных характеристик и математических показателей дают более полную информацию о состоянии метаболических и регуляторных процессов организма матери, плода и новорожденного. При этом выделены следующие варианты: нормоадаптивное состояние, гиперадаптивное состояние, гиподаптивное состояние, феномен «энергетической складки» [9].

При физиологически протекающей беременности нормоадаптивное состояние у матери и плода имело место в 82,3 % случаев; гиперадаптивное состояние у матери — в 9,8 %, у плода — в 11,7 %; гиподаптивное состояние у матери — в 7,8 %, у плода — в 5,9 %. Феномен «энергетической складки» не зарегистрирован.

Непременным участником передачи информации об энергетическом обеспечении и нейровегетативной регуляции является региональная система кровообращения плаценты с пуповиной. Можно предположить, что при физиологической беременности организм женщины, получая информацию от плода и перенастраивая свои системы, справляется с теми энергетическими и адаптационными проблемами, которые возникают у плода. В случае недостаточных адаптацион-



ных возможностей матери, в процесс вовлекается плацента, в которой первоначально происходят функциональные изменения, затем — морфологические. При достаточных компенсаторно-приспособительных процессах в плаценте плод восстанавливает свои энергетические и адаптационные возможности. Беременность в этих случаях продолжает благополучно развиваться. Отталкиваясь от этого предположения, было проведено сопоставление показателей кардиоинтервалографии матери и плода с состоянием компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте (КПР).

При физиологической беременности морфологическая структура плаценты в 35,3 % случаев характеризовалась как зрелая ткань III триместра. КПР имелись в 64,7 % случаев, выраженные в той или иной степени. В структуре КПР средне-высокий уровень адаптации отмечен в 75,5 %, средний уровень КПР определялся в 24,5 %.

При физиологической беременности и средне-высоком и среднем уровне компенсаторных реакций в плаценте при регистрации исходного уровня КИГ спектральная плотность мощности (СПМ) волн кардиоритма у матери в 82,3 % случаев соответствовала норме, баланс вегетативной нервной системы (ВНС) находился в состоянии функционального равновесия. При проведении нагрузочных проб в 86,3 % отмечалось увеличение СПМ волн кардиоритма с преобладанием центрального компонента регуляции. В период восстановления в 90,2 % имел место высокий уровень приспособительных возможностей организма. На этом фоне КИГ плода в 82,3 % характеризовалась высокой стабилизирующей активностью центральной симпатической регуляции, обеспечивающей достаточный энергетический потенциал развивающегося организма, сбалансированное функциональное состояние ВНС и высокий уровень адаптационных возможностей. Между показателями регуляции кардиоритма матери и плода имелась статистически значимая прямая сильная корреляция ($r = 0,82$; $p < 0,001$).

Таким образом, проведенное исследование позволяет прийти к заключению о том, что физиологическое течение беременности предполагает и возможно лишь при постоянном обмене информацией о состоянии общеорганизменных метаболических и регуляторных процессов между матерью и плодом, который осуществляется через медленные колебания гемодинамики с участием плаценты.

ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из способов передачи информации о состоянии общеорганизменных метаболических и регуляторных процессов являются медленные колебания гемодинамики (МКГ), определяемые методом кардиоинтервалографии [2, 5, 6]. МКГ

универсальны и имеют место во всех подсистемах глобальной биологической системы «Беременная женщина»: гемодинамика организма женщины представлена классической системой кровообращения; гемодинамика матки с плацентарным ложе — региональной системой кровообращения; гемодинамика плаценты и пуповины — региональной системой плацентарно-пуповинного кровообращения; гемодинамика плода — формирующейся классической системой кровообращения, аналогичной материнской.

Принципиально важным в этой системе является то, что все ее подсистемы «говорят на одном языке». Таким «языком» является кардиоритм, вернее R-R интервал, который отражает метаболические и нейровегетативные регуляторные процессы организма, при условии спектрального и математического анализа кардиоинтервалов [2, 16].

Установлено, что эффективность гестационного процесса, в первую очередь, определялась состоянием механизмов регуляции. Беременность протекала благоприятно, если у матери и плода показатели регуляции кардиоритма были синхронны.

Можно предположить, что при ряде акушерских осложнений передача информации нарушается или становится извращенной. Это не позволяет системе выполнить свою основную задачу — выносить и родить здорового ребенка. Десинхронизация показателей регуляции кардиоритма матери и плода характеризовалась повышением активности центрального контура регуляции у матери, что являлось способом реагирования ее регуляторных систем, и было направлено, вероятно, на увеличение компенсаторно-приспособительных реакций (в виде повышения перфузионного давления) в плаценте в ответ на получение информации (метаболического характера) со стороны плода о своем состоянии. Показателем повышенной функциональной активности гемодинамических процессов в плаценте являлось контурирование барорецептивного (LF) компонента спектрограммы, как у матери, так и у плода. При прогрессирующем асинхронном реагировании отмечалось постепенное истощение адаптационных возможностей материнского организма, которые были не в состоянии адекватно реагировать на потребности развивающегося плода. Как следствие этого, в процесс вовлекались функциональные и структурные системы внутриутробного организма, что проявлялось, по КИГ, снижением интенсивности фетальных метаболических процессов.

Плацента, кроме своих многочисленных функций, через свою систему кровообращения, принимает участие в информационной связи между матерью и плодом о состоянии их гомеостаза.

Выявленные взаимосвязи между показателями метаболических и регуляторных процессов организмов матери и плода открывают новые воз-



можности в исследовании патогенеза акушерских и перинатальных осложнений, их профилактики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рец, Ю.В. Материнско-плодовые корреляции гемодинамики при гестозе, возможности их коррекции в профилактике акушерских и перинатальных осложнений /Ю.В. Рец: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 19 с.
2. Ушакова, Г.А. Кардиоинтервалография матери и плода – метод исследования межсистемных взаимоотношений во время беременности /Г.А. Ушакова //Мат. VI Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 232-233.
3. Карась, И.Ю. Материнско-плодовые взаимоотношения регуляции кардиоритма при угрозе преждевременных родов, возможности их коррекции в профилактике акушерских и перинатальных осложнений /И.Ю. Карась: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 22 с.
4. Захаров, И.С. Прогнозирование позднего гестоза и коррекция адаптационных нарушений в системе мать – плацента – плод на основе кардиоинтервалографии: Метод. реком. /Захаров И.С., Ушакова Г.А. – Кемерово, 2003. – 17 с.
5. Раушкина, С.В. Кардиоритмография. Практическое применение в акушерстве: Метод. реком. /С.В. Раушкина, Г.А. Ушакова, Н.И. Цирельников. – Кемерово, 2002. – 24 с.
6. Ушакова, Г.А. Интегральная оценка взаимоотношений гемодинамики матери и плода при физиологической беременности /Ушакова Г.А., Рец Ю.В., Карась И.Ю. //Успехи соврем. естествозн. – М, 2004. – № 3 – С. 38-39.
7. Shellhaas, C.S. Intravillous eicosanoid compartmentalization and regulation of placental blood flow /Shellhaas C.S., Coffman T., Dargie P.J. //J. Soc. Gynec. Investig. – 1997. – Vol. 4, N 2. – P. 58-63.
8. Адаптация плода при аномалиях родовой деятельности /Сидорова И.С., Макаров И.О., Быковщенко А.Н., Блудов А.А. //Акуш. и гинекол. – 2001 – № 4. – С. 17-22.
9. Флейшман, А.Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике /Флейшман А.Н. – Новосибирск, 1999. – 224 с.
10. Особенности патогенеза фето-плацентарной недостаточности при поздних токсикозах беременных /Цирельников Н.И., Поздняков И.М., Евсеев Д.А., Гринишина Н.В. //Медленные колебательные процессы в организме человека: Сб. н. тр. II Всерос. симп. с междунар. участием. – Новокузнецк, 1999 – С. 55-56.
11. Hemodynamic regulation: investigation by spectral analysis /Kselrod S., Gordon D., Madwed J.B. et al. //Am. J. Physiol. – 1985. – Vol. 249. – H. 867-875.
12. Arterial baroreflex and blood pressure and heart rate variability in evaluating cardiovascular regulation. A critical appraisal /Mancia G., Parati G., Pomidossi G. et al. //Hypertension. – 1995. – Vol. 25, N 6. – P. 1276-1286.
13. Глуховец, Б.И. Патология последа /Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. – СПб., 2002. – 447 с.
14. Evidence that low frequency variability of R-R interval power spectrum analysis in humans is generated by the arterial baroreflex /Bernardi Leuzzi S., Riepoli M. et al. //32 Congres /UPS/: Abstracts. – Glasgow, 1993. – P. 75-76.
15. H Kaplan, DT. The analysis of variability /H Kaplan DT. //J. Cardiovasc. Electrophysiol. – 1994. – N 5. – P. 16-19.
16. Баевский, Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем /Баевский Р.М. //Вест. аритмол. – 2001. – № 24. – С. 65-86.





РЕЦ Ю.В., УШАКОВА Г.А., КУБАСОВА Л.А., КАЛИШ О.А., ШРАЙБЕР А.А.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Больница Сибирского отделения железной дороги,
г. Кемерово*

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ГЕСТОЗЕ

Представлены результаты впервые проведенного исследования параметров вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода во взаимосвязи с компенсаторно-приспособительными реакциями в плаценте при физиологической беременности и гестозе на основе кардиоинтервалографии. Выявленные особенности свидетельствуют о том, что развитию и прогрессированию гестоза предшествуют изменения в плаценте, что приводит к постепенному истощению компенсаторных реакций в организме матери и, как следствие, вовлечению в патологический процесс структурно-функциональных механизмов плода. Анализ регуляции кардиоритма может быть рекомендован как метод оценки состояния метаболической и нейровегетативной регуляции в системе мать-плод. Метод позволяет оценить состояние компенсаторно-приспособительных реакций в саморегулирующейся системе мать – плацента – плод, определить необходимость и характер лечения.

Ключевые слова: кардиоинтервалография матери и плода, метаболическая и нейровегетативная регуляция кардиоритма, адаптационные реакции в системе мать – плод.

During revealing autonomic regulation cardiac rhythm of the mother and fetus with adaptive possibilities of placental complex during normal pregnancy and gestosis on the basis of cardintervalography. It is peculiarities show us, that haemodynamic changes in placental complex, exhaustion of the mothers adaptive possibilities and, as a consequence, involving the fetal structural and functional mechanisms in pathological process precede the appearance and progression of the gestosis. Analysis of changeable cardiac rhythm may be recommended as a method for assessment of metabolic and autonomic homeostasis regulation in system of mother – fetus. This method allows to evaluate the state of adaptive reactions in autoregulating system of mother – placenta – fetus and to determine the necessity of the treatment and the approach to it.

Key words: cardintervalography of the mother and fetus, metabolic and autonomic regulation cardiac rhythm, adaptive reactions in system of mother – fetus

Гестоз остается одной из ведущих проблем акушерства. Частота гестоза колеблется от 7 % до 20 % [1]. В структуре причин материнской смертности по Российской Федерации гестоз стабильно занимает третье место и составляет от 11,8% до 14,8% [1]. Гестоз остается основной причиной перинатальной заболеваемости (640-780 д) и смертности (18-30 д) [2].

Важное значение в исходе беременности для матери и плода имеет оценка межсистемных взаимоотношений [3, 4, 5]. Система мать – плацента – плод функционирует по принципу саморегулирования во взаимодействии с функциональными системами в организме матери и плода. Отклонения, происходящие в любом элементе этой системы, неизбежно приводят к развитию ответной реакции во всех ее взаимодействующих компонентах [1, 2, 6]. При физиологической беременности регуляция кардиоритма матери и плода взаимосвязана и взаимозависима [3, 4, 7]. Взаимосвязь, в том числе информационная, осуществляется, прежде всего, через плаценту [2, 5, 8, 9]. Можно предположить, что эффективность этих процессов

определяется морфофункциональным состоянием плаценты [10]. При достаточных морфологических компенсаторных возможностях плаценты информационная связь между матерью и плодом обеспечивает состояние адаптационных процессов, вполне достаточных для благополучного течения беременности. Снижение компенсаторных реакций плаценты ведет к нарушению этой взаимосвязи и постепенному срыву адаптационных механизмов у матери и плода, что клинически проявляется осложнениями беременности, в том числе гестозом и задержкой внутриутробного развития плода.

Целью работы явилось изучение вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода, взаимоотношений между ними в зависимости от компенсаторно-приспособительных реакций плаценты при физиологической беременности и гестозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 102 женщины со сроком гестации 34-40 недель, из них у 51 жен-



щины беременность протекала без клинических осложнений, у 51-й — осложнилась гестозом различной степени тяжести. Изучение вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода проводилось методом кардиоинтервалографии (КИГ) [11, 12]. КИГ матери исследована с использованием биоритмологической компьютерной программы «Pulsar» (Цирельников Н.И., 2002) по методике А.Н. Флейшмана (1994) [11, 13]. КИГ плода проводилась в состоянии бодрствования по методике Г.А. Ушаковой, Ю.В. Рец, Н.И. Цирельникова (приоритет № 023001 комитета РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.2003) [5, 14]. При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов организма [13, 15, 16].

Оценивалось значение спектральной плотности мощности (СПМ) трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (Very Low Frequency — VLF, у.е.), барорецептивного (Low Frequency — LF, у.е.), вагоинсулярного (High Frequency — HF, у.е.) [6, 13, 14]. С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия Р.М. Баевского (1989): индекс напряжения регуляторных систем (ИН), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), а также такие статистические показатели, как мода (Mo), амплитуда моды (AMo), диапазон вариации (ДВ) [11, 12, 15].

Морфологическое исследование плацент проводилось по стандартной методике. Морфоструктура плацент характеризовалась степенью компенсаторно-приспособительных реакций (КПР) [2, 8, 10]. В 38 случаях (37,3 %) морфологическая структура характеризовалась как зрелая ткань плаценты III триместра беременности, когда происходила синхронная редукция плацентарного кровообращения с адекватными дистрофическими и атрофическими изменениями нефункционирующих структур. КПР имелись в 64 случаях (62,7 %), выраженные в той или иной степени. В структуре КПР средне-высокий уровень компенсаторных реакций отмечен в 25 случаях (39,1 %), средний — в 33 (51,5 %), средне-низкий — в 6 (9,4 %). На фоне КПР в 42,2 % случаев наблюдались гемодинамические нарушения, в 25,1 % — дистрофические нарушения, в 12,5 % — воспалительные изменения.

Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0». Результаты сравнивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, анализ силы связи количественных признаков проводили с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Критический уровень значи-

мости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При физиологических инволюционных процессах в плаценте показатели регуляции кардиоритма матери в 82,3 % случаев соответствовали, по КИГ, условной норме, баланс вегетативной регуляции находился в состоянии функционального равновесия, в 90,2 % имел место высокий уровень адаптационных возможностей организма (табл. 1).

На этом фоне в 82,3 % случаев показатели регуляции кардиоритма плода характеризовались высокой стабилизирующей активностью центральной симпатической регуляции, обеспечивающей достаточный энергетический потенциал развивающегося организма, сбалансированное функциональное напряжение вегетативной регуляции и высокий потенциал процессов адаптации и компенсации. Между показателями регуляции кардиоритма матери и плода выявлена статистически значимая, прямая, сильная корреляция ($r = 0,78$; $p < 0,001$). Клиническим проявлением регуляторного равновесия у матери и плода во всех случаях было физиологическое течение беременности. При этом у здоровых новорожденных показана относительно высокая стабилизирующая активность симпатической регуляции, что проявлялось благоприятным течением ранней постнатальной адаптации.

В группе со средне-высоким уровнем КПР в плаценте, по КИГ матери, имело место функциональное равновесие регуляторных влияний кардиоритма, с умеренной активацией парасимпатического звена регуляции, что отражало трофотропную направленность процессов. На этом фоне показатели КИГ плода свидетельствовали об умеренном напряжении центрального компонента регуляции и достаточном уровне антистрессовой устойчивости внутриутробного организма. Выявленная корреляция между показателями регуляции кардиоритма матери и плода в данной группе явилась статистически значимой и имела обратную сильную корреляцию ($r = -0,83$, $p < 0,001$). В этой группе у 52 % женщин беременность протекала без осложнений, у 48 % отмечен гестоз легкой степени тяжести. Состояние плода было удовлетворительным. По данным КИГ новорожденных определялась стабилизирующая активность центрального контура регуляции с достаточным уровнем компенсаторных резервов организма, что не приводило к функциональным нарушениям в раннем неонатальном периоде.

В группе со средним уровнем КПР в плаценте, по КИГ у матери, отмечалась высокая активность центрального контура регуляции, резерв адаптационных возможностей был снижен. По данным КИГ плода, имелось повышение актив-



Таблица

Спектральные и математические показатели кардиоинтервалографии при различных компенсаторно-приспособительных реакциях плаценты ($M \pm m$)

	VLF (мс ² /Гц)	LF (м ² /Гц)	HF (мс ² /Гц)	Mo (сек.)	Амо (%)	ДВ (усл. ед.)	ИН (усл. ед.)
I группа (n = 38)							
мать	75,2 ± 9,18	12,8 ± 1,14	6,84 ± 1,95	0,67 ± 0,01	20,1 ± 0,13	0,21 ± 0,01	84,7 ± 17,1
плод	25,2 ± 4,7	1,5 ± 0,83	0,73 ± 0,44	0,42 ± 0,01	40,2 ± 2,81	0,14 ± 0,01	262,9 ± 35,2
II группа (n = 25)							
мать	74,69 ± 1,03 p* = 0,78	12,1 ± 1,98 p* = 0,11	5,5 ± 1,5 p* = 0,08	0,69 ± 0,02 p* > 0,05	17,8 ± 0,8 p* > 0,05	0,24 ± 0,01 p* > 0,05	91,2 ± 9,2 p* = 0,09
плод	27,01 ± 1,93 p* = 0,07	2,64 ± 0,78 p* > 0,05	1,25 ± 0,68 p* > 0,05	0,40 ± 0,02 p* > 0,05	43,4 ± 3,3 p* > 0,05	0,14 ± 0,01 p* > 0,05	332,9 ± 34,6 p* = 0,001
III группа (n = 33)							
мать	219,8 ± 50,8 p° < 0,001	26,45 ± 2,87 p° < 0,001	6,4 ± 1,27 p° = 0,27	0,60 ± 0,03 p° < 0,001	25,8 ± 0,9 p° < 0,001	0,15 ± 0,01 p° < 0,001	150,9 ± 5,2 p° < 0,001
плод	60,92 ± 2,48 p° < 0,001	3,33 ± 0,89 p° > 0,05	1,66 ± 0,68 p° > 0,05	0,36 ± 0,01 p° < 0,001	46,7 ± 4,4 p° > 0,05	0,12 ± 0,01 p° > 0,05	448,7 ± 21,1 p° < 0,001
IV группа (n = 6)							
мать	18,1 ± 12,1 p^ < 0,001	4,15 ± 0,87 p^ < 0,001	3,45 ± 0,82 p^ = 0,001	0,72 ± 0,03 p^ > 0,05	10,2 ± 1,0 p^ < 0,001	0,31 ± 0,02 p^ < 0,001	41,1 ± 9,6 p^ < 0,001
плод	6,46 ± 0,1 p^ < 0,001	1,53 ± 0,63 p^ = 0,93	0,31 ± 0,67 p^ = 0,05	0,46 ± 0,01 p^ > 0,05	35,9 ± 2,7 p^ < 0,001	0,16 ± 0,01 p^ > 0,05	191,1 ± 10,6 p^ > 0,05

I группа – при физиологических инволюционных процессах в плаценте; **II группа** – при средне-высоком уровне КПР в плаценте; **III группа** – при среднем уровне КПР в плаценте; **IV группа** – при средне-низком уровне КПР в плаценте

p* – достоверность отличий между показателями группы I и группы II; **p°** – достоверность отличий между показателями группы I и группы III; **p^** – достоверность отличий между показателями группы I и группы IV.

ности центрального и симпатoadреналового компонентов регуляции, выраженное напряжение адаптационных процессов внутриутробного организма. Между показателями регуляции кардиоритма матери и плода в данной группе выявлена статистически значимая обратная средняя корреляция ($r = -0,66$, $p < 0,001$). На этом фоне в 51,5 % случаев диагностирован гестоз средней степени тяжести, в 48,5 % – гестоз легкой степени тяжести, который впоследствии утяжелился. Показатели регуляторных процессов у новорожденных, в связи с перенесенным стрессом в родах, свидетельствовали о выраженном напряжении симпатoadреналовой системы и снижении процессов адаптации к внеутробной жизни.

В группе со средне-низким уровнем КПР в плаценте, при записи КИГ у матери, в 100 % случаев наблюдалась выраженная депрессия VLF-компонента спектра на фоне активности LF- и HF-компонентов. На этом фоне, в 66,6 % случаев имел место симптом «энергетической складки», что свидетельствовало об истощении адаптационных резервов организма и возможном их предстоящем срыве. Показатели КИГ плода указывали на снижение симпатoadреналовых влияний и истощение адаптационных резервов. Между показателями регуляции кардиоритма матери и плода в данной группе взаимосвязь не выявлена ($r = -0,087$, $p = 0,823$). Клиническим проявлением данных особенностей регуляции кардиоритма матери и плода был гестоз

средней степени тяжести с нестабильным течением и тяжелой формы, что сопровождалось фетоплацентарной недостаточностью и синдромом задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП). Стойкое угнетение симпатoadреналовой системы плода сохранялось в постнатальном периоде, являясь основой для формирования нарушений реактивности организма новорожденного.

ОБСУЖДЕНИЕ

Саморегулирующаяся система «Беременная женщина» имеет множество подсистем, основными из которых являются мать – плацента – плод. Возможно, что уровень КПР в плаценте определяет особенности вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода, а также состояние межсистемных взаимоотношений.

Эффективность гестационного процесса определялась, в первую очередь, состоянием КПР в плаценте и синхронностью механизмов регуляции кардиоритма матери и плода. Беременность протекала благоприятно при физиологических инволюционных процессах в плаценте, на фоне функционального равновесия вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода. При средне-высоком уровне КПР в плаценте у 52 % женщин беременность протекала без осложнений, у 48 % диагностирован гестоз легкой степени тяжести, состояние плода при этом было удовлетвори-



тельным. При среднем уровне КПП в плаценте в 48,5 % случаев диагностировался гестоз легкой степени тяжести, который впоследствии утяжелился, в 51,5 % — гестоз средней степени тяжести, состояние плода при этом характеризовалось выраженным напряжением адаптационных процессов. При средне-низком уровне КПП в плаценте клиническим проявлением во всех случаях был гестоз средней степени тяжести с нестабильным течением и тяжелой формы, что сопровождалось фетоплацентарной недостаточностью и синдромом задержки внутриутробного развития плода.

Выявленные особенности вегетативной регуляции кардиоритма матери, плода и новорожденного в зависимости от компенсаторно-приспособительных реакций плаценты позволяют по-новому оценить роль плаценты в обеспечении физиологического течения беременности и возникновении осложнений. Интимная связь системы кровообращения матери и плода в области плацентарной площадки и плаценты, через медленные колебания гемодинамики, передает информацию о состоянии вегетативной регуляции кардиоритма от плода к матери и наоборот. Это позволяет постоянно перенастраивать обе системы, прежде всего, в соответствии с запросами плода. При снижении компенсаторных реакций взаимосвязь нарушается или прекращается, что клинически проявляется осложнениями, как для матери, так и для плода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гестоз – болезнь адаптации /Серов В.Н., Пасман Н.М., Бородин Ю.И., Бурухина А.И. – Новосибирск, 2001. – 208 с.
2. Глуховец, Б.И. Патология последа /Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. – СПб., 2002. – 447 с.
3. Рец, Ю.В. Биоритмологические аспекты взаимоотношений гемодинамики матери и плода при физиологической беременности /Рец Ю.В., Ушакова Г.А. //Проблемы ритмов в естествознании. – М., 2004. – С. 353-356.
4. Ушакова, Г.А. Интегральная оценка взаимоотношений гемодинамики матери и плода при физиологической беременности /Ушакова Г.А., Рец Ю.В., Карась И.Ю.//Успехи соврем. естествозн. – М, 2004. – № 3 – С. 38-39.
5. Ушакова, Г.А. Кардиоинтервалография матери и плода – метод исследования межсистемных взаимоотношений во время беременности /Г.А. Ушакова //Мат. VI Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 232-233.
6. Адаптация плода при аномалиях родовой деятельности /Сидорова И.С., Макаров И.О., Быковченко А.Н., Блудов А.А. //Акуш. и гинекол. – 2001 – № 4. – С. 17-22.
7. Карась, И.Ю. Материнско-плодовые взаимоотношения регуляции кардиоритма при угрозе преждевременных родов, возможности их коррекции в профилактике акушерских и перинатальных осложнений /И.Ю. Карась: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 22 с.
8. Милованов, А.П. Патология системы мать – плацента – плод: Руков. для врачей /А.П. Милованов. – М., 1999. – 447 с.
9. Особенности патогенеза фето-плацентарной недостаточности при поздних токсикозах беременных /Цирельников Н.И., Поздняков И.М., Евсеев Д.А., Гринишина Н.В. //Медленные колебательные процессы в организме человека: Сб. н. тр. II Всерос. симп. с междунар. участием. – Новокузнецк, 1999 – С. 55-56.
10. Shellhaas, C.S. Intravillous eicosanoid compartmentalization and regulation of placental blood flow /Shellhaas C.S., Coffman T., Dargie P.J. //J. Soc. Gynec. Investig. – 1997. – Vol. 4, N 2. – P. 58-63.
11. Вариабельность сердечного ритма: Стандарты измерения, физиологической интерпретации и клинического использования. – СПб., 2000. – 63 с.
12. Heart rate variability: Standards of measurement //Physiological interpretation and clinical. – U.S.E., 1996.
13. Флейшман, А.Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике /Флейшман А.Н. – Новосибирск, 1999. – 224 с.
14. Рец, Ю.В. Материнско-плодовые корреляции гемодинамики при гестозе, возможности их коррекции в профилактике акушерских и перинатальных осложнений /Ю.В. Рец: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 19 с.
15. Баевский, Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем /Баевский Р.М. //Вест. аритмол. – 2001. – № 24. – С. 65-86.
16. H Kaplan, DT. The analysis of variability /H Kaplan DT. //J. Cardiovasc. Electrophysiol. – 1994. – N 5. – P. 16-19.



ТРИШКИН А.Г., АРТЫМУК Н.В., НИКОЛАЕВА Л.Б.
*УЗ Областная клиническая больница, родильный дом,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА В РОДАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АСФИКСИЕЙ

Хроническая плацентарная недостаточность занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной смертности. Частота этой патологии, по данным литературы, достигает 60 % [1]. Хроническое страдание плода в период гестации с наступлением родовой деятельности усугубляется и приводит к рождению ребенка в состоянии асфиксии [2].

Во время беременности плацента и плод синтезируют белки и гормоны, которые поступают в материнский кровоток. Их концентрация меняется со сроком гестации. Для определения прогноза течения и исхода беременности, выявления аномалий развития плода используется не весь спектр синтезируемых белков и гормонов [3, 4, 5]. В диагностике нарушений в системе мать — плацента — плод в конце беременности предпочтение отдается человеческому плацентарному лактогену (ЧПЛ), свободному эстриолу (ЕЗ), альфа-фетопротеину (АФП) [5, 6, 7].

ЧПЛ был открыт в 1956 году, а в 1960 году выделен из плаценты человека. Это основной гормон, обеспечивающий плод питательными веществами, регулирующий метаболические процессы в организме матери, необходимые для роста и развития плода [8, 9]. ЧПЛ определяется в сыроворотке крови беременной, начиная с 5-6 недели гестации. Концентрация ЧПЛ достигает максимума к 36-38 неделям и зависит от массы и функциональной активности плаценты. После рождения ребенка уровень ЧПЛ быстро падает, и к концу третьего периода его концентрация снижается почти в два раза. В первом триместре беременности основной синтез ЧПЛ осуществляется вневорсинчатым цитотрофобластом, а в поздние сроки — синцитиотрофобластом ворсин. Менее 10 % ЧПЛ поступает в околоплодные воды и к плоду.

Эстрогены в начале беременности вырабатываются преимущественно в желтом теле яичников матери. Среди всех эстрогенов основное диагностическое значение во время беременности принадлежит эстриолу. Концентрация этого гормона важна для оценки функциональных способностей фетоплацентарного комплекса. Значимая концентрация гормона определяется в 14-16 недель гестации, к концу беременности его концентрация увеличивается в 1000 раз [9, 10].

АФП — белок плодового происхождения, служащий маркером нарушений состояния плода,

начинает синтезироваться с 3-4 недели гестации в желточном мешке, а к концу первого триместра — в печени плода. Концентрация АФП в амниотической жидкости и крови беременной зависит от функции почек, желудочно-кишечного тракта плода и проницаемости плацентарного барьера [5, 9].

Цель исследования — изучить состояние новорожденных во взаимосвязи с содержанием продуктов фетоплацентарного комплекса у рожениц в процессе родового акта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 90 рожениц и их новорожденных. Средний возраст пациенток составил $22,5 \pm 3,1$ года. Из всех обследованных, 60 женщин (67 %) были первобеременные, первородящие, а 30 (33 %) — повторнобеременные, повторнородящие. Большинство женщин (57 чел. или 64 %) были горожанками, 37 человек (36 %) проживали в сельской местности. Основная часть пациенток (80 чел. или 89 %) состояли в браке, 10 человек (11 %) были одиночками. Следует отметить, что 46 женщин (46 %) являлись служащими и рабочими, 36 (40 %) — домохозяйками, 13 (14 %) — учащимися средних и высших учебных заведений. По уровню образования преобладали женщины со средним и средним специальным образованием (78 чел. или 87 %), и только 12 человек (13 %) имели высшее образование. Перенесли одно или несколько инфекционных заболеваний в детстве и относились к группе часто болеющих детей 53 женщины (59 %). Были инфицированы и являлись носительницами одного или нескольких вирусов, токсоплазм или хламидий 50 пациенток (56 %). Страдали соматическими заболеваниями до наступления беременности 80 пациенток (89 %). Заболевания мочевыводящей системы занимали ведущее место в экстрагенитальной патологии у 24 женщин (27 %), патология ЛОР-органов — у 15 женщин (17 %), сердечно-сосудистой системы — у 15 женщин (17 %). Средний возраст менархе соответствовал $13,1 \pm 1,3$ годам. Менструальный цикл установился сразу и был регулярным у всех пациенток. Средняя продолжительность его составила $28,7 \pm 1,6$ дней. Возраст полового дебюта составил $18 \pm 1,7$ лет. Имели гинеколо-



гические заболевания до настоящей беременности 27 женщин (30 %).

Среди гестационных осложнений преобладали гестоз различной степени тяжести (47 чел. или 52 %), патология амниона (маловодие, многоводие) (45 чел. или 50 %), угроза прерывания беременности (30 чел. или 33 %). Гестационная анемия диагностирована у 12 женщин (13 %), ранний токсикоз и гестационный пиелонефрит — у 10 человек (11 %) и 9 человек (10 %), соответственно. У 11 женщин (12 %) выявлены признаки гипотрофии плода.

Срок беременности на момент латентной фазы первого периода составил $39,0 \pm 1,0$ недель. Наиболее часто роды осложнялись несвоевременным излитием околоплодных вод (51 женщина или 57 %), травмами мягких родовых путей (39 женщин или 43 %), аномалиями родовой деятельности (8 чел. или 9 %), плотным прикреплением плаценты и ранним гипотоническим кровотечением (6 чел. или 6 %). Продолжительность родов составила $7,5 \pm 2,2$ часа, безводного промежутка — $5,4 \pm 2,7$ часа.

У всех женщин родились живые доношенные дети, со средней массой $3235,8 \pm 470,6$ г, длиной $52,0 \pm 2,4$ см. В зависимости от степени тяжести асфиксии у новорожденных, ретроспективно все пациентки были распределены по группам. В первую группу вошли 45 женщин (50 %) с новорожденными без признаков асфиксии. Во вторую включены 32 пациентки (35,6 %), родившие детей в состоянии асфиксии средней тяжести. Третью группу составили 13 родильниц (14,4 %), новорожденные которых имели асфиксию тяжелой степени.

Проводилось общеклиническое исследование. Оценка детей при рождении проводилась по шкале Апгар. Концентрация человеческого плацентарного лактогена, свободного эстриола и альфа-фетопротеина в сыворотке крови матери определялись методом твердофазного иммуноферментного анализа. Кровь у рожениц забиралась из кубитальной вены в первом и втором периодах родов, центрифугировалась и для исследования отбиралась сыворотка крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

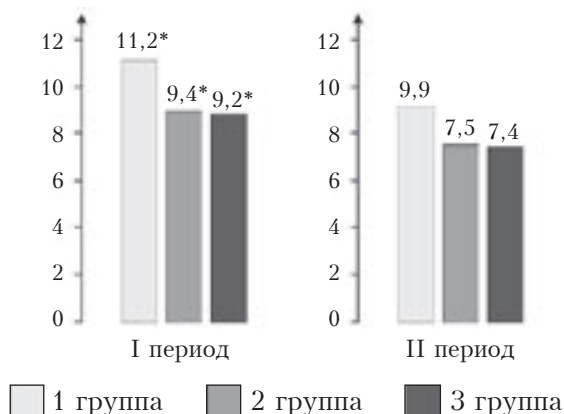
У женщин I-й группы в первом периоде родов уровень ЕЗ в сыворотке крови составил, в среднем, $11,2 \pm 0,2$ нг/мл, что было выше, чем во II-й и III-й группах ($9,4 \pm 0,4$ нг/мл и $9,2 \pm 0,6$ нг/мл, соответственно, $p < 0,001$). Концентрация ЧПЛ в I-й группе составила $14,2 \pm 0,3$ мг/л, что было выше, чем во II-й и III-й группах — $12,0 \pm 0,5$ мг/л и $10,1 \pm 0,6$ мг/л, соответственно, ($p < 0,001$). Содержание АФП в первом периоде родов в I-й группе соответствовало $123,0 \pm 40,0$ нг/мл, что было значительно ниже, чем во

II-й и III-й группах — $143,5 \pm 32,0$ нг/мл и $160,0 \pm 42,5$ нг/мл, соответственно, $p < 0,001$.

Во втором периоде родов отмечалось снижение гормонов фетоплацентарного комплекса и повышение уровня фетального белка во всех группах наблюдения. Уровень ЕЗ во втором периоде родов в первой группе был выше, чем во второй и третьей группах — $9,9 \pm 0,7$ нг/мл; $7,5 \pm 0,8$ нг/мл; $7,4 \pm 0,2$ нг/мл, соответственно, ($p < 0,001$), но ниже, чем в первом периоде родов (рис. 1).

Рисунок 1.

Содержание ЕЗ (нг/мл) в I и II периодах родов.

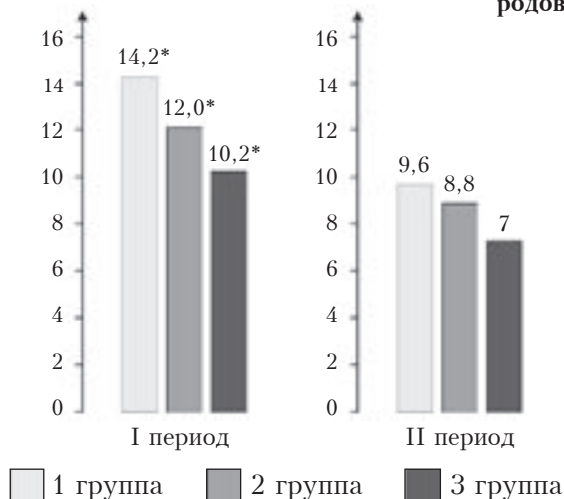


Примечание: * — $p < 0,01$ между I и II периодами родов.

Концентрация ЧПЛ в первой группе также была выше, чем в двух других — $9,6 \pm 0,4$ мг/л; $8,8 \pm 0,3$ мг/л; $6,96 \pm 0,6$, соответственно ($p < 0,001$), но в 1,5-2 раза ниже, чем в первом периоде родов (рис. 2).

Рисунок 2.

Содержание ЧПЛ (мг/л) в I и II периодах родов.



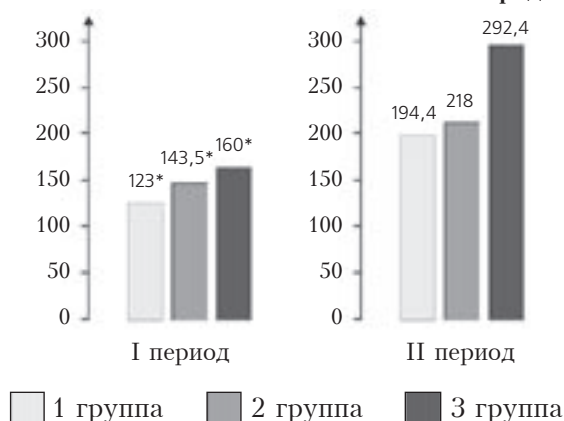
Примечание: * — $p < 0,01$ между I и II периодами родов.

Значение АФП во втором периоде родов в первой группе было ниже, чем во второй и третьей — $194,4 \pm 62,0$ нг/мл; $218,2 \pm 80,0$ нг/мл;



$292,4 \pm 60,0$ нг/мл, соответственно, ($p < 0,001$), но выше, чем в первом периоде родов.

Рисунок 3.
Содержание АФП (нг/мл) в I и II периодах родов.



Примечание: * – $p < 0,01$ между I и II периодами родов.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у женщин, родивших детей в асфиксии, концентрация ЧПЛ и ЕЗ была ниже, а АФП выше, чем у женщин, не имеющих данного осложнения. В процессе родового акта гормональная функция плаценты снижается, о чем свидетельствует падение концентрации плацентарного лактогена и свободного эстриола. Маркером нарушений барьерной функции плаценты является повышение уровня АФП. Увеличение концентрации фетального белка косвенно может свидетельствовать об изменении гемодинамики в условиях нарастающей гипоксии плода, учитывая зависимость трансплацентарного обмена от уровня кровотока в системе мать – плацента – плод.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Стрижаков, А.Н. Избранные лекции по акушерству и гинекологии /Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. – Ростов-н/Д., 2000. – С. 62-77.
2. Шраер, О.Т. Фетоплацентарная недостаточность /Шраер О.Т. //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2000. – № 1. – С. 15-19.
3. Бычков, В.И. Диагностика и лечение хронической плацентарной недостаточности /Бычков В.И., Образцова Е.Е., Шамарин С.В. //Акуш. и гинекол. – 1999. – № 6. – С. 3-6.
4. Медицинская лабораторная диагностика (программы и алгоритмы). – СПб, 2001. – С. 249-268.
5. Николаева, Л.Б. Фетоплацентарная недостаточность. Профилактика, диагностика, лечение: Метод. реком. /Николаева Л.Б., Тимошук Г.И., Тришкин А.Г. – Кемерово, 2004. – 63 с.
6. Радзинский, В.Е. Биохимия плацентарной недостаточности /Радзинский В.Е., Смалько П.Я. – М., 2001. – С. 108-113.
7. Розен, В.Б. Основы эндокринологии /Розен В.Б. – М., 1994. – С. 44-57.
8. Николаева, Л.Б. Значение уровня плацентарного лактогена в комплексной оценке нарушений системы «Мать – плацента – плод» у первобеременных /Николаева Л.Б., Тришкин А.Г., Тимошук Г.И. //Матер. V Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2003. – С. 148-149.
9. Тимошук, Г.И. Современные подходы к диагностике герпетической инфекции и оценка степени выраженности нарушений гормональной функции плаценты у беременных /Тимошук Г.И., Николаева Л.Б., Тришкин А.Г. //Мат. Всерос. н.-пр. конф. «Генодиагностика инфекционных болезней». – М., 2004. – С. 123.
10. Милованов, А.П. Патология системы мать – плацента – плод /Милованов А.П. – М., 1999. – 447 с.



ФАДЕЕВА Н.И., БЕЛЬНИЦКАЯ О.А., СЕРДЮК Г.В.
Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул

ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ РАННИХ СРОКОВ

Привычное невынашивание, как форма нарушения репродуктивной функции женщины, в 5-10 % случаев является причиной бездетных браков. С целью определения частоты и структуры гемостазиологических нарушений а также эффективности их коррекции у пациенток с привычным невынашиванием беременности ранних сроков, обследованы 90 пациенток вне беременности, 80 из них обследованы в ранние сроки наступившей беременности. Показано, что у пациенток с привычным невынашиванием ранних сроков гемостазиологические нарушения выявляются в 61,1 % случаев вне беременности и 76,2 % во время беременности. На фоне проводимой терапии гемостазиологических нарушений на предгравидарном этапе и во время беременности доносили до срока родов 76 пациенток (92 %), репродуктивные потери составили 6 %.

Ключевые слова: привычное невынашивание, нарушение гемостаза.

Recurrent miscarriages as a form of reproductive function disorder in women is responsible for 5-10 % of cases of infertile families. With the aim of evaluation of frequency and structure of hemostasiologic disturbances efficiency of their correction in patients with recurrent early pregnancy miscarriages, we have examined 90 patients before pregnancy and 80 patients in early pregnancy. It was found that in patients with recurrent early pregnancy miscarriages hemostasiologic disturbances could be revealed in 43 % of cases during pregnancy and in 76,2 % of cases early pregnancy. Thanks to appropriate therapy of these hemastasiologic disturbances before and during pregnancy, we had deliveries at term in 76 patients (92 %), reproductive losses were only in 6 % of cases.

Key words: recurrent miscarriages, hemostasis disturbance.

Привычное невынашивание является причиной бездетных браков в 5-10 % случаев [1, 2, 3, 4]. В этиологии привычного невынашивания беременности выделяют генетические, эндокринные, иммунологические, инфекционные, анатомические и тромбофилические факторы. На эндокринные причины невынашивания, по данным разных авторов, приходится от 17 % до 60 % [1, 2, 4]. Частота аномалий развития матки составляет 10-15 % [2]. Примерно у 3-5 % супругов, страдающих привычным невынашиванием беременности, обнаруживаются хромосомные аномалии [2, 4].

В настоящее время в генезе привычного невынашивания беременности большое внимание уделяется роли дефектов гемостаза приобретенного или генетического характера (АФС, генетически обусловленные тромбофилии, геморрагические дефекты) [5]. Генетические и приобретенные формы тромбофилии клинически проявляются в течении гестационного процесса в форме типичных акушерских осложнений [6, 7]. Эпителиальные повреждения, лежащие в основе антифосфолипидного синдрома, а также генетические формы тромбофилии, рассматриваются как важнейшие факторы различных осложнений беременности, в том числе и привычного невынашивания [5, 8]. По данным литературы, роль тромбофилии в

структуре причин синдрома потери плода составляет от 40 % до 75 % [7, 8].

Целью исследования было определение частоты и структуры гемостазиологических нарушений у пациенток с привычным невынашиванием беременности ранних сроков и эффективности их коррекции в пролонгировании беременности.

Обследованы 90 пациенток с привычным невынашиванием вне беременности и 80 из них в процессе вынашивания запланированной беременности. Всем пациенткам, кроме общеклинического обследования, проводились ультразвуковое исследование с цветным доплерометрическим картированием гениталий и щитовидной железы, фолликулогенез, гистероскопия. В сыворотке крови определялись тиреоидные гормоны, тестостерон и дегидроэпиандростерона-сульфат, а также показатели системы гемостаза — протромбиновое время, тромбиновое, эхитоксовое время, активность антитромбина III, XIIa-зависимый фибринолиз, содержание плазминогена, наличие волчаночного антикоагулянта, антител к кардиолипину и фосфатидилсерину, определение гомоцистеина. Пациентки консультированы гемостазиологом и другими узкими специалистами.

Большинство женщин были в оптимальном репродуктивном возрасте до 30 лет.



Заболевания сердечно-сосудистой системы (преимущественно вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу) выявлены у 44 пациенток (48,8 %). Эндокринные заболевания выявлены у 45 женщин (50 %). Нейроэндокринный синдром диагностирован у 11 пациенток (12,2 %), патология щитовидной железы — у 30 пациенток (33,3 %).

Нарушения менструальной функции выявлены у 48 пациенток (53,3 %), в том числе ановуляторные опсоменореи — у 12 (13,3 %). Овуляторные постпонирующие циклы отмечены в 26,7 % случаев. Эхоскопические признаки гипофункции желтого тела или синдром неовулирующего фолликула выявлены у 16 пациенток (17,8 %).

Два спонтанных прерывания беременности в анамнезе было у 48 пациенток (53,3 %), три прерывания — у 29 пациенток (32,2 %), 4 и более спонтанных прерываний в анамнезе — у 13 пациенток (14,5 %).

Результаты исследования гемостаза у обследованных женщин представлены в таблице 1.

(14,5 %), средние показатели снижения индуцированной агрегации тромбоцитов на АДФ-индуктор составили $49,83 \pm 3,63$, на адреналин-индуктор — $33,4 \pm 3,7$. Тромбоцитопения выявлена у 5 пациенток (9,8 %), причем количество тромбоцитов до 150×10^9 было у 3-х пациенток, от 100 до 150×10^9 — у двух пациенток. Средние показатели снижения количества тромбоцитов в крови у данных пациенток составили $135,33 \pm 3,72$ (норма — $170-350 \times 10^9$).

Уровень гомоцистеина определяли у 34 женщин, из них — у 18 пациенток вне беременности и у 16 женщин в ранние сроки беременности (до 4-6 недель). Уровень гомоцистеина у обследованных женщин представлен в таблице 2.

Вне беременности гипергомоцистеинемия диагностирована у 11 женщин (18 %). Причем у трех пациенток гипергомоцистеинемия сочеталась с тромбинемией, у двух — с повышенной агрегацией тромбоцитов. У двух пациенток с антифосфолипидным синдромом выявлена тромбинемия, у одной — гиперагрегация тромбоцитов.

Таблица 1
Показатели гемостаза у обследованных женщин

Показатели	Вне беременности		Во время беременности		P_{1-2}	P_{1-k}	P_{3-4}
	Исходные	На фоне терапии	Исходные	На фоне терапии			
АПТВ, с (контроль $38,7 \pm 0,4$)	$40,3 \pm 1,3$	$37,6 \pm 0,4$	$39,8 \pm 1,2$	$34,3 \pm 1,4$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
Тромбиновое время, с (контроль $15,3 \pm 0,1$)	$15,0 \pm 1,0$	$14,0 \pm 0,3$	$14,5 \pm 0,4$	$14,3 \pm 0,8$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
Протромбиновое время, с (контроль $14,3 \pm 0,1$)	$16,8 \pm 0,5$	$15,4 \pm 0,4$	$16,3 \pm 0,3$	$15,6 \pm 0,8$	$< 0,01$	$< 0,01$	$> 0,05$
Ортофенантролиновый тест (контроль $3,0 \pm 0,1$)	$7,9 \pm 0,6$	$4,9 \pm 0,8$	$7,3 \pm 0,6$	$5,5 \pm 0,4$	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,05$
Концентрация фибриногена в плазме, г/л (контроль $2,9 \pm 0,6$)	$4,8 \pm 0,8$	$4,25 \pm 0,5$	$4,4 \pm 0,7$	$4,4 \pm 0,4$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
XIIa-зависимый фибринолиз, мин. (контроль $7,3 \pm 0,3$)	$9,4 \pm 1,7$	$7,4 \pm 1,4$	$15,3 \pm 1,1$	$12,7 \pm 1,8$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
Гомоцистеин (контроль $9,6 \pm 0,42$)	$13,1 \pm 0,6$	$11,9 \pm 0,4$	$12,9 \pm 0,6$	$12,6 \pm 0,5$	$> 0,05$	$< 0,01$	$> 0,05$

Примечание: P_{1-2} — достоверность исходных показателей и показателей на фоне терапии, вне беременности.

P_{1-k} — достоверность исходных показателей вне беременности с контролем. P_{3-4} — достоверность исходных показателей и показателей на фоне терапии во время беременности

Изменения в гемостазе у обследованных женщин вне беременности обнаружены в 61,1 % случаев. Гиперагрегация тромбоцитов диагностирована у 20 женщин (36,3 %), из них у трех пациенток она сочеталась с гипергомоцистеинемией, а у одной — с антифосфолипидным синдромом: средние показатели гиперагрегации на АДФ-индуктор составили $94,82 \pm 5,06$, на адреналин индуктор — $85 \pm 3,35$. Антифосфолипидный синдром выявлен у 9 пациенток (17,6 %). Дезагрегационная тромбоцитопатия диагностирована у 8 женщин

У 5 пациенток с гиперагрегацией тромбоцитов вне беременности диагностирована тромбинемия (табл. 3).

При обследовании в ранние сроки беременности нарушения гемостаза были подтверждены у 55 пациенток и дополнительно выявлены нарушения еще у 6 пациенток. Таким образом, из 80 обследованных беременных нарушения в гемостазе выявлены в 76,2 % случаев. У 16 пациенток (20 %) выявлена гиперагрегация тромбоцитов, причем у 11 из них она сочеталась с



тромбинемией. Гипергомоцистеинемия диагностирована у 9 женщин (11,3 %), причем уровень гомоцистеина до 12,0 мкмоль/л был у 4-х пациенток, 12,0-15,0 мкмоль/л — у трех пациенток, 15,0-20,0 мкмоль/л — у 2-х пациенток. Дезагрегационная тромбоцитопатия выявлена у 7 женщин (8,8 %), антифосфолипидный синдром — у 5 пациенток (6,3 %).

Таблица 2
Уровень гомоцистеина у обследованных женщин

Уровень гомоцистеина, мкмоль/литр	Вне беременности, n = 18		Во время беременности, n = 16	
	абс.	%	абс.	%
до 11,0	7	38,9	7	43,8
от 11,0 до 12,0	5	27,8	4	25
от 12,0 до 15,0	4	22,2	3	18,7
от 15,0 до 20,0	2	11,1	2	12,5

Примечание: различия в группах статистически не достоверны ($P > 0,05$)

У трех пациенток с гипергомоцистеинемией выявлена тромбинемия, у одной — гиперагрегация тромбоцитов. Пациентки с выявленным антифосфолипидным синдромом получали терапию согласно стандартам Федерального центра по диагностике и лечению нарушений гемостаза.

Пациентки с тромбинемией получали лечение антикоагулянтами (фраксипарин, сулодексид).

Показатели гемостаза у пациенток с тромбинемией на фоне лечения представлены в таблице 4.

Из таблицы видно, что на фоне проводимой терапии уровень тромбинемии снижался.

Лечение гиперагрегационного синдрома (аспирин по 60-125 мг/сутки, кардиомагнил по 75 мг/сутки) получали 16 женщин вне беременно-

Таблица 3
Средние показатели тромбинемии по ортофенантролиновому тесту у обследованных женщин

Показатели тромбинемии	Вне беременности, n = 16		Во время беременности, n = 27	
	абс.	%	абс.	%
до 4,0	0	0	0	0
от 4,0 до 10,0	14	87,5	25	92,6
от 10,0 до 20,0	2	12,5	2	7,4

Примечание: различия в группах статистически не достоверны ($P > 0,05$).

сти и 19 беременных с ранних сроков беременности. Показатели гемостаза у пациенток на фоне лечения антиагрегантами представлены в таблице 5.

На фоне лечения отмечалось снижение агрегационной функции тромбоцитов, как на АДФ, так и на адреналин-индуктор.

Беременность завершилась родами у 36 женщин из 39 (92,3 %), получавших терапию гемостазических нарушений. Прерывание беремен-

Таблица 4
Показатели гемостаза у женщин на фоне лечения антикоагулянтами

Показатели тромбинемии	Вне беременности		Во время беременности		P_{1-2}	$P_{1-к}$	P_{3-4}
	Исходные	На фоне терапии	Исходные	На фоне терапии			
РФМК, мг /100 мл	8,7 ± 0,3	5,5 ± 0,1	9,8 ± 1,7	5,4 ± 0,5	< 0,001	< 0,01	< 0,05
в том числе:							
4-10мг /100 мл	5,5 ± 0,4	4,5 ± 1,0	8,1 ± 0,3	4,9 ± 0,4	> 0,05	< 0,01	< 0,01
10-20 мг /100 мл	12,0 ± 0,2	6,5 ± 0,8	11,5 ± 0,5	6,0 ± 0,5	< 0,001	< 0,01	< 0,01

Примечание: P_{1-2} — достоверность исходных показателей и показателей на фоне терапии, вне беременности.

$P_{1-к}$ — достоверность исходных показателей вне беременности с контролем. P_{3-4} — достоверность исходных показателей и показателей на фоне терапии во время беременности

Таблица 5
Показатели гемостаза на фоне лечения антиагрегантами

Агрегация тромбоцитов	Вне беременности		Во время беременности		P_{1-2}	$P_{1-к}$	P_{3-4}
	Исходные	На фоне терапии	Исходные	На фоне терапии			
Количество тромбоцитов (контроль 232,1 ± 3,7)	212,2 ± 6,6	205,1 ± 3,7	216,1 ± 3,7	207,2 ± 8,9	> 0,05	> 0,05	> 0,05
АДФ-индуктор (контроль 67,4 ± 1,6)	83,8 ± 2,8	50,6 ± 2,9	85,7 ± 2,5	59,5 ± 2,4	< 0,05	< 0,01	< 0,05
Адреналин (10мкг/мл) (контроль 71,0 ± 3,7)	84,8 ± 3,1	58,3 ± 4,8	86,7 ± 5,2	51,6 ± 4,6	< 0,05	< 0,01	< 0,05

Примечание: P_{1-2} — достоверность исходных показателей и показателей на фоне терапии, вне беременности.

$P_{1-к}$ — достоверность исходных показателей вне беременности с контролем. P_{3-4} — достоверность исходных показателей и показателей на фоне терапии во время беременности.



ности произошло у трех женщин (7,7 %) в сроки от 4-х до 7 недель беременности: у двух пациенток с гипергомоцистеинемией, уровень которой был 14,3 мкмоль/л и 15,6 мкмоль/л, и у одной женщины с гиперагрегационным синдромом, несмотря на снижение агрегации на фоне лечения антиагрегантами.

Таким образом, у пациенток с привычным невынашиванием ранних сроков гемостазиологические нарушения выявляются в 61,1 % случаев вне беременности и в 76,2 % случаев во время беременности. Из них, 49 % случаев приходится на гиперагрегационный синдром, 28 % случаев — на гипергомоцистеинемию и 23 % случаев — на антифосфолипидный синдром. Терапия гемостазиологических нарушений на предгравидарной подготовке и во время беременности у пациенток с привычным невынашиванием ранних сроков снижает репродуктивные потери до 7,7 %, что сопоставимо с популяционными показателями.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Агаджанова, А.А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности //Агаджанова А.А. //Рус. мед. журн. – 2003. – Т. 11, № 1. – С. 3-7.
2. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности /В.М. Сидельникова. – М., 2002. – 304 с.
3. Серова, О.Ф. Иммунологические аспекты невынашивания беременности /Серова О.Ф., Федорова М.В., Полетаев А.Б. //Вест. Рос. асс. акуш.-гинеко. – 1999. – № 3. – С. 25-29.
4. Тихомиров, А.Л. Репродуктивные аспекты гинекологической практики /Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., Юдаев В.Н. – М., 2002. – С. 154-185.
5. Макацария, А.Д. Тромбофилические состояния в акушерской практике /Макацария А.Д., Бицадзе В.О. – М., 2001. – 704 с.
6. Brill-Edwards, P. D-timer testing in the diagnosis of acute venous thromboembolism /Brill-Edwards P., Lee A. //Thromb. and Haemostasis J. – 1999. – Vol. 82, № 2. – P. 688-693.
7. Ginsberg, J.S. Thromboembolism and pregnancy /Ginsberg J.S. //Thrombosis and Haemostasis J. – 1999. – Vol. 82, № 2. – P. 620-626.
8. Bick, Rodger L. The antiphospholipid thrombosis syndromes: a common multidisciplinary medical problem /Rodger L. Bick. //ThrombosisHaemostasis. – 1997. – №3(4). – P. 270-273.



ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л., АРХИПОВ В.В., РАДУТНЫЙ В.Н.
Бакирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Изучены результаты операций кесарева сечения и последующей беременности у женщин с рубцом на матке по материалам клинического родильного дома. Особое внимание уделено факторам, способствующим формированию полноценного рубца на матке, состоятельность которого особенно важна при расположении на нем плаценты во время последующей беременности. Сделан вывод, что при предлежании плаценты к рубцу значительно возрастает частота таких осложнений беременности, как угроза прерывания, плацентарная недостаточность, несостоятельность рубца. Методом родоразрешения в этих случаях следует выбрать повторное абдоминальное в условиях стационара высокой степени риска.

Ключевые слова: кесарево сечение, полноценный рубец, предлежание плаценты к рубцу.

We have analysed the results of Caesarean section operations and the following pregnancy of the women who had a seam on the uterus. The source of the investigation was the scientific materials of a clinical maternity hospital. We paid our special attention to various factors which encourage the formation of the seam of full value on the uterus. Such seam becomes even more important under the circumstances when placenta is situated on it in case of the following pregnancy. We have come to the conclusion that if the seam is laid up by placenta there increases the frequency of such complications to pregnancy as abortion risk, placenta and seam inadequacy. The methods of birthing that we recommend to be chosen are recurring abdominal in a maternity hospital for high risk range patients.

Key words: caesarean section, seam of full value, seam laid up by placenta.

Исход беременности и родов во многом зависит от акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний. Разработанная и применяемая в акушерстве «стратегия риска» способствует снижению частоты осложнений беременности и родов.

В связи с расширением показаний к операции кесарево сечение особую значимость приобретает тактика ведения беременных, имеющих рубец на матке.

Целью исследования явилась оценка состояния диспансеризации женщин с рубцом на матке, определение критериев прогноза беременности и исхода родов по данным клинического родильного дома. Частота операций повторного кесарева сечения составляет 35-40 %. Частота неоднократного кесарева сечения (3 и более) — 9-11 % из всего количества случаев абдоминального родоразрешения. Интервалы между операциями кесарева сечения менее одного года наблюдались у 9 % женщин, до двух лет — у 30,8 %, более двух лет — у 60,2 %. Прогноз беременности, наступившей после кесарева сечения, зависит от многих факторов (возраст, исход предыдущих беременностей, осложнения во время беременности и др.). Особенно неблагоприятен прогноз для плода при недоношенной беременности и низкой массе тела плода (менее 1,5 кг). Выполнение операции кесарева сечения ранее 32 недель беременности крайне неблагоприятно для плода, однако возни-

кают жизненные показания для родоразрешения и ранее указанного срока. В этих случаях развивается респираторный дистресс-синдром, частота которого возрастает по мере снижения массы плода. При массе до 1500 г он встречается у каждого четвертого новорожденного, до двух кг — у 14 %, свыше двух — у 7 %. На наш взгляд, показаниями к повторной операции кесарева сечения при недоношенной беременности может быть патология, угрожающая жизни матери.

Течение беременности после кесарева сечения имеет ряд клинических особенностей, что позволяет отнести их к группе высокого риска. Наиболее частым осложнением у данного контингента является угроза прерывания беременности в различные сроки — до 25 %. Необходимо учесть, что под «маской» симптомов угрозы прерывания беременности могут быть признаки несостоятельности рубца на матке. Данная патология является наиболее частой причиной повторного кесарева сечения. Из других осложнений следует отметить задержку внутриутробного развития плода — до 28 %, неправильное положение плода, предлежание плаценты. Причиной указанных осложнений являются патологические изменения в области рубца на матке, в результате которых страдают кровоснабжение и трофика тканей матки. Поэтому у беременных с рубцом на матке имеется высокий риск нарушения маточно-плацентарного кровообращения, что приводит к хронической



внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода. Локализация плаценты в области рубца значительно ухудшает прогноз для матери и плода.

При наличии рубца на матке во время беременности особое значение приобретает ультразвуковое исследование, которое позволяет достаточно точно оценить состояние рубца. Динамическое исследование параметров физического развития плода позволяет достоверно оценить внутриутробное развитие плода. Локализация плаценты по передней стенке матки в области рубца значительно ухудшает прогноз беременности. Параллельно с УЗИ, регулярно проводятся кардиотокография и доплерометрия. Выявление на ранних этапах хронической гипоксии плода или задержки его внутриутробного развития позволяет своевременно проводить коррекцию состояния фетоплацентарной системы путем назначения комплексной терапии, включающей гипербарическую оксигенацию. Эффект ГБО значительно выше, если лечение проводилось до истощения резервных возможностей в фетоплацентарной системе.

Представляет значительные трудности оценка несостоятельности рубца на матке. Акцент в данном случае необходимо делать на тщательный анализ анамнеза, особенности течения беременности, клинические симптомы. Признаками несостоятельности рубца на матке могут быть периодические боли в области рубца, особенно если они связаны с пальпацией или шевелением плода; пальпаторного определения истончения в области рубца; клинических признаков внутриутробного страдания плода.

Наличие в анамнезе гнойно-септических осложнений после перенесенной операции предполагает несостоятельность рубца на матке. При изучении анамнеза особое внимание следует обращать на следующие сведения:

- длительность лихорадки в послеоперационном периоде и время выписки из родильного дома;
- заживление послеоперационной раны вторичным натяжением;
- короткий интервал между беременностями;
- выскабливание полости матки в послеоперационном периоде.

Эти сведения имеют большое значение для оценки состояния рубца на матке.

Следует стремиться к родоразрешению беременных с рубцом на матке в плановом порядке при доношенном сроке, так как в данных условиях плод находится в заведомо неблагоприятных условиях развития.

Проведенные исследования показали, что имеет место целый ряд принципиальных ошибок в диспансерном наблюдении женщин с рубцом на матке:

- несвоевременное взятие на учет женщины после операции кесарева сечения;

- отсутствие диспансерного наблюдения женщин с рубцом на матке вне беременности;
- отсутствие эффективной контрацепции в послеоперационном периоде;
- позднее, после 12 недель, взятие на учет беременной;
- несвоевременная диагностика плацентарной недостаточности;
- запоздалая госпитализация беременной с рубцом на матке для родоразрешения.

В 14 % случаев повторная операция кесарева сечения была расширена до надвлагалищной ампутации или экстирпации матки ввиду возникших осложнений. Во всех случаях, независимо от показаний, повторное кесарево сечение представляет собой операцию большой сложности из-за наличия спаечного процесса, при этом возможны такие осложнения, как ранение мочевого пузыря, кишечника, сальника. Кроме того, чаще развиваются гипо- и атонические кровотечения (7,7 %).

В послеоперационном периоде имеется высокий риск развития послеоперационных осложнений.

Таким образом, беременность после операции кесарева сечения представляет высокий риск для матери и плода. Снижение частоты осложнений при этом во многом зависит от уровня профессиональной подготовки медицинских работников, преемственности на всех этапах ведения женщины с рубцом на матке.

В целях оптимизации оказания медицинской помощи групп риска необходимо обязательное диспансерное наблюдение в женской консультации женщин с рубцом на матке вне и во время беременности. В диспансерной карте женщины должна быть подробная информация о характере оперативного вмешательства, показаний к операции, объеме оперативного вмешательства, локализации рубца на матке, особенностях течения послеоперационного периода и проводимых лечебно-диагностических мероприятиях в это время.

В течение двух лет с момента операции необходимо проведение контрацепции. При неосложненном течении послеоперационного периода возможно использование ВМС, в остальных случаях — гормональная или барьерная контрацепция.

Срок и возможность следующей беременности решаются исходя из оценки состояния рубца на матке с помощью эндоскопических технологий (гистероскопия), которая проводится спустя год после операции кесарева сечения, на 4-5 день менструального цикла. Гистероскопическая картина рубца на матке, при всем многообразии, имеет общие закономерности — у части женщин область рубца не отличается от других отделов матки, что позволяет предположить полноценную мускулинизацию рубца. У части женщин соеди-



нительно-тканые волокна определяются в виде белесоватых образований без сосудистой сети или соединительно-тканного тяжа, выступающего в полость матки, или образующего вдавления в толщу миометрия различной ширины и протяженности. В этом случае предполагается несостоятельность рубца.

При наступлении беременности, в женской консультации должно быть проведено:

- раннее взятие на учет до 12 недель и полное клинико-лабораторное исследование;
- при состоятельном рубце — пролонгирование беременности;
- при несостоятельном рубце рекомендуется прерывание беременности до 12 недель;
- динамическое наблюдение за беременной, контроль состояния рубца при каждой явке, с оценкой симптомов несостоятельности;
- ультразвуковое исследование в динамике для оценки состояния рубца, локализации плаценты, признаков ЗВУР плода;
- своевременная оценка симптомов угрозы прерывания беременности и другой акушерской патологии, госпитализация в стационар высокого риска;

- определение факторов инфекционного риска, своевременная санация очагов хронической инфекции;

- госпитализация для родоразрешения в стационар высокого риска в 38 недель беременности при состоятельном рубце на матке, при появлении признаков несостоятельности рубца — в любом сроке.

Мероприятия, проводимые в стационаре:

- полное клинико-лабораторное обследование;
- УЗИ, КТГ и доплерометрия;
- осмотр анестезиолога и выбор метода анестезии;
- определение показаний к методу родоразрешения, выбор оптимального срока родоразрешения.

Таким образом, беременность после кесарева сечения является сложной клинической ситуацией в акушерстве, требует выработки перспективного плана ведения беременной с определением сроков дородовой госпитализации для выбора оптимальной тактики ведения и бережного родоразрешения. Благоприятный исход беременности после операции кесарева сечения может быть обеспечен четкой работой и преемственностью на всех этапах ведения женщины с рубцом на матке.





ЦХАЙ В.Б., ГЛЫЗИНА Ю.Н.
*Красноярская государственная медицинская академия,
Родильный дом Дорожной больницы,
г. Красноярск*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗОВ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА ВОДНО-ИММЕРСИОННОЙ КОМПРЕССИИ

В статье представлены результаты лечения женщин с гестозом методом водно-иммерсионной компрессии (ВИК). Целью нашего исследования было снижение частоты развития и степени тяжести гестоза путем применения нового альтернативного метода лечения. Применение метода ВИК в лечении пациенток с гестозом можно считать эффективным.

Ключевые слова: гестоз, лечение, водно-иммерсионная компрессия.

This article presents the results of treatment women with gestosis of easy stages associated with method of water-immersion compression (WIC). The objective of the research was to decrease the frequency and degree of gestosis in pregnant women associated with new alternative method of treatment. The applying of WIC method in treatment patients with gestosis is effective.

Kew words: gestosis, treatment, water-immersion compression.

Гестозы до сих пор остаются одним из наиболее распространенных и тяжелых осложнений беременности, одинаково опасным для жизни и здоровья женщины, плода и новорожденного. В то время, когда акушерский сепсис и кровотечения имеют тенденцию к снижению, тяжелые формы гестоза — преэклампсия и эклампсия — стабильно занимают ведущее место в структуре материнской смертности.

В последние годы опубликовано значительное количество работ, посвященных вопросам лечения гестоза. Предложены новые методы коррекции иммунологических, гемореологических и метаболических расстройств, лежащих в основе этого осложнения беременности. В то же время, основной причиной отсутствия достаточно надежных методов терапии гестоза является тот факт, что ни одна из предложенных на сегодняшний день моделей патогенеза не является совершенной.

Многофакторность патогенеза гестоза предусматривает назначение обширного арсенала медикаментозных препаратов, оказывающих как положительное, так и отрицательное действие на плод. По данным В.Н. Кулакова с соавт. (1998), до 15-25 % беременных с гестозом остаются резистентными к проводимой медикаментозной терапии, с дальнейшим прогрессированием гестоза и возникновением необходимости экстренного оперативного родоразрешения. Кроме того, многие используемые лекарственные вещества с низкой молекулярной массой легко проникают через плаценту и нередко оказывают отрицательное воздействие на плод, являясь причиной перинатальной заболеваемости.

В связи с этим, актуальной проблемой современного акушерства является разумное ограничение фармакологической нагрузки на беременную

женщину, страдающую гестозом, и поиск новых эффективных, более физиологических, не медикаментозных методов лечения.

В последнее время при лечении гестозов легкой и средней степени тяжести мы используем метод водно-иммерсионной компрессии (ВИК), предложенный в 1996 году сотрудниками Перезаводского медицинского университета. Суть метода водно-иммерсионной компрессии состоит в погружении беременной женщины в ванну с водопроводной водой комфортной температуры (34-35°C) на 1,5-2 часа на уровень до 6-го шейного позвонка и столбом воды над голениками не менее 20 см. Лечение проводится ежедневно в течение 7-10 дней.

Механизм действия ВИК заключается в перераспределении крови и увеличении венозного возврата к сердцу при погружении в воду. Перераспределение жидкости происходит из интерстициального пространства в сосудистое русло. Перераспределение крови при погружении в воду, видимо, связано с внешним давлением на ткани, которое оказывает столб жидкости. Одним из основных эффектов ВИК является повышение диуреза. Это является ответом на увеличение ОЦК и венозного возврата к сердцу. В механизме увеличения диуреза большое внимание уделяется роли барорецепторов низкого давления. Погружение в воду комфортной температуры сопровождается расширением сосудов почек, что также способствует диуретическому эффекту.

Физиологический механизм действия ВИК заключается в ряде последовательных изменений, приводящих к стимуляции диуреза (под влиянием физического, температурного и гормонального факторов). Погружение в водную среду создает условия пониженной гравитации, при которой происходит расширение стенок сосудов. Изме-



нение соотношения сил фильтрации и абсорбции на уровне капиллярного русла и создание отрицательного транскапиллярного градиента способствует переходу жидкости из тканей в сосудистое русло.

Гормональный фон в условиях ВИК характеризуется постоянными изменениями, главными из которых являются угнетение ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, снижение концентрации антидиуретического гормона и увеличение выработки натрийдиуретического пептида. В итоге, у пациенток увеличивается диурез. Примечательно, что немедикаментозная стимуляция диуреза сочетается с повышением экскреции электролитов.

Два фактора — гиперволемиа и артериолодilatация — приводят к накоплению внесосудистой жидкости и развитию интерстициальной гипергидратации, которая сопровождает беременность и проявляется в виде отечного синдрома у 50-60 % беременных. Однако при гестозе задержка жидкости в интерстиции в несколько раз превышает ее содержание в интерстиции при физиологической беременности. К этому приводит ряд дополнительных факторов, имеющих место при гестозе: патология эндотелия, повышение проницаемости сосудистой стенки и, как следствие, выход белка во внесосудистое пространство, увеличение осмолярности интерстиция за счет повышения концентрации ионов натрия и нарушения дренажной функции лимфатической системы. Выраженный отечный синдром, не поддающийся обычной терапии, нередко приводит к необходимости досрочного родоразрешения.

В повседневной акушерской практике наиболее распространены три способа снижения отеков у беременных: ограничение приема соли и жидкости, назначение диуретиков и применение инфузионной терапии. Однако каждый из них имеет свои недостатки. Ограничение потребления соли и жидкости способствует повышению антинатрийуретических и антидиуретических факторов, повышению гиперосмолярности плазмы, что в дальнейшем приводит к снижению диуреза, повышению жажды и обратно к увеличению потребления жидкости. Мочегонные препараты усугубляют гиповолемию и связанные с ней нарушения в микроциркуляторном русле и системе гемостаза. Применение инфузионной терапии нередко может осложниться усилением отеков и способствовать досрочному родоразрешению.

В отличие от выше перечисленных методов лечения отеков, процедура ВИК представляет собой аутотрансфузию, которая, во-первых, не вызовет аллергических реакций, во-вторых, снижается опасность развития гидремии и прогрессирования отечного синдрома, в-третьих, способствует перераспределению жидкости из внесосудистого сектора в сосудистое русло, в-четвертых, отпадает

необходимость в применении специального оборудования, медикаментов и инфузионных сред.

Погружение в воду увеличивает диурез за счет следующих факторов:

- внешнего давления, которое повышает транскапиллярный градиент, увеличивая абсорбцию в правой части капиллярона;

- увеличения ОЦК за счет вытеснения в сосуды жидкости из интерстициального пространства;

- увеличения притока крови к органам грудной клетки и изменения афферентации с полостей сердца и устьев полых вен (рефлюкс Генри-Гауэра);

- внутривисцеральных факторов, к механизму которых относится, прежде всего, увеличение доставки натрия к дистальным отделам нефрона.

На базе отделения патологии беременности Дородной больницы города Красноярск данный метод лечения гестозов используется в течение полугода. За это время с помощью ВИК пролечено 32 беременных с гестозом, в том числе 20 женщин с отеками без гипертензии и 12 женщин — с гестозом легкой степени тяжести при наличии отеков и гипертензии. Противопоказаний к данному методу лечения не выявлено. Перед погружением в воду, а затем через 7 сеансов, у пациенток исследовались основные показатели крови: гемоглобин, гематокрит, время свертывания крови, тромбоциты, общий белок, АЛТ, АСТ, электролиты. Определялась масса беременной, измерялись показатели артериального давления, темпы диуреза, проводилось динамическое УЗИ-исследование фетоплацентарного комплекса, КТГ плода, доплерометрия маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

В момент проведения сеанса ВИК у всех беременных женщин отмечалось состояние расслабленности и психоэмоционального покоя. Термонеутральная температура воды достаточно хорошо переносилась пациентками и создавала условия комфорта.

Практически у всех пациенток темп диуреза в течение 3-4 часов после первого сеанса ВИК возрастал в 4 раза. Суточный диурез увеличивался, в среднем, на 70 %. Наибольший по объему диурез наблюдался у женщин с выраженными отеками (1600-2300 мл в сутки). У пациенток с гипертензией после первого сеанса ВИК выявлено снижение систолического давления на 15 %, диастолического давления — на 37 %. На всех этапах исследования СДД и частоты сердечных сокращений отмечалось достоверное их уменьшение.

Показатели содержания гемоглобина и гематокрита снижались на 10 %, а объем циркулирующей жидкости и объем циркулирующей плазмы возрастали на 12 %. Оптимизация гемодинамических и волевических характеристик вызывала улучшение доплерометрических показателей маточно-плацентарного кровотока, нормализацию



параметров кардиомониторного исследования плода. Субъективно женщины не отмечали каких-либо изменений со стороны плода во время и после сеанса водно-иммерсионной компрессии.

Метод, в виде монотерапии, оказался эффективным у 28 беременных (87,5 %), что позволило пролонгировать беременность до 38-39 недель гестации. У 4-х беременных (12,5 %) желаемый результат не был достигнут и потребовалась дополнительная медикаментозная терапия. Мы связываем эту неэффективность с наличием ранее существовавшей хронической гипертензии, осложнившей течение беременности.

Положительный эффект метода ВИК у беременных с гестозом подтверждался уменьшением отеков, увеличением количества экскретируемой жидкости (превышало выпитую на 300-400 мл), улучшением микроциркуляции, регрессией неврологической симптоматики, стабилизацией массы тела. Проводимый УЗ биометрический контроль за физическим развитием плода, кардиотокографический и доплерометрический — за его функциональным состоянием, при использовании метода ВИК, во всех случаях выявил улучшение внутриутробного развития и состояния плода. Перинатальных потерь в исследуемой группе не отмечено.

ВЫВОДЫ:

1. Метод водно-иммерсионной компрессии оказался эффективным, в виде монолечения при гестозе легкой степени тяжести, в том числе — моносимптомной форме (отеки).

2. Метод водно-иммерсионной компрессии позволяет добиться высокой эффективности лечения и улучшить исходы беременности при гестозах, при этом существенно снизить, либо полностью исключить, медикаментозную нагрузку.

3. Контролем эффективности ВИК является нормализация показателей артериального давления, исчезновение отечного синдрома, положительная динамика параметров центральной и периферической гемодинамики, маточно-плацентарного кровотока.

4. Водно-иммерсионная компрессия оказывает положительное влияние на маточно-плацентарное кровообращение у беременных с гестозом, улучшая тем самым состояние плода и перинатальный исход.

5. Включение метода ВИК в комплекс лечения гестозов позволило добиться полного эффекта в 87,5 % случаев, улучшить перинатальные показатели, снизить частоту оперативного родоразрешения в 2,2 раза.



ЦХАЙ В.Б., НАРОДОВ А.А., МАКАРЕНКО Т.А., ДАЦЕНКО А.В., УЛЬЯНОВА И.О.
*Красноярская государственная медицинская академия,
г. Красноярск*

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Тактика ведения беременных женщин с инсультом основана на принципах максимальной безопасности для жизни матери и плода и должна быть строго индивидуализирована. Однако, даже проведенные зарубежными специалистами большие рандомизированные исследования не позволили обеспечить выработку единого руководства по лечению ишемического и геморрагического инсульта у беременных женщин. В силу того, что геморрагический инсульт чаще возникает у молодых женщин репродуктивного возраста, а беременность является предрасполагающим фактором, в системе родовспоможения врачами-акушерами, совместно с нейрохирургами, должна быть отработана тактика при данной патологии.

Management tactics of expectant mothers with stroke is based on principles of maximum mother and fetus safety and it must be fully individualize. But even large randomize trials, which were done foreign experts, did not allow provide for common principles of hemorrhagic and ischemic stroke treatment among expectant mothers. Owing to the fact that hemorrhagic stroke takes place in young women of childbearing age and that pregnancy is a predisposing factor, obstetrician-gynecologists in common with neurosurgeons should work through the tactics in this pathology.

Среди акушеров существует мнение, что острые нарушения мозгового кровообращения очень редко возникают у беременных, рожиц и родильниц. Возможно, по этой причине на страницах специальной периодической литературы проблеме мозгового инсульта уделяется крайне малое внимание [1, 2].

Мозговой инсульт принято разделять на ишемический и геморрагический. Ишемический инсульт является следствием резкого ограничения притока крови к мозгу, геморрагический характеризуется кровоизлиянием в ткань мозга, надолболочные и подолболочные пространства или желудочки [3, 4, 5].

Геморрагический инсульт является наиболее тяжелой и грозной патологией, которая может возникнуть у женщин во время беременности. По мнению большинства авторов, геморрагический инсульт у женщин репродуктивного возраста, в том числе и у беременных, чаще всего возникает в результате наличия артериально-венозных мальформаций (АВМ) или артериальных аневризм. При этом АВМ чаще встречаются у пациенток молодого возраста, а аневризмы — в более зрелом возрасте [4, 6]. Кроме выше названных двух ведущих причин геморрагического инсульта, в роли редких этиологических факторов можно рассматривать гестоз и гипертоническую болезнь; крайне редких — коллагенозы, болезни крови (гемофилия, передозировка тромболитиков), нейросифилис, нейроревматизм [3, 4, 7, 8, 9].

Большое рандомизированное исследование по выявлению факторов риска мозгового инсульта у беременных было проведено Jeng J.S. с со-

авт. (2004) в популяции азиатских беременных женщин на Тайване за период 1984-2002 гг. [10]. Частота заболевания в популяционном исследовании составила 46,2 на 100000 беременных женщин, при этом в 67 % случаев заболевание зарегистрировано в 3-м триместре беременности и в послеродовом периоде. Этиология была установлена в 78 % случаев, включая эклампсию (37 %), артерио-венозную мальформацию (26 %).

Внутричерепное кровоизлияние нередко может возникнуть как осложнение при тяжелых формах гестоза — эклампсии и преэклампсии, но может быть и самостоятельным заболеванием [9, 11, 12]. В основе возникновения аневризм артерий головного мозга АВМ лежит врожденный фактор, соответственно, неполноценность стенки артерий и наличие прямых коммуникаций между артериями и венами. Разрывы артериальных аневризм происходят приблизительно у одного из 100000 человек.

Сам факт геморрагического инсульта можно установить с помощью клинико-анамнестических данных, результатов объективного исследования и неврологической симптоматики. Диагностика точной локализации и этиологического фактора кровоизлияния трудна и возможна лишь с помощью инструментальных методов исследования: компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ангиографии. Кровоизлияния, как показывают данные КТ и МРТ, могут возникать практически в любой области головного мозга. К наиболее тяжелым клиническим последствиям приводят кровоизлияния в область базальных ганглиев, внутренней капсулы, таламуса, мозжечка и ствола мозга.



Прогноз для женщин, перенесших геморрагический инсульт, зависит от многих факторов. При первом кровоизлиянии из аневризмы летальность составляет 35 %, еще 15 % больных гибнут при повторном разрыве в последующие несколько недель. После 6 месяцев вероятность повторного разрыва составляет около 5 % в год. Прогноз при кровотечениях из АВМ несколько лучше, чем при церебральных аневризмах, хотя тоже весьма серьезный [4]. Хотя по данным S. Nanda с соавт. (2003), риск повторного разрыва после родов составляет около 1-2 % [13].

Тактика ведения беременных женщин с геморрагическим инсультом основана на принципах максимальной безопасности для жизни матери и плода [1, 2, 8, 11]. По мнению M.A. Sloan (2003), лечение паренхиматозного внутримозгового кровоизлияния и субарахноидального кровоизлияния у женщин во время беременности и родов должно быть строго индивидуализировано. При разрывах аневризм может быть выполнено нейрохирургическое клипирование или эндоваскулярная ее облитерация при помощи различных методик в условиях специализированного нейрохирургического центра [9]. В то же время, даже проведенные зарубежными специалистами большие рандомизированные исследования не позволили обеспечить выработку единого руководства по лечению ишемического и геморрагического инсульта у беременных женщин [12].

В 2004 г. в г. Красноярске произошло четыре случая геморрагического инсульта у беременных женщин, что составило 0,04 % от общего количества родов или 42,9 на 100000 родов. Возраст женщин находился в пределах 19-27 лет, средний возраст — 23 года. В трех случаях больные были первородящими, и один случай — повторнородящая женщина.

Все женщины по поводу настоящей беременности находились под постоянным наблюдением врача женской консультации, были обследованы согласно отраслевым стандартам. Клиника геморрагического инсульта в наших наблюдениях протекала традиционно. В двух случаях геморрагический инсульт произошел на фоне полного здоровья, в одном случае беременная отмечала ухудшение самочувствия в течение двух предшествующих инсульту дней (появилась слабость, заложенность носа). Следует отметить, что у всех женщин геморрагический инсульт произошел дома, что свидетельствовало о его внезапности, как для самих больных, так и для наблюдавших их врачей. Все больные отмечали жалобы на сильную «нестерпимую» головную боль, рвоту, боли в эпигастральной области, расстройство зрения, потерю сознания. У двух беременных женщин потеря сознания предшествовало появлению судорог.

Примечательным является тот факт, что на этапе скорой медицинской помощи диагноз ге-

моррагического инсульта был правильно установлен лишь в одном случае (при беременности 22 недели) и больная была транспортирована в Краевой реанимационно-консультативный центр. В двух других случаях женщин с более поздними сроками беременности (в 28 недель и 32 недели беременности) транспортировали в обычный родильный дом с диагнозом тяжелого позднего гестоза (пре- и эклампсии).

Мы согласны с мнением большинства авторов, что у женщин с геморрагическим инсультом методом выбора является консервативное ведение беременности, считая прерывание беременности в остром периоде нецелесообразным. В связи с тем, что в родах возникает повторная опасность кровоизлияния, наилучшим способом родоразрешения является операция кесарева сечения.

В двух случаях, при стабильном состоянии больных и относительно благоприятном дальнейшем течении заболевания, беременность пролонгировалась с 22-х и 20 недель беременности. До достижения периода относительной стабилизации заболевания (10-14 суток) женщины получали лечение в условиях родильного дома, после чего переводились в нейрохирургическое отделение многопрофильной больницы. На всех этапах стационарного лечения врачебная тактика определялась коллегиально нейрохирургом и акушером-гинекологом. После проведения курса стационарного лечения, при улучшении общего состояния и положительной динамике со стороны неврологического статуса, женщины выписывались домой с прогрессирующей беременностью под наблюдение врачей женской консультации и невропатолога. В 37 недель беременности осуществлялась госпитализация в нейрохирургическое отделение многопрофильной больницы, и в 38 недель — плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения. В обоих случаях родились здоровые доношенные дети.

В двух случаях, когда больные поступали в родильный дом в бессознательном состоянии с ошибочно установленным диагнозом эклампсии, в экстренном порядке было осуществлено родоразрешение путем операции кесарева сечения. Перинатальные исходы у этих больных были обусловлены малым гестационным сроком и, соответственно, жизнеспособностью новорожденных. В одном случае у больной со сроком беременности 32 недели родился живой недоношенный плод массой 1700 г, не требовавший в дальнейшем реанимационных мероприятий. В другом случае, у больной со сроком беременности 27-28 недель родился недоношенный плод массой 980 г, умерший в течение первых минут жизни на фоне проводимых реанимационных мероприятий.

Три пациентки, перенесшие геморрагический инсульт во время беременности, после проведения специализированного лечения и благополуч-



ного родоразрешения, в удовлетворительном состоянии были выписаны домой с рекомендациями о проведении дальнейших реабилитационно-восстановительных мероприятий.

У одной из них, в первые сутки после экстренного родоразрешения, учитывая наличие грубого дислокационного синдрома, прогрессирующего ухудшения состояния больной, проведено оперативное нейрохирургическое вмешательство: «Костно-пластическая трепанация черепа в правой височной области. Удаление большой внутримозговой гематомы правой височной доли. Коагуляция и клипирование шейки аневризмы средней мозговой артерии на участке M_1-M_2 ». В течение послеоперационного периода осложнений не было. Послеоперационный диагноз: «ОНМК, разрыв аневризмы, гематома правой височной доли с прорывом крови в правый боковой и III желудочки». В течение послеоперационного периода осложнений не было.

Одна больная 26-ти лет, перенесшая геморрагический инсульт при сроке 27-28 недель беременности и поступившая в стационар в коматозном состоянии, умерла на пятые сутки от начала заболевания. По данным патологоанатомического заключения, причиной гибели женщины явилось обширное внутримозговое кровоизлияние по типу гематомы в правой теменно-височной области, с прорывом в правый боковой желудочек. Причиной внутримозгового кровоизлияния явилась патология сосудов головного мозга типа артерио-венозной мальформации, о чем свидетельствовали множественные сосудистые образования в головном мозге, представленные конгломератами из 3-5 сосудов различного размера. Непосредственной причиной смерти больной явился отек головного мозга с дислокацией. При тщательном гистологическом исследовании аутопсийного материала морфологических данных за гестоз обнаружено не было.

Таким образом, в силу того, что геморрагический инсульт чаще возникает у молодых женщин репродуктивного возраста, а беременность является predisposing фактором, в системе родовспоможения должен быть отработан алгоритм действий при данной патологии. На догоспитальном этапе возможность экстренной транспортировки больной в стационар решается индивидуально, по согласованию с врачом-нейрохирургом (невропатологом). Беременных женщин, перенесших геморрагический инсульт, следует госпитализировать в стационар нейрохирургического профиля, с учетом возможности проведения специализированного обследования и лечения. Ведение таких больных осуществляется с привлечением врача акушера-гинеколога. Оптимальным, в плане безопасности для жизни матери и плода, является родоразрешение путем операции кесарева сечения в условиях нейрохирургического отделения многопрофильной больницы

(в своей практике мы привлекали акушерские и неонатологические бригады из родовспомогательного учреждения).

Вместе с тем, при курации женщин, перенесших инсульт во время беременности или в послеродовом периоде, до сих пор остается ряд сложностей и не решенных проблем. На догоспитальном этапе и в условиях большинства родовспомогательных учреждений у беременных женщин, по причине редкой встречаемости данной патологии, отсутствия специального оборудования (КТ, МРТ) и штатного врача-невропатолога, очень не просто провести дифференциальную диагностику между эклампсией и первично неврологическим заболеванием, в данном случае геморрагическим инсультом, особенно у больных в коматозном состоянии.

Наш опыт показывает, что определенные трудности возникают у акушеров при ведении послеродового периода у данного контингента больных: во-первых, нежелательно назначение утеротоников в плане возможных осложнений основного неврологического заболевания, однако нередко необходимых для ведения послеродового периода (после кесарева сечения у длительно лежащей больной); во-вторых, часто необходимое медикаментозное подавление лактации сопряжено с определенной опасностью, так как назначение аналогов дофамина противопоказано (бромкриптин, парлодел и т.д.), а назначение эстрогенов вызывает тромбофилию. Все эти вопросы требуют углубленного научного изучения для дальнейшего применения в практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гусев, В.А. Кровоизлияние в мозг как осложнение беременности, родов и послеродового периода /Гусев В.А. – Горький, 1975. – 79 с.
2. Усоскин, И.И. Беременность и роды при органических заболеваниях центральной нервной системы /Усоскин И.И. – М., 1974. – 224 с.
3. Гусев, В.А. Неврология и нейрохирургия /Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. – М., 2000. – 626 с.
4. Руководство по медицине. Диагностика и терапия /Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. – М., 1997. – Т. 1. – С. 993-996.
5. Outcome following intracerebral hemorrhage and subarachnoid hemorrhage /Hanel R.A., Xavier A.R., Mohammad Y. et al. //Neurol. Res. – 2002. – V. 24, (suppl 1). – S. 58-62.
6. Bruno, A. Risk factors for intracerebral and subarachnoid hemorrhage among Hispanics and non-Hispanic whites in a New Mexico community /Bruno A., Qualls C. //Neuroepidemiol. – 2000. – V. 19. – P. 227-232.
7. Juvela, S. Risk factors for spontaneous intracerebral hemorrhage /Juvela S., Hillbom M., Palomaki H. //Stroke. – 1995. – V. 26. – P. 1558-1564.



8. Cohort study on risk factors for subarachnoid hemorrhage among Japanese men and women /Sankai T., Iso H., Shimamoto T. et al. //Nippon Eiseigaku Zasshi. – 1999. – V. 53. – P. 587-595.
9. Sloan, M.A. Cerebrovascular Disease in Pregnancy /Sloan M.A., Stern B.J. //Curr. Treat. Options. Neurol. – 2003. – V. 5, № 5. – P. 391-407.
10. Jeng, J.S. Incidence and etiologies of stroke during pregnancy and puerperium as evidenced in Taiwanese women /Jeng J.S., Tang S.C., Yip P.K. //Cerebrovasc. Dis. – 2004. – V. 18, № 4. – P. 290-295.
11. Pathan, M. Pregnancy and stroke /Pathan M., Kittner S. //Cur. Neurol. Neurosci. Rep. – 2003. – V.3, № 1. – P. 27-31.
12. Waddy, S. Cerebrovascular Disease in Pregnancy /Waddy S., Stern B.J. //Curr. Treat. Options Cardiovasc. Med. – 2003. – V. 5, № 3. – P. 241-249.
13. Nanda, S. Successful perinatal outcome following recurrent idiopathic cerebrovascular strokes in pregnancy: a case report /Nanda S., Agarwal U., Sangwan K. //Arch. Gynecol. Obstet. – 2003. – V. 268, № 3. – P. 236-238.





ГИНЕКОЛОГИЯ





БОЧКАРЕВА Н.В., КОЛОМИЕЦ Л.А., КОНДАКОВА И.В., СТАРОВА А.Б.,
СТУКАНОВ С.Л., СМЕРНОВА Л.П.
НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН,
г. Томск

СОВРЕМЕННАЯ СХЕМА МЕТАБОЛИЗМА ЭСТРОГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ

У больных с типичной и атипичной гиперплазией эндометрия выявлена высокая активность ароматазы и эстрогенгидроксилаз в эндометрии, по сравнению с пациентками без патологии эндометрия. У больных с типичной гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки, по сравнению с группой без миомы, выявлена высокая активность всех ферментов метаболизма. Анализ клинических параметров, данных гормонального статуса, данных по активности ферментов метаболизма в эндометрии, активности ароматазы в миометрии и миоматозных узлах позволил высказать предположение, что гиперплазия эндометрия, сочетающаяся с миомой матки, является самостоятельным сложным вариантом эндометриальной гиперплазии с широким спектром гормональных нарушений и с определенными особенностями метаболизма эстрогенов.

Ключевые слова: ферменты метаболизма эстрогенов, гиперплазия эндометрия, миома матки.

Многочисленные исследования показали, что эстрогены в большинстве случаев необходимы для развития гиперпластических процессов эндометрия [1, 2, 3]. В эндометрии активные эстрогены синтезируются из андрогенов под действием фермента ароматазы. Одной из функций поступивших из крови и синтезированных *in situ* эстрогенов является стимуляция пролиферации эндометрия. Кроме того, эстрогены могут метаболизировать непосредственно в эндометрии при участии 2- и 4-эстрогенгидроксилаз и превращаться в катехолэстрогены. Дальнейший метаболизм катехолэстрогенов протекает с участием катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ) и глутатион-трансферазы (ГТ), с образованием неактивных и немутагенных производных. При недостаточной активности этих трансфераз, при участии пероксидаз, происходит образование катехолэстроген-ортохинонов. Инициация рака эндометрия, а вероятно, и прогрессия типичной эндометриальной гиперплазии в атипичную под действием катехолэстроген-ортохинонов возможна, когда вызванные ими повреждения ДНК затрагивают онкогены или гены-супрессоры [4].

Данные по активности и экспрессии ароматазы при эндометриальной гиперплазии противоречивы. Так, Watanabe K. (1995) не выявил активности ароматазы в нормальном и гиперплазированном эндометрии, в том числе и при атипичной гиперплазии, в то время как Tarkowski R. с соавт. (2000) и Bulun S. (1997) сообщают об экспрессии мРНК ароматазы при эндометриальной гиперплазии [2, 5, 6]. Активность ароматазы в гиперплазированном эндометрии коррелировала с экспрессией трансформирующего фактора роста

альфа, и около 40 % образцов с эндометриальной гиперплазией были иммунопозитивны по обоим маркерам [7]. Кроме того, выявлена активность ароматазы в миоматозных узлах, которая оказалась выше, чем в миометрии [8].

В настоящее время в литературе интенсивно обсуждается значимость эстрогенных метаболитов в развитии предрака и рака эндометрия. В этой связи, акцентируются вопросы, связанные с активностью ферментов метаболизма эстрогенов в эндометрии. Исследования, проведенные Hukkanen H. (1995) и Bao H. (2002), показали, что ферменты семейства цитохрома P450, такие как CYP1B1, определяют в основном 4-эстрогенгидроксилазную активность в эндометрии, а CYP 1A1, CYP 1A2 и CYP3-2-эстрогенгидроксилазную активность [9, 10]. Обнаружено, что активность КОМТ в эндометрии и миометрии стимулируется прогестероном [11]. Данных об активности КОМТ, 2/4-эстрогенгидроксилаз и ГТ в гиперплазированном эндометрии в литературе нет.

Высокая встречаемость гиперпластических процессов в сочетании с миомой матки диктует необходимость изучения патогенетических аспектов этой сочетанной патологии. Сочетание типичной гиперплазии эндометрия с миомой матки выявлено в 18-73 %, а атипичной гиперплазии — в 38 % случаев по отношению ко всем больным с гиперплазией эндометрия [12, 13, 14, 15, 16, 17]. Таким образом, большинство гиперпластических процессов эндометрия сочетаются с миомой матки. Сведения об уровне половых гормонов у данной категории больных крайне немногочисленны и требуют детализации с учетом гистологических находок в эндометрии [16]. Другие патогенетиче-



ские аспекты данной сочетанной патологии практически не изучены, что и определило цель настоящего исследования.

Целью работы явился анализ активности ферментов метаболизма эстрогенов в эндометрии во взаимосвязи с клинико-морфологическими параметрами и уровнем половых гормонов у больных с гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки для формирования современной схемы метаболизма эстрогенов у этой категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 57 больных с типичной гиперплазией и 12 больных с атипичной гиперплазией эндометрия. Контрольная группа была представлена 26 пациентками, у которых при гистологическом исследовании патологии эндометрия не было выявлено. Диагностика варианта эндометриальной гиперплазии выполнена в соответствии с классификацией, предложенной в 1994 г. Международным обществом гинекологов-патологов и ВОЗ, основанной на структурных и цитологических изменениях эндометрия [18]. Средний возраст больных с типичной гиперплазией эндометрия составил $48,1 \pm 1,9$ лет, с атипичной гиперплазией — $48,6 \pm 2,8$, в контрольной группе — $47 \pm 1,8$ лет. Во всех группах были оценены возраст, состояние менструальной и репродуктивной функции, подсчитывался индекс массы тела. В зависимости от наличия или отсутствия миомы матки, пациентки были распределены на подгруппы: у 8 пациенток с атипичной гиперплазией эндометрия выявлена миома матки, у 4 — нет, у 46 больных с типичной гиперплазией эндометрия выявлена миома матки, у 11 пациенток эндометриальная гиперплазия не сочеталась с миомой матки, в контрольной группе с миомой были 19 пациенток, без миомы — 7. Диагноз миомы матки был подтвержден при ультразвуковом исследовании и при морфологическом исследовании удаленных маток.

Для определения гормонального варианта эндометриальной гиперплазии в сыворотке крови пациенток были исследованы уровни эстрадиола, прогестерона и глобулина, связывающего половые стероиды («Immunotech»). Рассчитывался индекс свободных эстрогенов. Предварительно гомогенизированные в жидком азоте образцы эндометрия, миометрия и удаленных миоматозных узлов использовались для определения активности ферментов метаболизма эстрогенов. Активность ароматазы оценивалась по образованию тяжелой воды из меченого тритием в

1в-положении андростендиона [19]. Счет радиоактивности производили на тритиевом канале жидкостного сцинтилляционного счетчика. Суммарную 2/4-эстрогенгидроксилазную активность оценивали по методу C.N. Theron с соавт. [20], а активность КОМТ — радиометрическим методом [21]. Активность ГТ оценивали спектрофотометрически по образованию хромогенных конъюгатов глутатиона с 1-хлоро-2,4-динитробензолом (ХДНБ) [22].

При статистической обработке полученных результатов, для оценки достоверности различий между группами, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни и односторонний точный критерий Фишера. Для каждого исследованного параметра рассчитывали: М — выборочное среднее, m — стандартная ошибка среднего, Р — уровень значимости различий. Различия считались статистически значимыми при $P < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средние значения активности ферментов метаболизма эстрогенов в эндометрии у больных с типичной и атипичной гиперплазией эндометрия, а так же в контрольной группе представлены в таблице 1. Из этих данных видно, что активность ароматазы и эстрогенгидроксилаз у больных с типичной и атипичной гиперплазией эндометрия была значительно выше, по сравнению с контрольной группой. Обращает на себя внимание, что активность трансфераз у пациенток без патологии эндометрия, наоборот, была достаточно высокой, по сравнению с больными с эндометриальной гиперплазией. ГТ активность в эндометрии у больных с атипичной гиперплазией была досто-

Таблица 1
Активность ферментов метаболизма эстрогенов у больных с различными вариантами эндометриальной гиперплазии (М ± m)

Ферменты	Клинические группы		
	Без патологии эндометрия	Типичная гиперплазия эндометрия	Атипичная гиперплазия эндометрия
Ароматаза (фмоль андростендиона/мг белка в час)	$6,52 \pm 1,77^*$	$19,35 \pm 3,0$	$16,95 \pm 4,0$
2-4-эстрогенгидроксилазная активность (пмоль метоксиэстрогенов/мг белка в час)	$16,8 \pm 8,1^*$	$94,6 \pm 32,8$	$64,35 \pm 25,0$
КОМТ (нмоль гваякола/мг белка в час)	$177,5 \pm 40,0$	$175,7 \pm 29,1$	$155,4 \pm 45,0$
ГТ (мкмоль ХДНБ-SG/мг белка в минуту)	$141,9 \pm 30,0$	$156,2 \pm 30,2$	$90,4 \pm 9,1^{**}$

Примечание: * — достоверность различий по сравнению с группами с типичной и атипичной гиперплазией эндометрия; ** — достоверность различий по сравнению с группой с типичной гиперплазией эндометрия.



верно ниже, по сравнению с больными с типичной гиперплазией эндометрия.

Сочетание типичной гиперплазии эндометрия с миомой матки по отношению ко всем выявленным больным с типичной гиперплазией выявлено в 80,6 %, что несколько выше данных литературы. Активность ферментов метаболизма эстрогенов в эндометрии у больных с типичной гиперплазией эндометрия на фоне миомы и без миомы матки представлена в таблице 2. Активность всех ферментов в группе больных с гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки была выше, чем в группе без миомы матки. Для ароматазы, эстрогенгидроксилаз и ГТ различия между группами были статистически достоверны. Данные по активности ферментов метаболизма в группе больных с атипичной гиперплазией эндо-

Анализ гормональных вариантов эндометриальной гиперплазии выявил, что в группе, где типичная гиперплазия эндометрия не сочеталась с миомой матки, в 49 % случаев гормональных изменений не выявлено, в 33 % выявлен гиперэстрогенный вариант и в 18 % – гипопрогестерононовый. В группе с миомой матки гормональных нарушений не выявлено только в 15 % случаев ($P < 0,05$). Доминировал гиперэстрогенный вариант (44 %), гипопрогестерононовый вариант выявлен в 15 % случаев, а гипоэстрогенный – в 26 % ($P < 0,05$). Таким образом, гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой матки представляет собой более сложный вариант патологии эндометрия с широким спектром гормональных нарушений.

Для объяснения выявленных различий в активности ферментов метаболизма эстрогенов и гормональном статусе был проведен анализ состояния менструальной функции в группах больных с гиперплазией эндометрия с миомой и без миомы матки, который выявил определенные различия между группами. Так, в группе с миомой матки 57 % больных находились в перименопаузе, 32 % – в репродуктивном периоде и 11 % – в постменопаузе. Тогда как в группе без миомы матки преобладали пациентки репродуктивного возраста (45 %), и только 36 % были в перименопаузе, а 19 % – в постменопаузе. Таким образом, выявленные изменения в активности ферментов в определенной степени могут быть обусловлены особенностями гормонального статуса женщины в перименопаузе, поскольку поступившие с кровью эстрогены так же метаболизируют в эндометрии с участием эстрогенгидроксилаз, КОМТ и ГТ.

Таблица 2
Активность ферментов метаболизма эстрогенов у больных с типичной гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой и без миомы матки ($M \pm m$)

Ферменты	Клинические группы		p
	Гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой	Гиперплазия эндометрия без миомы	
Ароматаза (фмоль андростендиона/мг белка в час)	21,5 $\pm$ 3,9	6,0 $\pm$ 1,3	0,022
2-4-эстрогенгидроксилазная активность (пмоль метоксистероенов/мг белка в час)	90,8 $\pm$ 35,1	16,4 $\pm$ 4,8	0,043
КОМТ (нмоль гваякола/мг белка в час)	209,5 $\pm$ 67,0	130,7 $\pm$ 29,1	0,145
ГТ (мкмоль ХДНБ-SG/мг белка в минуту)	178,9 $\pm$ 30,0	44,2 $\pm$ 12,2	0,039

Примечание: Р – уровень значимости различий. метрия в сочетании и без миомы матки не представлены, вследствие небольшого количества исследований.

Далее была изучена активность ароматазы в миометрии и миоматозных узлах у больных с типичной гиперплазией эндометрия и у пациенток без патологии эндометрия (табл. 3). Аналогичные данные по группе больных с атипичной гиперплазией эндометрия не представлены, вследствие небольшого количества исследований. Из представленных данных видно, что активность ароматазы в эндометрии, миометрии и миоматозных узлах у больных с гиперплазией эндометрия была значительно выше, чем у пациенток без патологии эндометрия.

Таблица 3
Активность ароматазы в эндометрии, миометрии и миоматозных узлах у пациенток без патологии эндометрия и с типичной гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки ($M \pm m$)

Фермент	Клинические группы		P
	Без патологии эндометрия	Типичная гиперплазия эндометрия	
Ароматаза в эндометрии (фмоль андростендиона/мг белка в час)	6,52 $\pm$ 1,77	19,35 $\pm$ 3,00	0,022
Ароматаза в миометрии (фмоль андростендиона/мг белка в час)	10,78 $\pm$ 3,07	27,80 $\pm$ 4,81	0,040
Ароматаза в миоматозных узлах (фмоль андростендиона/мг белка в час)	16,53 $\pm$ 5,00	29,70 $\pm$ 2,09	0,048

Примечание: Р – уровень значимости различий.



Анализ собственных данных по активности ферментов метаболизма в эндометрии, активности ароматазы в миометрии и миоматозных узлах, данных по гормональному статусу и некоторых клинических параметров, позволил представить схему метаболизма эстрогенов у больных с гиперпластическими процессами эндометрия, сочетающимися с миомой матки (схема). У этих больных, как правило, имеется 4 эстрогенных источника:

- функционирующие яичники, вырабатывающие повышенное количество эстрадиола, на что указывает высокая встречаемость гиперэстрогенного варианта эндометриальной гиперплазии;
- активный синтез эстрогенов происходит в миометрии и миоматозных узлах, где выявлена высокая активность ароматазы;
- эстрогены синтезируются достаточно активно в самом гиперплазированном эндометрии при участии ароматазы.

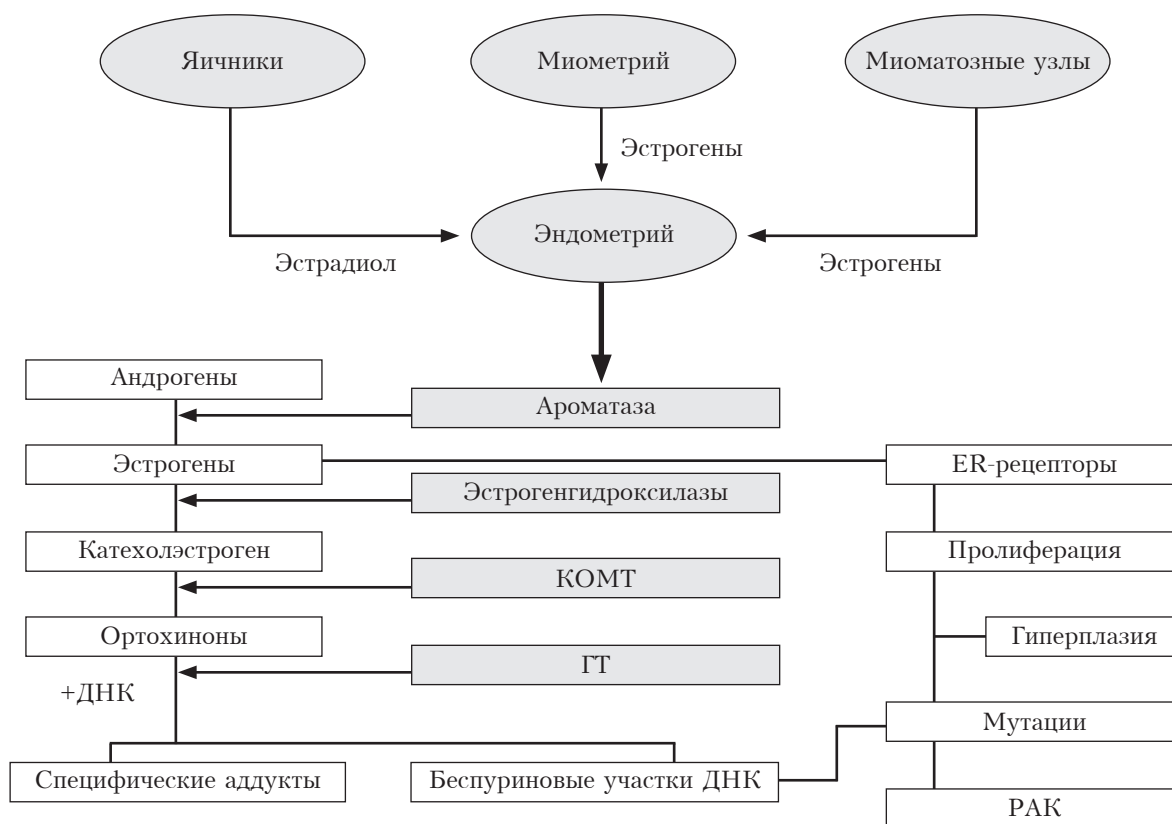
Эстрогены и их гидроксилированные метаболиты стимулируют гипертрофию миометрия, рост миоматозных узлов и избыточную пролиферацию эндометрия. Часть эстрогенов и их метаболитов далее метаболизируют в эндометрии с участием трансфераз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У 57 больных с типичной и 12 больных с атипичной гиперплазией эндометрия изучена активность ферментов метаболизма эстрогенов (ароматазы, эстрогенгидроксилаз, катехол-О-метилтрансферазы и глутатионтрансферазы) в эндометрии, а так же активность ароматазы в миометрии и миоматозных узлах, в тех случаях, когда гиперплазия сочеталась с миомой матки. У больных с типичной и атипичной гиперплазией эндометрия выявлена высокая активность ароматазы и эстрогенгидроксилаз в эндометрии,

Рис. 1.

Схема метаболизма эстрогенов у больных с гиперпластическими процессами эндометрия, сочетающимися с миомой матки.



Примечание: КОМТ — катехол-О-метилтрансфераза, ГТ — глутатионтрансфераза, ER-рецепторы — рецепторы к эстрогенам.



по сравнению с пациентками без патологии эндометрия. У больных с типичной гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки, по сравнению с группой без миомы, выявлена высокая активность всех ферментов метаболизма. Анализ клинических параметров, данных гормонального статуса, данных по активности ферментов метаболизма в эндометрии, активности ароматазы в миометрии и миоматозных узлах позволил высказать предположение, что гиперплазия эндометрия, сочетающаяся с миомой матки, является самостоятельным сложным вариантом эндометриальной гиперплазии с широким спектром гормональных нарушений и с определенными особенностями метаболизма эстрогенов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Онкогинекология: Руков. для врачей /Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой и М.К. Михайлова. – М., 2000. – 384 с.
2. Tarkowski R., Skrzypczak M., Winiarczyk S. et al. //Ginekol. Pol. – 2000. – N 71(3). – P. 130-135.
3. Zhu B., Conney A. //Carcinogenesis. – 1998. – N 19(1). – P. 1-27.
4. Cavalieri E.L., E.C.Rogan, D.Chakravarti //Cell. Mol. Life Sci. – 2002. – Vol. 59. – P. 665-681.
5. Bulun S., Noble L., Takayama K. et al. //J. Steroid Biochem. Biol. – 1997. – N 61(3-6). – P. 133-139.
6. Watanabe K., Sasano H., Harada N. et al. //Am. J. Pharmacol. – 1995. – N 146(2). – P. 491-500.
7. Sasaki, H. //Nippon Sanka. – 1993. – N 45(9). – P. 763-765.
8. Sumitani H., Shozu M., Segawa T. et al. //Endocrinology. – 2000. – N 141(10). – P. 3852-3861.
9. Bao H., Vepakomma M., Sarkar M. //J. Steroid Biochem. Mol. Biol. – 2002. – N 81(1). – P. 37-45.
10. Hukkanen J., Mantyla M., Kangas L. et al. //Pharmacol. Toxicol. – 1998. – N 82(2). – P. 93-97.
11. Kennedy, J.A. //Naunyn Schmiedebergs Arch. Pharm. – 1986. – Vol. 333, N 4. – P. 368-376.
12. Бодюевич И.В., Голубенко М.Ю., Краснова Ж.А. //Вест. морской мед. – 2002. – № 2(10). – С. 33-27.
13. Вихляева, Е.М. //Вопр. онкол. – 2001. – Т. 47, № 2. – С. 200-204.
14. Кулова Ф.Т., Торчинов А.М., Умаханова М.М. //Актуальные вопросы практической медицины: Сб. н. тр. – Томск, 2000. – С. 294-304.
15. Мамедбекова, Р.Б. Клинико-морфологические особенности простой и пролиферирующей миомы матки /Р.Б. Мамедбекова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
16. Савицкий, Г.А. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии) /Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. – СПб, 2000. – 237 с.
17. Studzinski Z., Filipczak A., Braniska D. //Ginekol. Pol. – 2000. – N 71(3). – P. 123-129.
18. Scully, R.E. Uterine corpus /Scully R.E., Bonfiglio T.A., Kurman B.J. /In: Histological classification of female genital tract tumors-WHO. – New York, 1994. – P. 13-31.
19. Ларионов, А.А. Конверсия андростендиона в опухолевой и экстрагонадных тканях, и ее связь с гормонально-метаболическими факторами у больных раком молочной железы /А.А. Ларионов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1997.
20. C.N. Theron, V.A. Russel, J.J. Taljard //J. Steroid Biochem. – 1986. – Vol. 25, N 4. – P. 585-591.
21. G. Zurcher, M. Da Prada //J. of Neurochemistry. – 1982. – Vol. 38, N 1. – P. 191-195.
22. Ланкин В.З., Тахазе А.К., Ковальская А.Л. //Док. АН СССР. – 1981. – Т. 261, № 6. – С. 1467-1470.



ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ЖЕНЩИНЫ

В настоящее время проблема заболеваний шейки матки остается одной из самых важных в гинекологии. Несмотря на многочисленные успехи в диагностике и лечении, они продолжают составлять значительный удельный вес в структуре общей гинекологической заболеваемости [1].

Актуальность проблемы обусловлена не только высокой частотой и разнообразием патологии шейки матки, но и риском развития предраковых заболеваний и рака шейки матки, который продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре онкологической патологии у женщин. Ежегодная заболеваемость раком шейки матки в России составляет 15,1 на 100 тыс. женщин [2]. Доказано, что предрак, а в последующем и рак шейки матки формируются на фоне доброкачественных (неопухолевых) нарушений многослойного плоского эпителия.

Реальной профилактикой этих грозных заболеваний является ранняя диагностика и своевременное лечение доброкачественной патологии шейки матки. Вместе с тем, все еще отсутствуют научно разработанные радикальные методы лечения [3]. О недостаточной эффективности существующих методов лечения свидетельствует высокая частота рецидивов заболеваний шейки матки — от 23,1 до 40 % [3, 4].

В структуре фоновых процессов шейки матки ведущее место занимают псевдоэрозии. Несмотря на то, что в диагностике и лечении данной патологии достигнут значительный прогресс, эта проблема окончательно не решена до настоящего времени. По данным В.Н. Прилепской, Е.Б. Рудаковой, А.В. Кононова (2002), частота псевдоэрозий составляет 38,8 %. При наличии гинекологических заболеваний этот процент повышается до 49,2 %, а у нерожавших женщин до 25 лет — до 52,2-90 %.

Физиохирургические методы, являющиеся основными в лечении патологии шейки матки, нередко дают осложнения, одними из наиболее частых из которых являются острые и обострение хронических воспалительных процессов половых органов, длительное течение репаративных процессов, рецидивы. Частота осложнений после физиохирургических методов лечения, по данным литературы, составляет от 2,1 % до 24,4 % [5]. При этом выздоровление наступает лишь у 93-97 % [3]. Нарушение репаративной регенерации,

регистрируемое при этом, определяется сохранением хронического воспалительного процесса в ткани шейки матки.

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности лечения псевдоэрозии шейки матки, снижение частоты осложнений физиохирургических методов лечения путем назначения патогенетически обоснованной терапии с местным использованием комплекса аутологических эндогенных цитокинов.

МЕТОДИКА

Проведено клинко-статистическое обследование 300 больных с псевдоэрозией шейки матки в возрасте от 16 до 44 лет. Длительность заболевания составила, в среднем, $1,8 \pm 0,4$ года. Всем больным проведено комплексное обследование, включающее гинекологическое исследование по общепринятой методике, бактериоскопическое, бактериологическое исследование, выявление генитальной инфекции с помощью иммунологических и молекулярно-биологических методов, цитологическое исследование соскоба из цервикального канала и поверхности псевдоэрозии, расширенную кольпоскопию, ультразвуковое исследование, гистологическое исследование биоптата шейки матки.

С целью выявления основных патогенетических механизмов развития псевдоэрозии в различные периоды жизни женщины в зависимости от возраста все больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 177 молодых нерожавших женщин в возрасте от 15 до 25 лет, что составило 59 %, во вторую — 73 женщины (24,3 %) в возрасте от 26 до 35 лет, в третью — 50 женщин (14,7 %) в возрасте от 36 до 44 лет. Контрольную группу составили 60 женщин без патологии шейки матки.

На основании полученных данных о роли воспаления при развитии псевдоэрозии шейки матки, а также недостаточной эффективности в ряде случаев общепринятой терапии, сформирована рабочая гипотеза, на основании которой в комплекс лечения псевдоэрозии шейки матки включен комплекс аутологических эндогенных цитокинов (КАЭЦ), полученных при стимуляции мононуклеарных клеток пациенток рекомбинантным интерлейкином-2. Его местное использование обладает выраженным противовоспалительным эффектом и стимулирующим действием на процессы регенерации тканей.



Для оценки эффективности использования КАЭЦ были выделены 4 группы больных. В 1-ю группу вошли 30 нерожавших женщин с псевдоэрозией шейки матки в возрасте до 25 лет, которым КАЭЦ назначали в течение 10-15 дней ежедневно в виде вагинальных тампонов с длительностью аппликации 3-4 часа. Вторую группу составили 30 больных после ДЭЭ по поводу псевдоэрозии шейки матки с сопутствующей рубцовой деформацией и гипертрофией, которым КАЭЦ назначали в послеоперационном периоде в том же режиме. Третью группу (контрольную к первой) составили 30 нерожавших больных до 25 лет с псевдоэрозией шейки матки, которым назначались тампоны с дистиллированной водой, четвертую (контрольную ко 2-й) — 30 больных с псевдоэрозией, рубцовой деформацией и гипертрофией шейки матки, которым после ДЭЭ шейку матки обрабатывали только 5 % раствором перманганата калия в течение 7 дней.

Эффективность лечения оценивали по жалобам больной и данным комплексного обследования, включающего осмотр шейки матки при помощи зеркал, кольпоскопию, цитологическое исследование.

Больным 1-й и 3-й групп кольпоскопию проводили на 5-й, 10-й дни лечения, через 1, 3, 6, 9, 12, 18, 34, 30 месяцев после лечения. Цитологическое исследование — в те же сроки, начиная через месяц после лечения.

Больным 2-й и 4-й групп кольпоскопию проводили через день в течение первых двух недель, затем — каждые 5 дней до полного заживления, после чего через месяц, затем каждые 3 месяца в течение первого года и через 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года после операции.

Первое контрольное цитологическое исследование проводили после полного заживления, затем через месяц и в последующем одновременно с кольпоскопическим исследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст больных с псевдоэрозией шейки матки составил $24,8 \pm 2,7$ года, что не отличалось от контроля — $22,6 \pm 2,5$ лет. Состояли в браке 35,4 % больных, тогда как в контрольной группе — 44 %. «Сексуальный дебют» до 18 лет отмечали 55,8 % пациенток, 30,4 % сменили от 4-х до 12-ти половых партнеров. Эти данные достоверно отличались от контроля ($p < 0,01$), где только 18,3 % обследованных начали половую жизнь до 18 лет и 4 % сменили от 4-х до 12-ти половых партнеров.

При исследовании менструального цикла выявлено, что средний возраст менархе составил $12,1 \pm 1,1$ лет, при этом позднее менархе наблюдалось у 9,4 % больных. В группе контроля средний возраст менархе был больше, но достоверно не отли-

чался от контроля — $13,4 \pm 0,6$, тогда как позднее менархе было лишь у 3 % ($p < 0,01$). Длительность менструального цикла составила, в среднем, $29 \pm 3,4$ дня. В группе контроля менструальный цикл по длительности был достоверно короче — $26,2 \pm 0,5$ ($p < 0,01$). Дисфункциональные маточные кровотечения отмечались у 34,2 % женщин основной группы, дисменорея — у 19,2 %, аменорея — у 2 %, гипоменструальный синдром — у 1,7 %. Дисфункциональные маточные кровотечения выявлены только у 1 % женщин контрольной группы, дисменорея — у 2 %, аменореи и гипоменструального синдрома не было.

Барьерную контрацепцию использовали женщины основной и контрольной групп примерно с одинаковой частотой, соответственно 59,6 % и 55 %. Частота бесплодия в основной группе была в несколько раз выше — 19,7 %, тогда как в контроле — 4 %.

Анализ репродуктивной функции показал, что не имели беременностей больные с псевдоэрозией шейки матки реже, чем здоровые женщины, соответственно, 45 % и 54 %. При этом абортom заканчивалась беременность у больных основной группы в несколько раз чаще и количество абортов было значительно больше. Так, в основной группе от 1 до 12 абортов имели 29,6 % женщин, в контрольной — от 1 до 4 абортов имели 9 % женщин. Самопроизвольные выкидыши также были чаще у пациенток основной группы — 3,8 % (в контроле — 1 %). Роды от 1 до 3 в основной группе отмечены у 17 % больных, в контроле — 1-2 родов у 13 %.

Гинекологический анамнез был отягощен хроническим сальпингоофоритом у больных основной группы в 74,5 % случаев, тогда как в контроле — только у 23 %. Так же значительна разница в частоте заболеваний, передающихся половым путем — 72,2 % в основной группе и 12 % в контрольной.

Рецидив псевдоэрозии или неполное заживление после проведенного ранее лечения у пациенток основной группы отмечался в 43,4 % случаев. Диатермоэлектроэксцизия использовалась у 4 % больных, обработка ваготилом — у 1 %, жировые тампоны применялись у 12 %, криодеструкция — у 23 %, диатермоэлектрокоагуляция — у 37 %. В контрольной группе пациентки ранее не имели патологии шейки матки.

Таким образом, выявлены следующие факторы риска псевдоэрозии шейки матки: возраст женщины до 25 лет, раннее начало половой жизни, отсутствие постоянного полового партнера, нарушения менструальной функции, наличие абортов в анамнезе, хронический сальпингоофорит, бесплодие.

При обследовании локализация псевдоэрозии на задней губе отмечена у 10 % больных, на передней — у 55 %, вокруг наружного зева — у



35 %. Кольпоскопически в 56,7 % случаев регистрировались доброкачественные изменения — цилиндрический эпителий, зона трансформации на различных стадиях развития. У остальных пациенток основной группы выявлены аномальные кольпоскопические картины: ацетобелый эпителий, мозаика, пунктуация, йоднегативные зоны, атипичные сосуды, экзофитные кондиломы, лейкоплакия. Признаки вагинита выявлены у 83 % обследованных больных.

При исследовании состояния микробиотоза влагалища и шейки матки кандидоз выявлен у 41,2 % обследованных пациенток основной группы, трихомониаз — у 38,9 %, хламидиоз — у 36,5 %, уреаплазмоз — у 30,2 %, бактериальный вагиноз — у 28,9 %, ПВИ — у 16,2 %, ВПГ-2 — у 7,8 %, сочетание от 2 до 5 инфекционных агентов — у 92 %.

При исследовании гормонального фона у каждой третьей больной выявлена атрезия фолликула и достоверное снижение эстрадиола в I-ю и II-ю фазы цикла, по сравнению с группой контроля.

По результатам цитологического исследования цитограмма воспаления отмечалась у каждой третьей больной, пролиферация цилиндрического эпителия — у 21,2 %, дисплазия легкой степени — у 0,3 %, дисплазия средней степени — у 0,1 %.

При анализе клинико-диагностических данных в возрастном аспекте получено, что в группе нерожавших больных до 25 лет III-IV ст. чистоты влагалищных мазков наблюдается в 91,8 % случаев, заболевания, передающиеся половым путем — в 95,6 %, из них хламидии и вирусы — в 42,4 %, банальная микрофлора выявляется в 34,7 %, нарушения менструальной функции — в 19,7 %.

В группе женщин от 26 до 35 лет признаки инфекции нижнего отдела генитального тракта наблюдались в 79,1 % случаев, рубцовая деформация после родов, аборта — в 29,7 %, нарушение баланса половых гормонов — в 20,5 %, рецидив наблюдался в 2/3 случаев.

В группе пациенток от 36 до 45 лет нарушение баланса половых гормонов выявлено у 82 % обследованных, признаки инфицирования нижнего отдела полового тракта — у 21 %, рубцовая деформация шейки — у 32 %.

Полученные данные позволили выделить основные причины развития псевдоэрозии у женщин разных возрастных групп, что позволило провести лечение псевдоэрозии шейки матки с учетом основных патогенетических механизмов ее развития.

На основании полученных данных о роли воспаления в развитии псевдоэрозии и неэффективности в ряде случаев общепринятой терапии, в комплекс терапии псевдоэрозии шейки матки включали комплекс аутологичных эндогенных

цитокинов (КАЭЦ), полученных при стимуляции мононуклеарных клеток, выделенных у пациентки, интерлейкином-2. КАЭЦ обладает выраженным противовоспалительным и стимулирующим репаративные процессы действием.

В 1-й группе заживление псевдоэрозии произошло у 5 больных через 5 дней, у 16 — через 15-16 дней, через 1,5-2 месяца — у 28 больных. Полное заживление отсутствовало только у 2-х больных, хотя и у них отмечалось наличие доброкачественной зоны трансформации. В 3-й группе ни в одном случае полного заживления псевдоэрозии не отмечалось.

Отторжение струпа во 2-й группе происходило на $6,8 \pm 0,5$ сутки, в 4 группе — на $9,4 \pm 0,8$ сутки. Краевая эпителизация и заживление, соответственно, во 2-й группе на $5,9 \pm 0,4$ и $4,2 \pm 0,6$ сутки, а в 4-й группе — на $10,5 \pm 0,8$ и $7,1 \pm 0,8$ сутки. По всем приведенным показателям эффективности лечения выявлены достоверные различия основных и контрольных групп ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что в микробном пейзаже влагалища и шейки матки преобладают инфекции, передающиеся половым путем, причем, как правило, в виде микробных ассоциаций. Для гормонального фона больных с псевдоэрозией шейки матки до 25 лет характерна относительная гиперэстрогения, после 35 лет — абсолютная. У каждой третьей больной с псевдоэрозией после 35 лет отмечается рубцовая деформация шейки матки, способствующая поддержанию воспалительного процесса.

Предложенный способ лечения псевдоэрозии шейки матки, с включением в комплекс терапии КАЭЦ, является патогенетически оправданным, высокоэффективным и перспективным, позволяет ускорить процесс заживления и снизить частоту ранних и поздних осложнений после диатермоэлектроексцизии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Прилепская, В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы /Прилепская В.Н., Царева Н.В., Кондриков Н.И. — М., 2003. — С. 120-132.
2. Новикова, Е.Г. //Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. — М., 2003. — С. 151-157.
3. Патология влагалища и шейки матки /Под ред. В.И. Краснопольского. — М., 1997. — 271 с.
4. Рудакова, Е.Б. Псевдоэрозии шейки матки /Е.Б. Рудакова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Омск, 1996.
5. Заболевания шейки матки (клинические лекции) /Под ред. В.Н. Прилепской. — М., 1997. — 87 с.



ВЛАСОВА В.В., ЕФРЕМОВ С.Д.
УЗ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ – АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов. Больные с данной патологией составляют один из основных контингентов хирургических отделений гинекологических стационаров. Несмотря на последние достижения медикаментозной, в основном, гормональной терапии, хирургический метод лечения остается ведущим.

Альтернативным хирургическому методу лечения миомы матки может стать рентгеноэндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА), сущность которой заключается в окклюзии маточных артерий эмболизирующими материалами, которая приводит к прекращению кровотока в миоматозных узлах и наступлению ишемического некроза опухоли.

Технический успех катетеризации колеблется от 84 до 100 %, клинический успех до 90 % (полное исчезновение либо выраженное снижение клинических симптомов) [1]. По данным компьютерной томографии и ультразвукового исследования, среднее снижение объема матки в сроки до 6 месяцев составляет 40-45 %, а к году наблюдений – на 60-70 % [2]. Узлы диаметром менее 5 см могут полностью исчезать либо становиться неразличимыми при УЗИ. Необходимо четко представлять, что клинический эффект при ЭМА наступает не сразу после проведения операции, а в различные сроки в течение года.

Первое сообщение о ЭМА сделано в 1979 г. J. Oliver и соавторами, которые с успехом применяли этот метод в urgentных ситуациях для остановки послеродовых и послеоперационных кровотечений. Французский хирург – гинеколог Jacques Ravina в начале 90-х годов применил ЭМА в качестве планового предоперационного вмешательства, направленного на уменьшение кровопотери при гистерэктомии или консервативной миомэктомии. К 2002 г. в мире выполнено более 100000 ЭМА.

Кроме общеклинических обследований, необходимых для проведения оперативного вмешательства, всем больным перед ЭМА определяли состояние свертывающей и фибринолитической системы крови с целью выяснения особенностей гемостаза для решения двуединой задачи: во-первых, предотвращение тромбообразования на инструментах и катетерах, находящихся в сосудистой системе и беспрепятственная эмболизация зоны интереса – сосудов фиброидов; во-вторых,

коррекция системы свертывания в раннем послеоперационном периоде для профилактики тромбоэтических осложнений.

Всем пациенткам проводили магнитно-резонансную томографию (для выяснения особенностей анатомии и кровоснабжения фиброидов) и ультразвуковое обследование органов малого таза на аппарате «Honda HS-2000», с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. На первом этапе осуществляли ультразвуковое сканирование, во время которого детализировали топографию, количество и структуру миоматозных узлов. На втором этапе выполняли цветное доплеровское картирование и доплерографию на многофункциональном ультразвуковом аппарате «HAWK 2102 EXL». Проводился анализ доплерометрических кривых скоростей кровотока в маточных артериях до эмболизации и на пятые сутки послеоперационного периода.

Гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала с гистологическим исследованием соскобов выполнялась всем пациенткам для исключения патологических процессов в эндометрии.

Заключительным этапом, позволяющим оценить особенности кровоснабжения матки, являлась двухсторонняя селективная и суперселективная ангиография сосудов бассейна внутренней подвздошной артерии, выполняемая до и после эмболизации на передвижной рентгенодиагностической хирургической установке РТС-612.

Показаниями к эмболизации маточных артерий при миоме матки являются [2, 3, 4]:

- одиночные и множественные узлы размером от 14 до 26 недель (в среднем, 20 недель);
- миома матки и меноррагии, приводящие к хронической железодефицитной анемии;
- миома матки с интрамуральным, перешеечным или центрипетальным ростом миоматозных узлов;
- неэффективность гормонального (агонисты гонадолиберина) или хирургического (миомэктомия) видов лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста;
- категорический отказ от оперативного лечения;
- наличие противопоказаний к операции, наркозу;
- предварительный этап перед консервативной миомэктомией;



- дополняющая операция (в сочетании с гистерорезектоскопией) при множественной миоме матки с подслизистым расположением узла.

Противопоказаниями к эмболизации маточных артерий являются:

- противопоказания к ангиографии: тяжелые анафилактические реакции на рентгенконтрастные препараты; некорректируемые коагулопатии; тяжелая почечная недостаточность;

- беременность;

- гинекологическая онкология;

- воспалительные заболевания органов малого таза;

- предшествующая лучевая терапия органов малого таза;

- заболевания соединительной ткани.

Пациентки должны быть хорошо информированы о преимуществах, недостатках и возможных осложнениях эмболизации. Гинекологу необходимо обсудить различные методы лечения, включая медикаментозное, миомэктомию, гистерэктомию, а также особенности течения патологических процессов в миометрии при отсутствии какого-либо лечения миомы матки.

Эмболизация маточных артерий выполнена нами у четырех женщин репродуктивного возраста (от 25 до 31 года) с абсолютными показаниями к оперативному лечению, но категорически отказавшихся от него из-за желания сохранить менструальную и детородную функции.

Все оперативные вмешательства проведены в плановом порядке в первую фазу менструального цикла. Показаниями к эмболизации маточных артерий у данных пациенток была интрамуральная миома матки, соответствующая 8-14 неделям беременности, сочетающаяся с меноррагиями, приводящими к хронической железодефицитной анемии, и с болевым синдромом. Размеры доминантного интрамурального миоматозного узла составляли от 52 до 85 мм.

После премедикации, под местной анестезией, проводили пункцию, катетеризацию и установку интродьюсера в правую общую бедренную артерию по стандартной методике Сельдингера. Катетер перемещали в контрлатеральную внутреннюю подвздошную артерию, затем в левую маточную артерию. При ипсилатеральной катетеризации в аорте формировали петлю Волтмана, после чего катетер низводили в правую внутреннюю подвздошную артерию и устанавливали в правую маточную артерию. При селективной катетеризации маточных артерий использовали катетеры типа Roberts Uterine Catheter. В качестве эмболизирующего вещества применяли синтетический материал поливинилалкоголь — PVA «COOK» с размером микрочастиц от 500 до 700 микрон.

Проведение ангиографии перед эмболизацией маточных артерий позволило у всех больных выявить характерную для миомы матки картину

перифиброидного сплетения, состоящего из аркуатных и радиальных артерий, огибающих миоматозный узел, и отдающих концевую капиллярную сеть внутрь данного новообразования.

В трех случаях нам удалось выполнить двухстороннюю эмболизацию маточных артерий, у одной пациентки, вследствие анатомических особенностей деления внутренней подвздошной артерии, проведена односторонняя эмболизация миомозависимой правой маточной артерии.

Критериями завершенности эмболизации маточных артерий являются следующие ангиографические признаки [2]:

- значительное замедление кровотока по маточной артерии либо ее окклюзия и отсутствие сосудов перифиброидного сплетения;

- накопление контрастного вещества в проекции миоматозного узла;

- ретроградный выброс контрастного вещества из маточной артерии.

Продолжительность операции колебалась от 1 до 2 часов. Все больные перенесли процедуру удовлетворительно. В процессе проведения эмболизации маточных артерий отмечались незначительные болевые ощущения в нижних отделах живота, особенно в момент введения эмболизирующего вещества во вторую маточную артерию.

В течение первых суток пациентки находились в реанимационном отделении, в дальнейшем лечение проводилось в гинекологическом стационаре. В раннем послеоперационном периоде у всех больных отмечено развитие постэмболизационного синдрома, который проявлялся болями различной интенсивности в нижних отделах живота, температурой, тошнотой и дизурией [2].

С учетом клинических данных, проводилась десенсибилизирующая, антибактериальная (с использованием антибиотиков широкого спектра действия в сочетании метронидазолом) и симптоматическая терапия (с применением наркотических анальгетиков (промедол), нестероидных противовоспалительных препаратов). Не было зарегистрировано ни одного осложнения.

Течение постэмболизационного периода можно разделить на три стадии [2]:

- ранний (1-7 дней) — стадия острой ишемии и инфаркта миоматозных узлов;

- поздний (7-30 дней) — стадия хронической ишемии эндометрия, некроза и деструкции миоматозных узлов;

- отдаленный (1-12 месяцев) — стадия восстановления микроциркуляции в миометрии и формирования фиброза или миолизиса в миоматозных узлах.

Мы считаем, что особенности течения постэмболизационного синдрома требуют стационарного наблюдения в течение первых 5-7 дней. После выписки мы рекомендуем контрольное обследование через 3, 6, 9, 12 месяцев, заключающееся в кли-



ническом обследовании, гинекологическом осмотре, ультразвуком исследование органов малого таза с доплеровским исследованием сосудистого кровотока.

В настоящий момент литература охватывает данные о более чем 100000 вмешательствах. При этом упоминается четыре летальных исхода, связанных с эндоваскулярной операцией. В двух случаях причиной летального исхода явились инфекционные осложнения, в двух — массивная ТЭЛА. Эти величины в 30 раз ниже уровня смертности после гистерэктомии, выполненной по поводу миомы матки, которая составляет 1 на 1600 операций (P. Wingo et al., W. Walker et al.).

Возможными осложнениями, описанными в литературе, могут быть: у 1,8-9 % женщин перименопаузального возраста развитие стойкой менопаузы; у 1 % пациенток может возникнуть необходимость в гистерэктомии, что связано с развитием воспалительного процесса [1, 5]. Среди других осложнений описываются отторжение частей миомы, особенно подслизистого расположения [6].

К преимуществам метода эмболизации маточных артерий относятся [4]: малая травматичность; сокращение сроков пребывания в стационаре; возможность повторных вмешательств; хорошая субъективная переносимость лечения; отсутствие необходимости проведения общего обезболивания.

Среди недостатков эмболизации маточных артерий следует перечислить: относительно высокую стоимость лечения; наличие рентгенохирургической службы и ее тесного контакта с гинекологической службой; наличие лучевой нагрузки.

Исследования, опубликованные до настоящего времени, показывают, что симптомы, связанные с миомой матки, исчезают или значительно уменьшаются в 80-90 % случаев. За довольно длительный период наблюдения в нескольких ведущих клиниках было доказано, что успешно пролеченная миома, с объективным подтверждением наличия инфаркта, не возобновлялась. При этом эмболизация воздействует сразу на все имеющиеся миоматозные узлы, независимо от их размера. Некоторые пациентки смогли успешно выносить беременность [2, 7, 8].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что ЭМА является полноценной малоинвазивной альтернативой хирургическому лечению миомы матки, позволяющей женщинам

сохранить менструальную и репродуктивную функции. Являясь высокоэффективным и безопасным методом, ЭМА имеет перспективу в ближайшее время стать методом выбора у больных с данной патологией.

На современном этапе хирургическое лечение миомы матки, особенно у женщин детородного возраста, должно проводиться в объеме реконструктивно-пластических операций, с использованием современных научных достижений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Arterial embolization to treat uterine myomata /Ravina J.H., Herbreteau D., Ciraru-Vigneron N. et al. //Lancet. — 1995. — N 346. — P. 671-672.
2. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки /Бреусенко В.Г., Капранов С.А., Краснова И.А. и др. //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М., 2004. — С. 63-64.
3. Мурватов, К.Д. Дополняющие операции в гинекологии: резектоскопия с лапароскопической ассистенцией и эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки /Мурватов К.Д., Обельчак И.С., Мышенкова С.А. //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М., 2004. — С. 68-69.
4. Результаты лечения больных миомой матки путем эмболизации маточных артерий /Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Кондрашин С.А. и др. //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М., 2004. — С. 71-72.
5. The impact of uterine artery embolization (UAE) on resumption of menses and ovarian function (abstract 8). 2000 Annual Meeting of the Society of Cardiovascular and Interventional Radiology /Chrisman H.B., Smith S., Nemcek A.A. et al. //J. Vasc. Interv. Radiol. — 2000. — N 11. — P. 172.
6. Transcervical expulsion of a result of a fibroid as result of uterine artery embolization (UAE) for leiomyomata /Abbara S., Spies J.B., Scialli A.R. et al. //J. Vasc. Interv. Radiol. — 1999. — N 10. — P. 409-411.
7. Прогноз эффективности применения эмболизации маточных артерий в лечении миомы матки /Гурьева В.А., Карпенко А.А., Борисова О.Г. и др. //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М., 2004. — С. 64-65.
8. Эффективность применения рентгенэндоваскулярной эмболизации маточных артерий в лечении больных с миомой матки /Обельчак И.С., Мышенкова С.А., Мурватов К.Д. и др. //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М., 2004. — С. 70-71.



ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

В течение многих лет патологические изменения эндометрия остаются одной из актуальных проблем в гинекологии, как с точки зрения диагностики, так и лечения. Проведение ультразвукографического исследования является актуальным в оценке эффективности различных видов лечения патологических процессов эндометрия.

До сих пор нет единой точки зрения на варианты хирургического либо консервативного лечения гиперпластических процессов эндометрия. В последнее время, благодаря развитию эндоскопической хирургии, широкое распространение в гинекологической практике получил метод электрохирургической абляции эндометрия.

Понятие «абляция» объединяет несколько методик (электрокоагуляцию, электрорезекцию, электровaporизацию, излучение Nd: YAG лазером), и подразумевает любой вид деструкции эндометрия с полным уничтожением его базального слоя и подлежащего миометрия на глубину 3-4 мм [1, 2].

Данная малоинвазивная эндоскопическая операция является принципиально новым органосохраняющим видом лечения гиперпластических процессов. Трансцервикальная деструкция слизистой оболочки полости матки позволяет значительно снизить частоту радикальных оперативных вмешательств и, следовательно, избежать осложнений, связанных с чревосечением, длительным наркозом, обеспечив тем самым благоприятное течение послеоперационного периода [1, 2].

Важным и недостаточно изученным является вопрос об оценке эффективности абляции эндометрия в различные сроки послеоперационного периода.

Определяющим в данной ситуации, несомненно, является морфологическое исследование слизистой оболочки полости матки. Однако необходимо учитывать, что гистероскопия является инвазивной процедурой, проведение которой целесообразно через 6 месяцев после операции, кроме того, наличие внутриматочных синехий не всегда позволяет отчетливо визуализировать стенки полости матки.

В связи с этим, особую практическую значимость в определении эффективности электрохирургического лечения гиперпластических процессов эндометрия приобретает ультразвуковой мониторинг.

Целью работы явилась оценка течения раннего послеоперационного периода после электро-

хирургической абляции эндометрия с помощью динамического эхографического наблюдения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены результаты динамического ультразвукового наблюдения за 10 больными, которым была проведена электрохирургическая абляция (электрорезекция и коагуляция) эндометрия. Показаниями для данного вида лечения явились: неэффективность гормонотерапии при рецидивирующей железистой гиперплазии (5 человек или 50 %) и железистом полипозе эндометрия (3 больных или 30 %), у 2-х пациенток (20 %) — атипичная гиперплазия эндометрия. У 3-х пациенток (30 %) отмечалось сочетание рецидивирующих гиперпластических процессов с диффузно-узловой формой миомы матки (с интерстициальным и субсерозно-интерстициальным типом роста узлов), у одной (10 %) — с аденомиозом, у 5 женщин (50 %) были выявлены диффузные изменения миометрия, у одной женщины (10 %) миометрий был неизменен.

Обследуемые пациентки находились в возрасте 39-58 лет (в среднем, $49,5 \pm 1,4$ лет). Из них, 5 женщин были пременопаузального возраста, двое — репродуктивного, трое — постменопаузального возраста. Средняя продолжительность постменопаузы составила $5,6 \pm 1,2$ лет.

Основными жалобами больных при поступлении являлись нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи, менометроррагия (у 7 женщин репродуктивного и пременопаузального возраста) и наличие кровянистых выделений на фоне постменопаузы (у 3-х пациенток).

Из анамнеза выявлено, что средний возраст наступления менархе составил $13 \pm 1,5$ лет. Репродуктивная функция была реализована всеми женщинами. Среднее количество беременностей составило 4,6, родов — 1,9, абORTов — 2,8, одна пациентка в анамнезе неоднократно имела внематочную беременность и была прооперирована по этому поводу. Среди генитальной патологии превалировало наличие хронического аднексита — 4 пациентки, у одной женщины в анамнезе имелся хронический эндометрит, по этому поводу проводилось лечение и на момент поступления в стационар данной патологии не выявлено.

Всем пациенткам ранее проводилось раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала по два (8 женщин) или 3 раза (2 женщины), с последующим гисто-



логическим исследованием полученного содержимого. Результатом морфологии были железистая гиперплазия и полипоз эндометрия.

Сопутствующую экстрагенитальную патологию составили изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Отягощения наследственности по онкопатологии не выявлено.

С целью лечения гиперпластических процессов эндометрия 7 пациенток (70 %) получали гормональную терапию: 17-ОПК, бусерелин, норколут, ригевидон. Продолжительность гормонального лечения составила от 3-х до 6 месяцев.

Перед аблацией эндометрия все больные прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. В том числе, всем пациенткам были проведены гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала с биопсией полученного материала.

Электрохирургическая аблация (электрорезекция и коагуляция) эндометрия осуществлялась при помощи гистерорезектоскопа «Olympus». Операцию проводили по общепринятой методике, начинали с обработки дна, области трубных углов, затем переходили на заднюю стенку, боковые и переднюю стенку матки. Для этих целей использовались электропетля и шариковый электрод. Средой для расширения полости матки являлся 5 % раствор глюкозы (8-10 литров). Для учета баланса жидкости использовался эндомат.

Ультразвуковое обследование органов малого таза проводилось на аппарате Logic-5 с использованием полостного датчика с частотой 7,5 мГц и конвексного датчика частотой 3-3,5-4 мГц в режиме серошкального сканирования (В-режим). Оценивались размеры матки, положение, ее контуры; структура миометрия; толщина стенок миометрия; толщина, контуры, эхоструктура срединного маточного эха (М-эхо); состояние яичников; шейки матки; позадиматочного пространства.

Ультразвуковой контроль эффективности электрохирургической аблации эндометрия проводился на 1-е, 3-и, 4-е, 7-е, 12-е и 30-е сутки после операции. При этом оценивались общие размеры матки, толщина стенок, состояние полости матки, эндометрия, четкость границ между эндометрием и миометрием, наличие жидкости в малом тазу, состояние яичников и шейки матки.

В послеоперационном периоде, с целью профилактики осложнений, всем пациенткам назначались антибиотики широкого спектра действий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

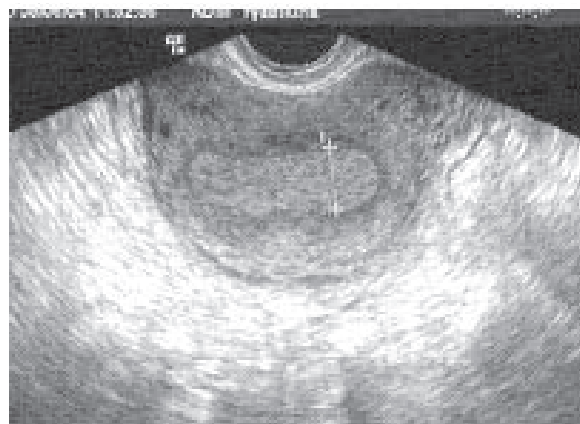
На момент поступления миома матки была выявлена у 3-х человек (30 %): у одной пациентки репродуктивного возраста и у 2-х женщин пре-

менопаузального периода. Размеры матки при этом соответствовали 6-8 неделям беременности. У одной женщины имелись эхоскопические косвенные признаки аденомоза, при морфологическом исследовании содержимого полости матки внутренний эндометриоз тела матки не выявлен. У 5 пациенток отмечались диффузные изменения миометрия, у одной — миометрий неизменен.

Оценка состояния слизистой оболочки тела матки у пациенток с доброкачественной железистой гиперплазией эндометрия и его атипической трансформацией существенных различий в ультразвуковой картине М-эхо не выявила (рис. 1). Среднее значение его составило $12,8 \pm 2,3$ мм. При этом у женщин постменопаузального возраста толщина эндометрия составила 7- 9 мм. Контуры М-эхо были преимущественно ровными, четкими, однородная структура отмечалась в половине случаев, мелкие анэхогенные включения — у 2-х женщин. Эхогенность эндометрия была повышена в 100 % случаев.

Рис. 1.

Гиперплазированный эндометрий у больной с железистой гиперплазией эндометрия.



При полипозе в полости матки на анэхогенном фоне имелись отчетливо отграниченные друг от друга, округлой и овальной формы, образования повышенной эхогенности, преимущественно однородной структуры. Со стороны яичников и шейки матки эхоскопически патологии не выявлено.

После проведения электрохирургического лечения, на начальных этапах ультразвукового наблюдения (1-6 сутки) размеры матки были несколько увеличены, они превышали исходные на 3-6 см, как у женщин, имеющих миому матки, так и у остальных обследуемых.

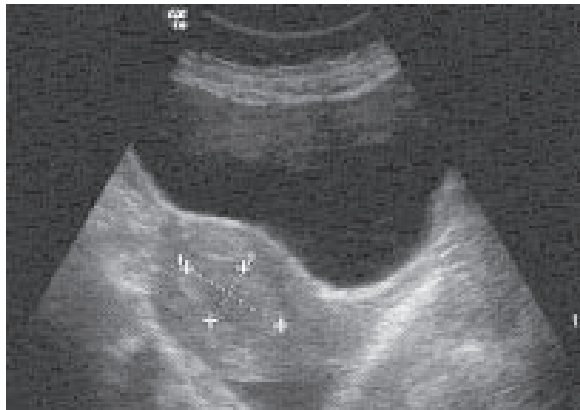
Отмечалось также наличие свободной жидкости в заднем своде (рис. 2). У большинства больных (60 %), среди которых были женщины репродуктивного и перименопаузального периода, свободная жидкость в позадиматочном пространстве исчезла на 7-е сутки после операции, а у 4-х пациенток (трое постменопаузального возраста,



одна пременопаузального), имеющих в анамнезе хронические воспалительные процессы в малом тазу — только на 12-е сутки. Данное обстоятельство косвенно свидетельствует о том, что более старший возраст, наличие воспалительных заболеваний в анамнезе, спаечный процесс могут способствовать задержке жидкости в малом тазу и, возможно, развитию осложнений.

Рис. 2.

6-е сутки после абляции эндометрия. Наличие свободной жидкости в заднем своде, утолщение эндометрия. Стрелками показано М-эхо.

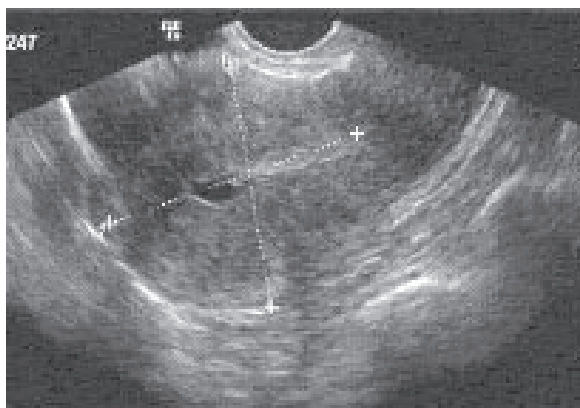


Толщина М-эхо в первые 6 суток послеоперационного периода составляла, в среднем, до 8 мм, границы между эндометрием и миометрием оставались нечеткими, сохранялась некоторая неоднородность М-эхо, а также неравномерность толщины стенок матки (разница составляла 4-9 мм). Практически у всех пациенток в первые сутки после операции отмечалось наличие гипоэхогенного ободка толщиной 2-3 мм по периферии полости матки, вероятнее всего, данная область соответствовала зоне коагуляционного некроза.

У 4-х женщин (40 %) в первые трое суток отмечалось расширение полости матки до 5-10 мм с неоднородным эхогенным содержимым.

Рис. 3.

3-и сутки после абляции. Расширенная полость матки с эхогенным содержимым. Стрелками указаны длина и переднезадний размер тела матки.

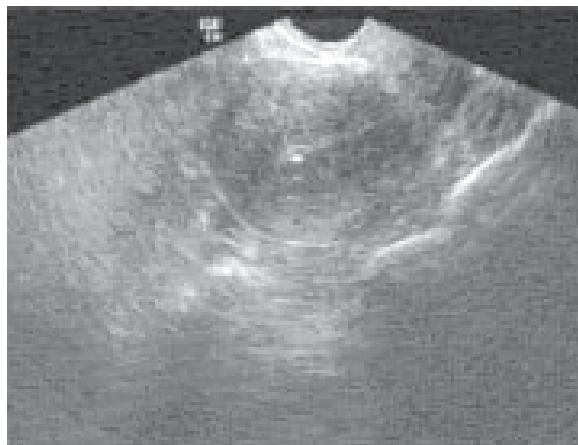


Для улучшения отторжения оставшихся сгустков и жидкости этим больным проводилось бужирование цервикального канала. При отсутствии признаков расширения полости матки, наличии однородного М-эхо, бужирование не выполнялось.

С 7-х суток отмечалось уменьшение размеров матки, они соответствовали исходным. Граница между эндометрием и миометрием становилась более отчетливой, что свидетельствовало об уменьшении отека тканей. Срединное М-эхо выглядело однородным, более эхогенным, толщиной, в среднем, до 4 мм (рис. 4).

Рис. 4.

7-е сутки после абляции. Эндометрий эхогенный, толщиной 4 мм, границы между М-эхо и миометрием четкие. Стрелками показано М-эхо.

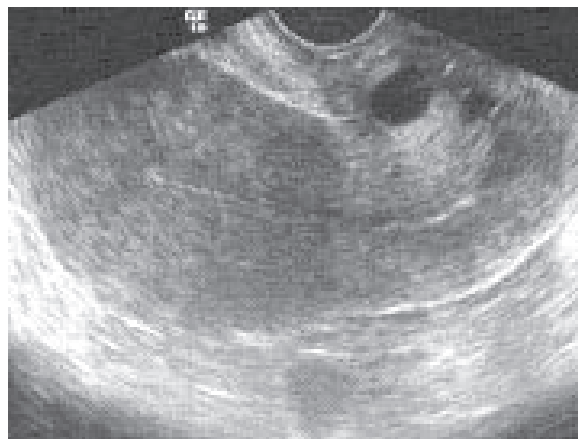


Исчезновение кровянистых и сукровичных выделений из половых путей, дискомфорта внизу живота происходило параллельно появлению положительной динамики при эхографическом мониторинге.

На 30-е сутки при УЗИ органов малого таза патологии выявлено не было, эндометрий выглядел однородным, толщиной 2-4 мм.

Рис. 5.

30-е сутки после абляции. Эндометрий толщиной 2 мм, не изменен.





За период наблюдения структура и размеры яичников у женщин репродуктивного и перименопаузального периодов не изменились, и у 3-х пациенток постменопаузального возраста яичники не визуализировались.

Таким образом, использование трансвагинальной эхографии после абляции в раннем послеоперационном периоде обеспечивает доступную и неинвазивную оценку состояния полости матки, может предотвратить развитие осложнений в более отдаленные сроки и, наряду с клиническими

данными, позволяет оценить эффективность проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Стрижаков, А.Н. Гистерорезектоскопия / Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. – М., 1997.
2. Пронин, С.М. Гистерорезектоскопическая абляция в лечении предрака и начальных стадий рака эндометрия / С.М. Пронин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.





ЕВТУШЕНКО И.Д., РЫБНИКОВ С.В.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

У 80,5 % больных, которым выполнена сальпинготомия и сальпингорафия, маточная труба оказалась проходимой, у 10 % проходимость трубы была затруднена, у 9,5 % пациенток труба была непроходимой. У 52,9 % женщин, которым сальпинготомическое отверстие не ушивали, маточная труба проходима, у 32,4 % пациенток проходимость трубы нарушена, у 14,7 % труба непроходима и у 17,6 % больных сформировался трубно-перитонеальный свищ. Выполнение эндоскопической сальпинготомии с ушиванием дефекта при истмической и ампулярной локализации плодного яйца позволяет улучшить результаты хирургического лечения внематочной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, эндохирургия.

In 75 female patients, to whom salpingotomy and salpingorrhaphy had been performed, tubal patency was found; in 10 % – tubal patency was laboured; in 9,5 % of patients there was an obstruction. In 52,9 % of women, to whom salpingotomic orifice was not sutured, tubal patency was found; in 32,4 % of patients tubal patency was disturbed; in 14,7 % the fallopian tube was obstructed and in 17,6 % of patients tubo-peritoneal fistula formed. Uterine pregnancy rate of salpingotomy and salpingorrhaphy – 34,1 %, of women, to whom salpingotomic orifice was not sutured – 20,6 %. Performance of endoscopic salpingotomy with suture of the defect at isthmal and ampullar location of the fetal ovum helps to increase the efficiency of surgical treatment of the ectopic pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, endosurgery.

Диагностика и лечение внематочной беременности становятся особенно актуальными в настоящее время, когда ухудшаются медико-демографические показатели [1]. В последние 10-20 лет частота этой патологии возросла повсеместно в 2-4 раза [2, 3].

В настоящее время основным методом лечения прогрессирующей трубной беременности является лапароскопия, которая позволяет проводить органосохраняющие операции на маточных трубах [4]. Но, несмотря на совершенствование доступа и техники выполнения реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, использование различных реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде, оперативное вмешательство, как известно, сопровождается высоким риском развития трубно-перитонеального бесплодия, повторной эктопической беременностью и спаечным процессом в полости малого таза [2, 5].

Повышение эффективности реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у женщин с прогрессирующей трубной беременностью является целью настоящего исследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 75 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст 29,1 ±

2,1 лет) с прогрессирующей трубной беременностью. Диагноз внематочной беременности поставлен на основании данных клинической картины заболевания, количественного определения хорионического гонадотропина в плазме крови, трансвагинального УЗИ, а также подтвержден в ходе лапароскопии с последующим гистологическим исследованием элементов удаленного плодного яйца.

Характерными признаками обследуемых больных с прогрессирующей трубной беременностью явились: молодой возраст, наличие бесплодия в анамнезе, связь наступления внематочной беременности с различными факторами, среди которых ведущими являлись инфекция и оперативные вмешательства на органах малого таза. Более чем у половины обследованных женщин в анамнезе было бесплодие, у каждой второй – вторичное. Основной жалобой пациенток с прогрессирующей трубной беременностью при поступлении в стационар являлось нарушение менструального цикла у всех больных, в том числе у 82,7 % – задержка менструации, у 46,7 % – менометроррагия. Боли различного характера и интенсивности в нижних отделах живота отмечены у 81,3 % обследованных женщин. Состояние всех пациенток при поступлении в стационар было удовлетворительным, только у 5 женщин выявлено снижение артериального давления на 10-20 мм рт. ст.



Ранняя диагностика трубной беременности с использованием данных комплексного клинико-лабораторного обследования позволила провести оперативное лечение с помощью хирургической лапароскопии в сроки 3-5 недель гестации всем обследуемым больным. Лапароскопия позволила выявить наличие спаечного процесса в полости малого таза, оценить степень его выраженности. Степень выраженности спаечного процесса составила $2,81 \pm 0,11$ балла. После сальпинголизиса, добившись достаточной и легкой подвижности пораженной маточной трубы, всем больным проведена линейная туботомия и удаление плодного яйца. Туботомию производили путем рассечения стенки маточной трубы игольчатым монополярным электродом с последующим извлечением плодного яйца из трубы. При возникновении кровотечения из ложа плодного яйца или стенки маточной трубы для коагуляции использовали микробиполяр. В 54,7 % случаев произведено ушивание дефекта маточной трубы с интракорпоральным завязыванием узлов (2-4 серозно-мышечных шва, викрил 5-0), в 45,3 % — коагуляция ложа плодного яйца без ушивания дефекта. Для оценки эффективности выполнения линейной туботомии тем или иным вышеуказанным способом и для удобства оценки полученных результатов, женщин, подвергнутых органосохраняющим операциям на маточных трубах, в обеих клинических группах мы случайным образом разделили на две клинические группы — с ушиванием туботомического отверстия (основная группа $n = 41$) и с коагуляцией без ушивания туботомического отверстия (группа сравнения $n = 34$).

При сравнительной характеристике анамнестических данных, возрастного распределения, соматического статуса, факторов, способствовавших возникновению трубной беременности, предшествующих методов лечения, результатов обследований больных, вида и характера оперативного лечения основной группы и группы сравнения, достоверных различий ни по одному из определяемых параметров не выявлено.

В послеоперационном периоде у пациенток обеих клинических групп мы использовали методы экстракорпоральной гемокоррекции, включающие ультрафиолетовое облучение крови, дискретный плазмаферез и реинфузию аутогенной клеточной массы после ее инкубации с антибиотиком и глюкокортикоидом, гидротубации, физиолечение с использованием магнитотлазера [3].

Статистическая обработка результатов проведена с использованием показателей вариационной статистики. Для оценки достоверности различий нами применялся критерий согласия χ^2 -квадрат. При параметрическом распределении был использован t -критерий Стьюдента, при непара-

метрическом распределении — критерий Манна-Уитни для не связанных и критерий Уилкоксона для связанных выборок. При $p < 0,05$ различия между группами рассматривались как статистически достоверные.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Контрольная лапароскопия произведена 57 пациенткам спустя 5-12 месяцев после оперативного лечения. При контрольной лапароскопии суммарная степень выраженности спаечного процесса составила $1,02 \pm 0,3$ балла, что достоверно отличалось от исходной степени выраженности спаек в малом тазе. При визуальной оценке анатомического состояния оперированной маточной трубы, в зависимости от техники оперативного воздействия, были выявлены существенные различия: у всех пациенток целостность маточной трубы была сохранена после сальпинготомии и сальпингографии, в месте разреза трубы образовался соединительнотканый рубец; а у 17,6 % женщин после сальпинготомии с коагуляцией ложа плодного яйца без ушивания дефекта стенки трубы был обнаружен трубно-перитонеальный свищ. В основной группе достигнуто достоверно большее сохранение проходимости оперированной маточной трубы в сравнении с группой, где проведена коагуляция ложа после удаления плодного яйца, и составило 80,5 % и 52,9 %, соответственно. У 10 % женщин в основной группе проходимость трубы была затруднена, у 9,5 % пациенток труба была непроходимой в месте выполнения сальпинготомии. В группе сравнения у 32,4 % пациенток проходимость трубы нарушена, у 14,7 % труба непроходима.

Как известно, основным критерием эффективности реконструктивных вмешательств на маточных трубах является наступление маточной беременности. Характер репродуктивной функции после проведенного хирургического лечения женщин с прогрессирующей трубной беременностью прослеживался в течение 12-24 месяцев.

Наступление беременности у обследованных пациенток наблюдалось в 46,7 % случаев, у 22 женщин (29,3 %) беременность была маточной, у 13 женщин (17,3 %) наступившая беременность была внематочной. Отмечено несколько большее число случаев наступления маточной беременности у женщин с прогрессирующей трубной беременностью, перенесших сальпинготомию и сальпингографию, в сравнении с женщинами, которым при данной патологии выполнена коагуляция ложа без ушивания сальпинготомического отверстия, — 19,5 % и 14,7 %, соответственно.

Наступление маточной беременности после сальпинготомии в группе, где проведена саль-



пингграфия, было достоверно выше в сравнении с группой, где труба не ушивалась, и составило 34,1 % и 20,6 %, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование эндоскопических реконструктивно-пластических операций с ушиванием салпинготомического отверстия швами после удаления плодного яйца позволило значительно уменьшить нарушение проходимости оперированных маточных труб и значительно повысить наступление маточной беременности и, тем самым, позволило улучшить результаты эндоскопического хирургического лечения больных с прогрессирующей трубной беременностью.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери /Бурдули Г.М., Фролова О.Л. – М., 1997. – С. 78-87.
2. Чернецкая, О.С. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности /Чернецкая О.С., Палади Г.А. //Акуш. и гинекол. – 1999. – № 1. – С. 3-4.
3. Monk B.J., Berman M.L., Monk F.L. //Am. Obstet. Gynec. – 1994. – Vol. 170. – P. 1396-1403.
4. Стрижаков, А.Н. Оперативная лапароскопия в гинекологии /Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. – М., 1995.
5. Цраева, И.Б. Восстановление репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью при лечении плазмаферезом и эндоваскулярным лазерным облучением крови /И.Б. Цраева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 1998. – 24 с.





ИВАНОВА Т.В., РАДИОНЧЕНКО А.А., ДЫГАЙ А.М.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

РОЛЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА

Обследовано 70 пациенток с острым сальпингитом. У всех больных выявлено снижение функциональной активности нейтрофилов периферической крови и подавление фагоцитоза. С целью повышения эффективности лечения больных с этой формой сальпингита, в качестве иммуностимулятора, был использован новый препарат природного происхождения – пантогематоген сухой. Он назначался в сочетании с антибактериальными препаратами. После проведенного лечения у всех больных было отмечено повышение функциональной активности нейтрофилов и увеличение способности лейкоцитов к фагоцитозу. Это коррелировало с нормализацией показателей промывных вод влагалища. Полученный положительный эффект позволяет рекомендовать пантогематоген сухой в качестве эффективного средства патогенетической терапии при остром сальпингите.

70 patients with acute salpingitis was observed. There are lowering functional activity by neutrophils in the peripheral blood and impaired phagocytosis at all patients. For increasing effectiveness of treatment was using new natural drug – pantoaematogen siccum. It used with antibacterial drugs. After treatment all patients had increased functional activity by neutrophils and rise leucocytes ability for phagocytosis. Its correlation with normal facts washing liquid from vagina. This is positive effect may recommend pantoaematogen siccum as effective drug in pathogenesis treatment acute salpingitis.

Воспалительные заболевания женских половых органов являются самой частой нозологической группой, с которой приходится сталкиваться врачам-гинекологам. Заболевания органов малого таза воспалительного генеза являются, своего рода, дебютом большинства гинекологических заболеваний, с которыми женщина сталкивается в дальнейшем. Неадекватное лечение, как известно, приводящее к хронизации процесса, формирует основу патологий, которые нарушают уже фертильную функцию женщины и, в ряде случаев, требуют хирургического лечения. Хронически текущий воспалительный процесс в половых органах ответственен за формирование таких патологических процессов, как эндометриоз, миома матки, гиперпластические процессы, бесплодие различного генеза, неопластические заболевания шейки матки, а также функциональные расстройства, нарушающие нормальное протекание беременности [1, 2, 3].

Особенностью современного течения воспалительных процессов органов малого таза является то, что клиническая картина заболевания не зависит от типа возбудителя воспалительного процесса, а в большей степени определяется общим состоянием здоровья пациентки, уровнем иммунитета, количеством реинфекций, преморбидным фоном и характером штаммов при первичной и повторных инфекциях [4, 5]. Вопрос применения иммуномодулирующих средств в терапии острого сальпингита до сих пор остается дискуссионным в отечественной и зарубежной литературе.

Цель исследования – определить показания к включению в традиционную терапию острого сальпингита иммуномодулирующих средств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 120 больных с острым сальпингитом, поступивших в порядке экстренной помощи в возрасте от 18 до 42 лет.

В зависимости от методов лечения, больные были распределены на 3 группы. Группу сравнения составили 30 женщин с острым сальпингитом, получавших традиционное лечение. Основную группу составили 40 женщин, которым проводилась комплексная терапия с включением в традиционную противовоспалительную терапию пантогематогена F. Контрольная группа – 30 клинически здоровых женщин. Больные получали антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, дозированную гипотермию местно.

В проводимую антибактериальную терапию были включены полусинтетические пенициллины (ампициллин по 500 мг внутримышечно каждые 6 часов; суточная доза 2 г, курсовая 10 г); цефалоспорины (цефазолин по 1 г внутривенно капельно в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида, затем по 1 г внутримышечно каждые 8 часов; суточная доза 3 г, курсовая 21 г); сульфаниламиды (бисептол-480 по 960 мг каждые 12 часов перорально) и метронидазол (по 0,5 г каждые 12 часов перорально; суточная доза 1 г, курсовая 7 г).



В работе использован пантогематоген F, полученный в НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН и представляющий субстанцию крови алтайского марала, взятую при резке пантов, переработанную по технологии низкотемпературного обезвоживания и стерилизации [6]. Препарат назначался в виде микроклизм 0,5 % раствора пантогематогена F. Условия: опорожненные мочевой пузырь и прямая кишка. Микроклизма (20 мл), температура 36–38°C, проводили в один и тот же час в 1-й половине дня, ежедневно, на курс 10 процедур. Раствор готовился за 1 час до процедуры.

Острый сальпингит диагностировали у 78 женщин, сальпингит с явлениями пельвиоперитонита — у 42. Воспалительному процессу сопутствовали: острый эндометрит у 17 больных (14,2 %), кольпит — у 120 (100 %), эндоцервицит — у 94 (78,3 %), эктопия шейки матки — у 63 (52,5 %), первичное бесплодие — у 13 (10,8 %), вторичное — у 26 (21,7 %), субсерозная миома — у 9 (7,5 %).

Срочные роды в анамнезе имели 59 женщин (49,2 %): одни — 51 (42,5 %), двое — 7 (5,8 %), трое — одна женщина (0,8 %). Осложненное течение родов отмечали 35 пациенток (29,2 %): аномалии родовой деятельности — 23 (19,2 %), кровотечение в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде — 7 (5,8 %), ревизия полости матки — 5 (4,2 %), родовой травматизм — 17 (14,2 %). Кесарево сечение было у 23 обследованных (19,2 %). Искусственные аборт в анамнезе имели 64 больных острым сальпингитом (53,3 %), из них у 27 женщин (22,5 %) — больше двух. Осложнения после аборта наблюдали у 39 пациенток (32,5 %). Самопроизвольные выкидыши отмечались в анамнезе у 19 женщин (15,8 %), чаще в ранние сроки, до 8 недель.

Среди больных острым сальпингитом, 74 женщины (61,7 %) жили половой жизнью вне брака, 27 (22,5 %) — с частой сменой полового партнера.

У всех женщин заболевание начиналось остро, с выраженных общих и местных симптомов, развившихся в первые трое суток. Больные связывали возникновение заболевания с менструацией (42 женщины или 35 %), сменой полового партнера (27 или 22,5 %), самопроизвольным или искусственным аборт (31 или 25,8 %), переохлаждением (14 или 11,7 %), внутриматочной контрацепцией (38 или 31,7 %).

Бактериоскопические исследования показали, что III-я степень чистоты влагалищного биотопа имела место у 98 пациенток (81,7 %), IV-я степень — у 22-х (18,3 %). Мазков I-II-й степени чистоты у данной группы пациенток не выявлено. Для определения характера микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам, бактериологическому анализу были подвергнуты посевы выделений из влагалища, цервикального канала

и уретры, экссудата, полученного при пункции заднего свода, и аспирата из брюшной полости, взятого при лапароскопии. Микрофлора выделений из влагалища, цервикального канала и уретры была представлена микроорганизмами, в основном, в чистой культуре: эпидермальный стафилококк (37,1 %), гемолитический стрептококк (7,1 %), кишечная палочка (4,3 %), энтерококк (4,3 %). В ассоциациях выявлена следующая микрофлора: энтерококк и кишечная палочка (4,3 %), трихомонады и кишечная палочка (4,3 %), грамположительные и грамотрицательные кокки (1,4 %). У 48,6 % больных экссудат из брюшной полости носил асептический характер, эпидермальный стафилококк высеян в 14,3 % случаев, энтерококк — в 4,3 %, актиномицеты — в 8,6 %.

Обследуемым проводилось изучение системного и местного иммунитета: количество лейкоцитов, их морфологические формы; фагоцитоз; количество нейтрофилов, экспрессирующих СЗВ-, FCY-рецепторы; уровень иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови и класса А в промывных водах влагалища; Т- и В-лимфоциты; концентрация циркулирующих иммунных комплексов; лизоцим в сыворотке и промывных водах влагалища; цитологический состав промывных вод влагалища. Больным проводили ультразвуковое сканирование органов малого таза. По показаниям, для верификации диагноза, производили лапароскопию. Все полученные данные обработаны методами вариационной статистики и корреляционного анализа.

Для пациенток с острым сальпингитом был характерен лейкоцитоз ($15,11 \pm 0,38$ Г/л при $6,19 \pm 0,48$ Г/л у здоровых женщин, $p < 0,001$), со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения ($1,22 \pm 0,31 \times 10^6$ /л, при $1,99 \times 10^6$ /л у здоровых женщин, $p < 0,001$), повышение количества IgM и IgG ($3,12 \pm 0,68$ г/л и $16,76 \pm 0,27$ г/л, соответственно; у здоровых: $1,24 \pm 0,21$ г/л и $10,40 \pm 0,80$ г/л, $p < 0,001$) и циркулирующих иммунных комплексов ($115,01 \pm 0,3$ о.е. при $47,91 \pm 4,32$ о.е. у здоровых женщин, $p < 0,001$).

Отмечалось подавление фагоцитоза: уменьшение числа нейтрофилов, способных к фагоцитированию (до $15,4 \pm 0,2$ % при $61,5 \pm 1,8$ % в норме, $p < 0,001$), снижением среднего количества микроорганизмов, поглощенных одним активным нейтрофилом ($2,41 \pm 0,11$ при норме $11,54 \pm 1,76$, $p < 0,001$) и незавершенность фагоцитоза ($18,6 \pm 0,1$ %, при $54,4 \pm 1,2$ % у здоровых, $p < 0,001$). Для оценки антиинфекционной резистентности организма определялась поверхностная рецепторная активность нейтрофилов. Обнаружено уменьшение ($p < 0,001$) относительного содержания нейтрофилов, экспрессирующих на мембране рецепторы к FCY-компоненту иммуноглобулина и СЗВ-компоненту комплемента, снижение аффин-



ности этих рецепторов. Зарегистрировано угнетение лизоцимной активности сыворотки ($18,6 \pm 0,01$ % при $43,1 \pm 0,7$ % в норме, $p < 0,001$). Состояние местного иммунитета у больных расценено как напряженное — высокий уровень лизоцима и IgA ($51,0 \pm 0,01$ % и $31,01 \pm 0,42$ г/л, соответственно, у здоровых — $21,8 \pm 0,9$ % и $8,74 \pm 0,08$ г/л, $p < 0,001$), полярное изменение клеточного состава влагалищного смыва: поля зрения представлены слущенными эпителиальными клетками (в норме: эпителий — $1,1 \pm 0,3$ %; лимфоциты — $19,4 \pm 2,1$ %; палочкоядерные нейтрофилы — $6,5 \pm 1,0$ %; сегментоядерные нейтрофилы — $73,9 \pm 3,8$ %; эозинофилы — $1,1 \pm 1,1$ %).

Проведенное исследование функционального состояния системного и местного иммунитета выявило количественную и качественную неполноценность популяции иммунокомпетентных клеток и факторов неспецифической защиты. Поскольку иммунологическая недостаточность при остром сальпингите отражает течение воспалительного процесса в современных условиях, она может быть использована для прогнозирования возможностей защитных сил организма [7]. Преобладание в клеточном составе периферической крови нейтрофилов с пониженным уровнем экспрессии СЗВ- и FCY-рецепторов, угнетение фагоцитоза, снижение количества лизоцима, а также высокие уровни IgA и лизоцима в промывных водах влагалища свидетельствовали об истощении компенсаторных возможностей иммунного гомеостаза.

С началом традиционной терапии, у больных острым сальпингитом отмечалось улучшение самочувствия, уменьшение болевых ощущений, исчезновение симптомов раздражения брюшины, снижение температуры тела. Жалобы на боли внизу живота в процессе традиционной терапии на 7-е сутки предьявляли 14 женщин из 30 (46,7 %), субфебрильная температура сохранялась у 8 пациенток (26,7 %). Проявления болевого синдрома у всех пациенток в группе сравнения исчезли к 10-м суткам лечения. С первых суток терапии у всех больных была зарегистрирована тенденция к снижению общего количества лейкоцитов и абсолютного содержания нейтрофилов в периферической крови. Тем не менее, и на 7-е сутки исследования их содержание превышало соответствующий уровень у здоровых. Сохранившийся в этот период наблюдения нейтрофильный лейкоцитоз был связан, скорее всего, с повышенной лейкопоэтической функцией костного мозга вследствие раздражения токсическими продуктами из очага воспаления [8]. Несмотря на повышение фагоцитоза в процессе традиционной терапии ($p > 0,05$), функция нейтрофилов оставалась сниженной; не было зарегистрировано существенного улучшения показателей экспрессии FCY- и СЗВ-рецепторов ($p > 0,05$) и их аффинности.

Выявленное при поступлении нарушение в соотношении иммунокомпетентных клеток оставалось без значительных изменений в процессе традиционной терапии. К 14-м суткам в периферической крови сохранялась относительная Т-лимфоцитопения ($1,01 \pm 0,21 \times 10^6$ /л при $1,28 \pm 1,01 \times 10^6$ /л в норме, $p > 0,05$) с превалированием супрессии (уровень Т-супрессоров составлял $0,31 \pm 0,48 \times 10^6$ /л, при $0,24 \pm 0,03 \times 10^6$ /л у здоровых женщин, $p > 0,05$), что, вероятно, связано с побочным иммунодепрессивным действием антибиотиков, являющихся основой терапии острого сальпингита. Сохранялось повышение уровня IgM, G, A ($2,72 \pm 0,50$ г/л, $14,71 \pm 0,06$ г/л, $2,81 \pm 0,33$ г/л, соответственно, при показателях в норме: $1,24 \pm 0,21$ г/л, $10,4 \pm 0,80$ г/л, $1,85 \pm 0,14$ г/л, $p > 0,05$). Нарушения в гуморальном звене иммунитета сочетались с повышенным уровнем циркулирующих иммунных комплексов в течение всего курса лечения ($84,11 \pm 0,42$ о.е. при норме $47,91 \pm 4,32$ о.е., $p < 0,001$). Состояние местного иммунитета: на фоне практически полной нормализации уровня лизоцима в смыве из влагалища ($19,8 \pm 0,3$ % при $21,8 \pm 0,9$ % у здоровых, $p > 0,05$) сохранялись сниженное количество IgA ($6,23 \pm 0,19$ г/л, в норме — $8,74 \pm 0,08$ г/л, $p > 0,05$), повышенное количество эпителиальных клеток ($54,0 \pm 3,3$ % при $1,1 \pm 0,3$ % у здоровых, $p < 0,001$).

Таким образом, нормализации показателей иммунитета у больных острым сальпингитом в процессе традиционной терапии не происходит, и сохранявшиеся на протяжении периода наблюдения признаки угнетения рецепторной и фагоцитарной активности нейтрофилов, дисиммуноглобулинемия могли быть основными причинами случаев неполного эффекта от проводимого лечения, осложнений заболевания непосредственно во время лечения и в отдаленные сроки после выписки больных.

К началу комплексной терапии состояние у 40 больных основной группы было удовлетворительным. Боли сохранялись у 32 пациенток (80 %). При использовании пантогематогена F болевой синдром исчез на 2-3-е сутки, отмечено снижение температуры тела до нормы к 5-м суткам, отмечалась положительная динамика гинекологического статуса: нормализация размеров матки к 4-му дню терапии, придатков — к 6-му дню.

Изучение лейкоцитов периферической крови в динамике комплексного лечения с применением пантогематогена F выявило более быструю, чем у лечившихся традиционными методами, нормализацию показателей, которая наступила уже на 4-е сутки от начала терапии. Одновременно происходило увеличение относительного и абсолютного содержания лимфоцитов, уровень которых на 4-е сутки терапии не отличался от такового у



здоровых женщин. Несмотря на то, что при традиционной терапии у больных отмечались аналогичные изменения в количественных показателях нейтрофилов и лимфоцитов, их динамика была более продолжительной во времени.

В процессе комплексной терапии отмечены положительные изменения в состоянии иммунного статуса. На 4-е сутки терапии все показатели фагоцитоза у больных практически не отличались от соответствующих показателей у здоровых ($p > 0,05$). Параллельно восстанавливалось содержание FCY- и C3B-рецепторнесущих нейтрофилов, отмечалось увеличение аффинитета. Нарушение в соотношении иммунокомпетентных клеток было нивелировано уже к 7-му дню комплексной терапии с использованием пантогематогена (Т-лимфоциты до $1,09 \pm 0,01 \times 10^6/\text{л}$ при $1,28 \pm 1,01 \times 10^6/\text{л}$ в норме, $p > 0,05$; В-лимфоциты — $0,41 \pm 0,33 \times 10^6/\text{л}$ при $0,41 \pm 0,04 \times 10^6/\text{л}$ у здоровых, $p > 0,05$). Нормализация клеточных факторов иммунитета позволяет косвенно судить об изменениях в гуморальном звене, что подтверждается исследованиями. Снижение уровня IgA, M, G (до $2,15 \pm 0,16$ г/л; $1,50 \pm 0,14$ г/л; $10,31 \pm 0,74$ г/л, соответственно; эти показатели у здоровых женщин составляют $1,85 \pm 0,14$ г/л; $1,24 \pm 0,21$ г/л; $10,40 \pm 0,80$ г/л, $p > 0,05$) и циркулирующих иммунных комплексов ($41,50 \pm 0,1$ о.е. при норме $47,91 \pm 4,32$ о.е., $p > 0,05$) было отмечено с первых дней терапии и достигло показателей здоровых женщин к окончанию терапии.

Отмечены изменения в состоянии местного иммунитета под действием комплексной терапии. Произошла полная нормализация изученных показателей промывных вод влагалища: уменьшение количества лизоцима (до $21,0 \pm 0,2$ % при $21,8 \pm 0,9$ % у здоровых женщин, $p > 0,05$) коррелировало со снижением содержания IgA (до $9,37 \pm 0,04$ г/л при норме $8,74 \pm 0,08$ г/л, $p > 0,05$). На фоне снижения уровня лизоцима в промывных водах влагалища до нормы, произошло его увеличение в сыворотке крови до показателей здоровых женщин ($p > 0,05$). Эпителиальный слущенный пласт постепенно заместился характерным для промывных вод цитологическим составом (эпителий — $10,1 \pm 1,9$ %; лимфоциты — $24,9 \pm 1,6$ %; моноциты — $3,7 \pm 1,0$ %; палочкоядерные нейтрофилы — $8,4 \pm 1,3$ %; сегментоядерные нейтрофилы — $52,5 \pm 2,4$ %; эозинофилы — $3,4 \pm 0,04$ %; соответствующие показатели в норме: $1,1 \pm 0,3$ %; $19,4 \pm 2,1$ %; 0 %; $6,5 \pm 1,0$ %; $73,9 \pm 3,8$ %; $1,3 \pm 1,1$ %, $p > 0,05$).

Отдаленные результаты изучены у 18 больных группы сравнения (60 %) и у 27 пациенток основной группы (67,5 %). В основной группе отмечалась стойкая ремиссия, рецидивов заболевания не было. У 3-х пациенток группы сравнения произошли рецидивы заболевания в первые три месяца

после лечения. В первые 3 месяца после лечения менструальная функция восстановилась в основной группе у 90 % больных, через 6 месяцев — у 95 %, через 12 месяцев — 92,5 %. В группе сравнения этот показатель составил, соответственно, 53,3 %, 63,3 %, 70 % ($p > 0,05$). В основной группе из 15 женщин, не пользовавшихся контрацепцией, у 10 (66,7 %) наступило 12 беременностей, из них у 8 — в первые 6 месяцев после лечения. У 8 женщин произошли срочные роды, 4 беременности закончились искусственным абортom. В группе сравнения из 13 женщин, не пользовавшихся контрацепцией, у 4-х (30,8 %) было 7 беременностей со следующими исходами: одни срочные роды, два самопроизвольных выкидыша, четыре искусственных аборта. Данные, полученные при изучении отдельных результатов, показали, что у женщин, прошедших курс комплексной терапии с использованием пантогематогена F, реже, чем у пациенток, лечившихся традиционными способами, возникали рецидивы заболевания, хронический сальпингит и бесплодие ($p > 0,05$).

С целью выяснения вопроса о продолжительности иммуностимулирующего эффекта пантогематогена, через 3 месяца после лечения, проведены исследования у 27 пациенток основной группы и у 24-х из группы сравнения. Установлено, что у всех обследованных пациенток (100 %) основной группы изучаемые параметры клеточного и гуморального иммунитета, а также факторы неспецифической защиты оказались в пределах нормы. Оснований для проведения иммунореабилитационных мероприятий у этих пациенток не выявлено. Таким образом, клиническое благополучие у этой категории больных сочеталось со стойкой нормализацией иммунограммы. В группе сравнения сохранялись Т-лимфоцитопения с превалированием супрессии, увеличение IgG на фоне отсутствия статистически достоверного изменения уровней IgA и IgM, снижение фагоцитоза в периферической крови и нарушение клеточного состава на фоне высокого лизоцима в промывных водах влагалища. Это свидетельствует о неблагополучии в иммунном гомеостазе. Известно, что нарушенное соотношение показателей естественной резистентности в период ремиссии воспалительного процесса при видимом клиническом благополучии является одним из ранних показателей формирования патологической реактивности организма и фактором, предрасполагающим к возникновению рецидива заболевания [4].

Полученные данные свидетельствуют о нормализации системного и местного иммунитета у больных острым сальпингитом при включении в схему лечения пантогематогена F. Использование последнего в комплексе терапии сопровождается ранним исчезновением клинических проявлений заболевания. Применение этого препарата для коррекции иммунной недостаточности при острым



сальпингите способствует более быстрому восстановлению количественных и качественных характеристик нейтрофилов, в ранние сроки лечения нормализует основные показатели местного иммунитета. Восстановление характеристик нейтрофилов способствует повышению эффективности их функции в очаге воспаления. Это приводит к более динамичной смене фаз и положительной динамике клинических проявлений заболевания. Неадекватная роль нейтрофилов, отмеченная при проведении традиционного лечения, может приводить к пролонгированию процесса. Пантогематоген F может быть применен в качестве стимулятора иммунной системы в лечении острого сальпингита. Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения острого воспаления придатков матки подтверждает, что использование пантогематогена F позволяет снизить медикаментозную нагрузку на организм, уменьшить количество осложнений и рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аксененко, В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных воспалительными заболеваниями придатков матки /В.А. Аксененко: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001.
2. Опыт применения нового препарата «Пантогематоген сухой F» для лечения больных с хроническим сальпингоофоритом /Е.Ф. Левицкий, И.И. Диамант, О.С. Филиппов, Е.К. Ильина //Вест. Рос. ассоц. акуш.-гинеко. – 1991. – № 1. – С. 104-106.
3. Радионченко, А.А. Морфофункциональные изменения придатков матки при остром воспалении /Радионченко А.А., Тихоновская О.А. //Акуш. и гинекол. – 1991. – № 1. – С. 64-67.
4. Стрижаков, А.Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. – М., 1996. – 256 с.
5. McNeeley S.G. et al.//Am. J. Obst. Gynec. – 1998. – Vol. 74, № 6. – P. 1272-1278.
6. Гольдберг, Е.Д. Новые препараты на основе продуктов пантового мараловодства / Гольдберг Е.Д., Дыгай А.М., Суслов Н.И. //Med. Market. – 1997. – № 3. – С. 5-7.
7. Mann, C.N. Pelvic inflammatory disease /Mann C.N., Smith J.R., Bfrton S.E. //UK. Intern. J. STD and AIDS. – 1996. – № 7. – P. 315-321.
8. Дыгай, А.М. Воспаление и гемопоэз /Дыгай А.М., Клименко Н.А. – Томск, 1992. – 210 с.





ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТИПИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

Обследованы 33 (основная группа) и 40 женщин (контрольная группа) перименопаузального возраста, оперированные по поводу миомы матки с низким расположением узлов. Пациенткам основной группы перед операцией была проведена нормоволемическая гемодилюция с фотомодифицированием крови, а во время операции – возврат крови с ультрафиолетовым облучением данной дозы. В этой группе женщин послеоперационные осложнения были значительно ниже. У них не было длительной лихорадки, острых болей и патологических изменений в анализах крови. Полученные результаты исследований позволили рекомендовать эти методики для снижения риска послеоперационных осложнений после травматичных операций.

Ключевые слова: миома матки, послеоперационный период, послеоперационные осложнения.

Thirty three females (basik group) and fourty females (control group) of perimenopausal age operated on for uterine myoma with low situation of tumour were examined. Befor operation patients of basik group received normovolemic hemodilution with ultra-violet radiation treatment and ultra-violet radiation treatment the dose of autoblood in operation. The postoperative complications was significantly lower in this group. Females of this group had not prolonged fever, a pains and pathological blood test. The investigation results allowed to recommend this methods for reduced a risk of postoperative complications after trauvmatics operations.

Key words: uterine myoma, postoperative period, postoperative complications.

В снижении риска операции, наряду с анестезиологическим пособием, интенсивной инфузионной терапией, совершенствованием техники оперативного вмешательства, исключительная роль отводится предоперационной подготовке. При адекватной предоперационной подготовке послеоперационный процесс протекает более гладко, уменьшается количество осложнений, ускоряется процесс реконвалесценции, сокращаются трудопотери [1]. Степень операционной травмы при абдоминальных гинекологических операциях, как и при любых других хирургических патологиях, зависит от исходного соматического состояния больного, возраста, выраженности патологического процесса и его распространенности. Учитывая, что чаще всего оперативному лечению по поводу опухоли матки подвергаются женщины позднего репродуктивного и перименопаузального периода, которые имеют «стаж» заболевания, сопутствующую патологию, как правило, хроническую анемию, вопрос предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации остается актуальным и предполагает поиск новых путей коррекции постхирургической агрессии.

Нарушение гомеостаза, усугубляющееся после травматичных операций на органах малого таза (при интралигаментарном, перешеечном расположении миоматозных узлов), может принять затяжной характер, если пользоваться только стан-

дартными методиками ведения таких больных. В связи с ограничением доступности препаратов крови, ужесточением показаний к их использованию, возможными осложнениями, поиск новых или усовершенствование старых методов бескровной медицины является актуальным. Нормоволемическую гемодилюцию используют в гинекологии при оперативных вмешательствах. К преимуществам данной методики аутоотрансфузии относятся: возмещение кровопотери свежезаготовленной аутокровью без биохимических изменений и «старения» в результате хранения, отсутствие возможного инфицирования, иммунологических и метаболических изменений, снижения вязкости крови, а также улучшение микроциркуляции, перфузии тканей, уменьшение образования микроагрегантов [2]. Среди эфферентных методов воздействия на организм пациента широко используется озонлазеротерапия. Экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (ЭУФОК) в гинекологии применяется, в основном, при лечении гнойно-септических заболеваний. Согласно литературным данным, отмечено улучшение показателей гемореологии после применения ЭУФОК при хирургической патологии, в то время как аутогемотрансфузия без предварительного облучения крови приводила к ухудшению этих показателей [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение раннего послеоперационного периода при



плановых операциях у женщин с атипичным расположением миоматозных узлов, которые получили периоперационное обеспечение в виде сочетания методики предоперационной нормоволемической гемодилюции с ультрафиолетовым облучением аутокрови.

Заготовка аутокрови производилась за 20-24 часа до операции в количестве 5-7 мл/кг из локтевой вены в стандартный пластиковый контейнер для крови, содержащий гемоконсервант, через аппарат фотомодификации крови «Изоolda», под контролем гемодинамических показателей и общего состояния больного. Гемодилюция осуществлялась кристаллоидными растворами в соотношении 3 мл на каждый 1 мл эксфузированной крови. До операции контейнер с кровью и соответствующими маркировками хранился в холодильнике при температуре 4°C. Возврат аутокрови осуществлялся интраоперационно, после хирургического гемостаза через аппарат «Изоolda».

Оперативное лечение в объеме субтотальной гистерэктомии с использованием данной методики проведено у 33-х пациенток (основная группа). Для сравнения была взята контрольная группа женщин такого же возраста, а именно, перименопаузального, с таким же объемом операции, в количестве 40 человек, которые проведены по общепринятой методике послеоперационного периода. Длительность заболевания лейомиомой матки в обеих группах составила, в среднем, 11 ± 3 года. Индекс массы тела составил $29 \pm 1,2$ кг/м. Из сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, 26 женщин (35,6 %) страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 18 (24,6 %) — гипертонической болезнью, 12 (16,4 %) — заболеваниями мочевыводящих путей, 27 (36,9 %) — хроническим воспалительным процессом матки и придатков. Варикозное расширение вен нижних конечностей выявлено в 21 случае (28,7 %). Операции на матке и придатках перенесли 7 женщин (9,5 %), аппендэктомию — 15 (20,5 %). У подавляющего числа пациенток количество абортот превышало цифру 3. Первичным бесплодием страдали четверо. При поступлении в стационар большинство жаловалось на рост опухоли, нарушение функции соседних органов, боли и чувство тяжести в нижней части живота. Группы больных подобраны с определенными исходными данными: отсутствие тяжелой сердечно-легочной недостаточности, Hb не ниже 95 г/л, НТ не ниже 27 %, а также по анатомической картине заболевания — низкое расположение миоматозных узлов. Оценивались такие показатели, как общее состояние пациентов, наличие осложнений, связанных с операциями, данные клинических анализов.

В основной группе субфебрилитет до 3-4-х суток отмечен у 14 больных (42 %). Болевой синдром не был выражен у 11 женщин. В 2-х случаях на 5-6-е сутки выявлен депрессивный син-

дром, связанный, скорее всего, с проявлениями посткастрационного синдрома.

Температура субфебрильная до 8-х суток наблюдалась у 9 женщин (27 %). Подъема вечерней температуры в пределах 1,5-2,5° не было ни у одной больной этой группы за весь период пребывания в стационаре.

В контрольной группе болевой синдром в области операционной раны и в нижней части живота наблюдался у 25 больных (61 %) и сохранялся до 6-7-х суток, несмотря на введение наркотических обезболивающих средств в первые 3-е суток. Слабость, сниженный аппетит, головокружение отмечены в послеоперационном периоде у 12 пациенток (30 %). У подавляющего числа женщин (29 человек или 70 %) сохранялась гипертермия до 5-6-х суток по типу вечернего подъема в пределах одного градуса, однократный подъем температуры в пределах двух градусов наблюдался у 8 больных (20 %).

Лейкоцитарный индекс интоксикации (в модификации Б.А. Рейса) в первые сутки после операции у всех пациентов составлял, в среднем, 2,4-2,8, а на пятые сутки: в основной группе — 1,9-2,1; во второй — 2,9-3,1. Осложнение в виде инфильтратов малого таза наблюдалось в 5 случаях, культитов — в 15, при этом все осложнения (кроме 3-х случаев культитов в основной группе) отмечены при «обычном» ведении послеоперационного периода. В этой же (контрольной) группе больных с исходной анемией было 8 человек (20 %), в послеоперационном периоде: на 5-е сутки их было 17 (42,5 %), при выписке — 16 (40 %). Среди оперированных женщин этой группы в большинстве наблюдений (22 чел. или 55 %) в анализах крови выявлена токсическая зернистость нейтрофилов в сочетании с гипохромией, пойкило-, анизоцитозом, что свидетельствует о наличии эндогенной интоксикации и воспалительном процессе; возрастает скорость оседания эритроцитов (СОЭ): на 5-е сутки в 2-2,5 раза по сравнению с верхней границей нормы было у 23 больных (57,5 %), на 10-е сутки — у 16 (40 %). В основной группе снижение гемоглобина в пределах 10-13 единиц отмечено всего в 4-х случаях, что составило 12 %. Токсическая зернистость нейтрофилов не выявлена ни у одной пациентки за весь период ранней реабилитации, ускорение СОЭ в 2-2,5 раза наблюдалось у 4-х больных (12,1 %), на 10-е сутки. Лейкоцитоз в основной группе исследуемых больных зарегистрирован на первые сутки только у 4-х (12 %), тогда как в другой группе — у 32-х пациенток (80 %).

Таким образом, активизация предоперационной подготовки пациенток с атипичным расположением миоматозных узлов, а так же воздействие эфферентных методов, способствует более благоприятному течению раннего послеоперационного периода, о чем свидетельствует снижение числа



осложнений, укорочение лихорадочного периода вплоть до его полного исчезновения, улучшение картины крови, психологический настрой и эмоциональная стабильность.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Хирургическая операция: расстройство гомеостаза, предоперационная подготовка, послеоперационный период: Уч. пособ. /Под ред. И.Я. Макшанова. – Мн., 2002. – С. 43-44.
2. Клиническая трансфузиология в акушерстве, гинекологии и неонатологии /Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. – М., 2001. – С. 14-15.
3. Влияние аутоотрансфузии УФ-облученной крови на некоторые показатели гомеостаза хирургических больных /Дуткевич И.Г., Головин Г.В., Марченко А.В. и др. //Вестн. хир. – 1987. – № 1. – С. 59-65.





КЛИНЫШКОВА Т.В.
Омская государственная медицинская академия,
г. Омск

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Обследовано 30 больных с эндометриозом и 14 фертильных женщин. При поверхностном эндометриозе активация синтеза ФНОб наблюдалась в два раза чаще, чем при распространенном. Аналогичная тенденция отмечалась для ИФНг и ИЛ-4. Наши данные свидетельствуют о значимости локальных факторов ПЖ при минимальной степени эндометриоза и подтверждают роль цитокинов в развитии и прогрессировании эндометриоза.

Ключевые слова: эндометриоз-ассоциированное бесплодие, перитонеальная жидкость, цитокины.

Peritoneal fluid samples were obtained from 30 patients with endometriosis and 14 patients of control group. Patients with minimal endometriosis had increased TNF α , IL-4, IFN γ levels compared patients with cystic ovarian endometriosis. Recent studies suggest important role of the cytokine in development and progression of endometriosis.

Kew words: endometriosis-associated infertility, peritoneal fluid, cytokine.

Эндометриоз, именуемый загадкой века, остается одной из основных нерешенных научных и клинических проблем. Суть заболевания в современном понимании заключается в наличии и росте ткани (желез и стромы), идентичной эндометрию, в нетипичном месте [1]. Генитальный эндометриоз является одной из причин бесплодия, занимая третье место в структуре женского бесплодия после трубно-перитонеального и эндокринного бесплодия. Продолжается обсуждение роли иммунных механизмов в патогенезе эндометриоза [2, 3, 4]. Считается, что выживанию и имплантации жизнеспособных фрагментов эндометрия в перитонеальной полости способствуют, в первую очередь, нарушения локального иммунного ответа [5]. Несмотря на активное изучение содержания различных цитокинов в перитонеальной жидкости, единого мнения об особенностях цитокинового профиля в перитонеальной жидкости женщин с перитонеальным эндометриозом не существует [6, 7, 8, 9].

Задача исследования заключалась в проведении сравнительного анализа содержания ряда цитокинов в перитонеальной жидкости женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием.

Материалом для исследования служила перитонеальная жидкость 44 женщин. Средний возраст больных с эндометриозом составил $27,7 \pm 0,8$ лет. Длительность бесплодия на момент обследования составила $3,5 \pm 0,3$ лет. Первичное бесплодие являлось доминирующим (73,9 %). У 30 женщин, страдающих бесплодием, при проведении лапароскопии был установлен перитонеальный эндометриоз различной степени тяжести по классификации R-AFS [5]: у 19 из них — эндометриоз I-II степени, у 11 — эндометриоз III-

IV степени. Трубно-перитонеальный фактор был исключен. Контрольную группу составили 14 здоровых фертильных женщин, поступивших для проведения хирургической стерилизации.

Забор перитонеальной жидкости производился во время лапароскопии в фолликулярную фазу менструального цикла. Цитокины оценивали в надосадочной фракции, полученной при центрифугировании перитонеальной жидкости, методом твердофазного ИФА с использованием стандартных реагентов для количественного определения ФНО α , ИФН γ и ИЛ-4, в соответствии с рекомендациями производителей. Фенотипирование выделенных лимфоцитов выполняли с помощью моноклональных антител к CD4, CD8, CD16, CD20, CD25, с использованием люминесцентного микроскопа по стандартной методике. Объем аспирированной перитонеальной жидкости варьировал от 1 до 15 мл, составив, в среднем, $8,1 \pm 0,7$ мл, преимущественно геморрагического характера различной интенсивности. Образцы перитонеальной жидкости в количестве менее 5 мл, с низкой концентрацией клеток и большим количеством эритроцитов, исключались из исследования оценки клеточного состава лимфоцитов.

Количественное определение лейкоцитов с фенотипированием лимфоцитов в перитонеальной жидкости у больных эндометриозом выявило достоверное повышение уровня лейкоцитов, с тенденцией к увеличению числа CD4 (Т-хелперов), CD16 (NK-клеток) и CD20 (В-лимфоцитов), без выраженного дисбаланса иммунорегуляторных субпопуляций (табл. 1).

При анализе вариабельности уровня цитокинов целесообразным явилось разделение больных на две подгруппы. Критерием разделения выбрана верхняя граница статистически допустимой



нормы в группе контроля для ФНО α (42,1 пг/мл), ИФН γ (168,6 пг/мл) и ИЛ-4 (17,7 пг/мл). Первую подгруппу составили пациентки со значениями цитокинов, не превышающими границу нормы, с первым типом иммунного реагирования, вторую — с превышающими норму значениями, со вторым типом иммунного реагирования.

Таблица 1
Содержание иммунокомпетентных клеток в перитонеальной жидкости больных с бесплодием и фертильных женщин (М $\pm$ m)

Показатель	Контроль	Эндометриоз
Кол-во лейкоцитов $\times 10^9$ /л	0,96 $\pm$ 0,23	1,79 $\pm$ 0,44*
CD4	13,8 $\pm$ 3,69	18,3 $\pm$ 6,22
CD8	31,2 $\pm$ 5,56	29,3 $\pm$ 9,65
CD16	5,3 $\pm$ 2,51	8,5 $\pm$ 3,82
CD20	1,3 $\pm$ 0,41	3,2 $\pm$ 1,34
ИРИ	0,48 $\pm$ 0,14	0,67 $\pm$ 0,27

Примечание: * — достоверность различий при $p < 0,05$.

Концентрация ФНО α в перитонеальной жидкости у больных с эндометриозом составила 83,0 $\pm$ 35,8 пг/мл против 24,0 $\pm$ 5,21 пг/мл в контрольной группе (табл. 2). При эндометриоз-ассоциированном бесплодии первый тип иммунного реагирования наблюдался в 70,6 % случаев со средними значениями ФНО α 12,8 $\pm$ 4,1 пг/мл, второй тип — в 29,4 % с уровнем 251,7 $\pm$ 88,5 пг/мл, что в 10,5 раз выше средних значений этого цитокина в контрольной группе. Полученные результаты согласуются с литературными данными в отношении повышения уровня ФНО α при эндометриозе [6, 9]. Среди больных с I-II степенью эндометриоза второй тип отмечался в 36,4 % случаев, при III-IV степени эндометриоза — в 16,7 % случаев. Это свидетельствует о более частом повышении уровня ФНО α при I-II степени эндометриоза или об отсутствии позитивной корреляции между уровнем ФНО α и степенью выраженности эндометриоза, обнаруженной некоторыми авторами [7, 9]. Подтверждена позитивная корреляция со степенью эндометриоза для ИЛ-6, но не ФНО α и ИЛ-1 [8]. Наши данные не противоречат позиции P. Koninckx и соавт. [2] относительно регуляции поверхностного эндометриоза факторами перитонеальной жидкости, а инфильтративного эндометриоза и кист яичника — факторами крови и яичниковыми факторами. По нашим данным, при эндометриозе III-IV степени активация синтеза ФНО α отмечалась в два раза реже, чем при I-II степени.

При эндометриозе концентрация ИЛ-4 в перитонеальной жидкости составила 29,4 $\pm$ 12,7 пг/мл против 9,5 $\pm$ 2,3 пг/мл в контрольной группе. При эндометриоз-ассоциированном бесплодии в

первой подгруппе концентрация ИЛ-4 составила 5,5 $\pm$ 1,7 пг/мл в 66,7 % случаев, во второй подгруппе — 77,2 $\pm$ 31,9 пг/мл в 33,3 % случаев, что в 8,1 раза выше средних значений этого цитокина в контрольной группе. Во второй подгруппе отмечался исключительно эндометриоз I-й степени.

Концентрация ИФН γ в перитонеальной жидкости у больных с эндометриозом составила 197,5 $\pm$ 38,7 пг/мл против 109,7 $\pm$ 34,0 пг/мл в контрольной группе. Второй тип иммунного реагирования при эндометриоз-ассоциированном бесплодии наблюдался в 42,8 % случаев со средними значениями ИФН γ 338,8 $\pm$ 32,4 пг/мл. Второй тип наблюдался в два раза чаще при эндометриозе I-й степени.

Итак, у женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием отмечается повышение уровня цитокинов ФНО α , ИФН γ и ИЛ-4 в перитонеальной жидкости, по сравнению со здоровыми женщинами. Среди изучаемых цитокинов наиболее выраженные изменения касались ФНО α . Наряду с повышением локального уровня ФНО α (в 1/3 случаев),

Таблица 2
Уровень ФНО α , ИЛ-4, ИФН γ в перитонеальной жидкости больных с эндометриоз-ассоциированным бесплодием и фертильных женщин (М $\pm$ m)

Показатель	Контроль	Эндометриоз	
		1 подгруппа	2 подгруппа
ФНО α (пг/мл)	24,0 $\pm$ 5,2	12,8 $\pm$ 4,1	251,7 $\pm$ 88,5*
ИЛ-4 (пг/мл)	9,5 $\pm$ 2,3	5,5 $\pm$ 1,7	77,2 $\pm$ 31,9*
ИФН γ (пг/мл)	109,7 $\pm$ 34,0	91,5 $\pm$ 18,4	338,8 $\pm$ 32,4*

Примечание: Количество наблюдений в группах — от 14 до 19.

* — достоверность различий с контрольной группой при $p < 0,001$.

позитивной взаимосвязи с распространенностью эндометриоза выявлено не было. При поверхностных формах эндометриоза активация синтеза ФНО α наблюдалась в два раза чаще, чем при распространенных формах. Повышение ИЛ-4 и ИФН γ аналогично доминировало при эндометриозе I-й степени. Это свидетельствует о большей значимости локальных факторов перитонеальной жидкости при минимальной стадии эндометриоза. Наши данные подтверждают роль цитокинов в развитии и прогрессировании эндометриоза и эндометриоз-ассоциированного бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА:

- Адамян, Л.В. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему /Адамян Л.В., Гаспарян С.А. — Ставрополь, 2004. — 228 с.
- Koninckx, P.R. Pathogenesis of endometriosis: the role of peritoneal fluid /Koninckx P.R., Kennedy S.H.,



- Barlow D.H. //Gyn. Obst. Inv. – 1999. – N 47(1). – P. 23-33.
3. Trinder, J. Endometriosis and infertility: the debate continues /Trinder J., Cahill D.J. //Hum Fertil. – 2002. – N 5(1). – P. 21-27.
4. Посисеева, Л.В. Иммунный статус перитонеальной жидкости у женщин с наружным эндометриозом, страдающих бесплодием /Посисеева Л.В., Герасимов А.М., Шор А.Л. //Акуш. и гинекол. – 2000. – № 6. – С. 27-30.
5. Ho, H.N. Peritoneal cellular immunity and endometriosis /Ho H.N., Wu M.Y., Yang Y.S. //Am. J. Reprod. Immun. – 1997. – Vol. 38. – P. 400-412.
6. Махмудова, Г.М. Роль некоторых факторов перитонеальной жидкости в патогенезе эндометриоза /Махмудова Г.М., Попов А.В. //Рос. вест. акуш.-гинекол. – 2004. – № 2. – С. 27-30.
7. TNF-alpha secretion by peritoneal macrophages in endometriosis /Richter O., Mallman P., van der Ven H., Krebs D. //Zentr. Gynl. – 1998. – Vol. 120. – P. 332-336.
8. IL-1, IL-6 and TNF-6 concentrations in the peritoneal fluid of women with pelvic adhesions /Y.C. Cheong, J.B. Shelton, S.M. Laird et al. //Hum. Reprod. – 2002. – Vol. 17, N 1. – P. 69-75.
9. Prediction of endometriosis with serum and peritoneal fluid markers: a prospective controlled trial /Bedaiwy M.A., Falcone T., Sharma R.K. et al. //Hum. Reprod. – 2002. – Vol. 17. – P. 426-431.
- 



АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУС-ПОЗИТИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки является одним из злокачественных новообразований, в отношении которого установлена вирусная этиология [1, 2]. Доказанная роль онкотропных типов папилломавирусной инфекции человека в развитии диспластических состояний и рака шейки матки (ВОЗ, 1996), контагиозность папилломавирусной инфекции [3], высокий удельный вес латентной формы течения и вирусоносительства при инфицировании онкогенными типами [4], преобладание вирус-позитивного рака шейки матки среди женщин молодого возраста [5, 6] определяют необходимость разработки новых подходов к ранней диагностике вирус-позитивных раков шейки матки.

Разработанная схема вирусного канцерогенеза цервикальной неоплазии [7] свидетельствует, что клеточные изменения, выявляемые при цитологическом исследовании, являются уже следствием действия онкогенных типов HPV-инфекции. Исходя из этого, HPV-тестирование должно быть необходимым элементом ранней диагностики рака шейки матки. В то же время, до сих пор дискутируется вопрос о последовательности и сроках проведения HPV-тестирования, первоочередности и периодичности применения HPV-тестирования и цитологического исследования [8, 9], нет единой точки зрения об оптимальных сроках динамического наблюдения за вирус-позитивными больными с предопухолевыми заболеваниями шейки матки.

Одним из основных способов верификации HPV-инфекции является использование полимеразной цепной реакции (ПЦР), которая позволяет осуществлять диагностику даже при наличии минимального количества исследуемого материала [10], дифференцированно определять серотип HPV-инфекции, вызвавший генитальную инфекцию [11]. Методика ПЦР исключительно чувствительна и способна обнаруживать специфические генетические нарушения в цервикальных клетках задолго до формирования морфологически определяемой опухоли.

Таким образом, увеличение роста заболеваемости раком шейки матки в молодом возрасте, низкий охват этой категории женщин цитологическим скринингом, поскольку приказ Минздрава № 270 от 12.09.97 предусматривает проведение цитологического обследования с периодичностью 1 раз в 2 года только после 30 лет, преобладание инфицированных онкотропными вирусами папилломы в молодом возрасте, скрытое течение цер-

викальной онкотропной HPV-инфекции, наличие цитологических изменений на стадии вирусоносительства, а также отсутствие единого мнения на роль и место HPV-тестирования в скрининговых программах, позволили научно обосновать и разработать современный подход к ранней диагностике рака шейки матки, включающий не только непосредственное выявление онкотропных типов HPV-инфекции, как этиологического фактора, но и регистрацию тех морфологических изменений, которые происходят в нормальных клетках эндометрия под их влиянием.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 923 пациентки в возрасте 16-78 лет на наличие HPV-16/18-инфекции, обратившихся на консультативный прием в НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. Все обследованные были разделены на 3 группы, каждая из которых подразделялась на две: вирус-позитивных и вирус-негативных. Первую группу составили 449 больных с фоновыми заболеваниями шейки матки. Доля вирус-инфицированных в первой группе была 14 %. Вторую группу составили 69 больных с предопухолевыми изменениями шейки матки. Из них, 31,6 % имели диспластические изменения шейки матки 1-2-й степени, а 68,4 % — тяжелую дисплазию. Частота встречаемости онкотропных вирусов папилломы среди обследованных этой группы составила 14,5 %. Третью группу составили 73 больных раком шейки матки 1-4-й стадий. Удельный вес вирус-позитивных больных раком шейки матки — 18 %. В контрольную группу включены 332 женщины, не имеющие клинических, цитологических, кольпоскопических изменений эпителия шейки матки. Среди них выделено 43 вирусоносителя 16/18 типов вируса папилломы.

Всем пациенткам проводилось бимануальное обследование, взятие мазков с поверхности экзо- и эндометрия для цитологического анализа, кольпоскопия шейки матки, а также забор поверхностного эпителия с шейки матки для проведения ПЦР-диагностики HPV 16/18 типов. Для описания кольпоскопических характеристик использовались международные кольпоскопические термины, принятые в 1990 г. на VII Всемирном конгрессе по патологии шейки матки и кольпоскопии (Рим, 1990), а также модифицированная эндоскопически-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки и церви-



кального канала, предложенная Ганиной К.П. с соавт. (1985). Анализ эпителиальных клеток эндоцервикса проводился для выявления цитологических изменений: атипичных форм эпителиальных клеток, количественного содержания двуядерных, а также клеток с вакуолизацией ядра, цитоплазмы, с кариодеструкцией и пульверизацией хромосом. Мазки для цитологического исследования готовились и окрашивались по общепринятой методике. ПЦР-диагностику HPV 16/18 типов проводили по стандартной методике. Полученные результаты обработаны с помощью параметрических статистических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании полученных результатов комплексной оценки эпидемиологических, клинических, кольпоскопических, цитологических аспектов цервикальной онкотропной папилломавирусной инфекции у 923 пациенток с различной патологией шейки матки, была разработана схема диагностического алгоритма вирус-положительного рака шейки матки, которая проводилась двухэтапно. Первоначально, с помощью корреляционного анализа, были выделены факторы повышенного онкологического риска по развитию вирус-положительного рака шейки матки: морфологические изменения эпителия шейки матки ($r = 0,89$), молодой возраст до 30 лет ($r = 0,82$), скрытое течение HPV-инфекции ($r = 0,82$), большое количество сексуальных партнеров ($r = 0,77$), наличие в анамнезе псевдоэрозии шейки матки ($r = 0,5$), хламидиоза и герпеса ($r = 0,52$), отсутствие барьерных методов контрацепции ($r = 0,3$).

Большой риск развития вирус-положительного рака шейки матки имеют женщины в возрасте до 30 лет, имеющие большое количество половых партнеров, страдающие фоновыми заболеваниями шейки матки, урогенитальным хламидиозом и герпесом, не пользующиеся барьерной контрацепцией, имеющие скрытое течение HPV-инфекции, а также больные с цитоморфологическими изменениями шейки матки.

На втором этапе для пациенток, входящих в группу риска по развитию рака шейки матки, был разработан алгоритм ранней диагностики вирус-положительного рака шейки матки (рисунок). Представленная схема алгоритма ранней диагностики рака шейки матки включает комплексное обследование, проводимое в определенной последовательности в зависимости от результатов выявления онкотропных типов HPV, как этиологического фактора, и регистрации тех цитологических изменений, которые происходят в нормальных клетках эндоцервикса под их влиянием. HPV-тестирование на первом этапе позволяет объективизировать формирование группы онкологического

риска по раку шейки матки, имеющей повышенный в 20-150 раз риск развития рака шейки матки. Последующая цитологическая верификация изменений клеток эндоцервикса под воздействием онкогенной HPV-инфекции определяет последующее целенаправленное комплексное обследование и лечение лиц группы повышенного онкологического риска (пациентки с имеющимися цитопатическими изменениями эндоцервикальных клеток, пациентки с кольпоскопически выявляемой патологией шейки матки, с фоновыми и диспластическими процессами слизистой экзоцервикса), а также оптимальные сроки динамического наблюдения. При наличии цитологических изменений в эндоцервикальных клетках у вирусоносителей (двуядерные, многоядерные клетки, клетки с вакуолизацией ядра и цитоплазмы, клетки с деструкцией и атипией ядра), необходимо проведение расширенной кольпоскопии шейки матки, так как в 75,5 % случаев наблюдается латентная, а в 16,3 % — субклиническая формы онкогенной цервикальной HPV-инфекции. При отсутствии цитоморфологических изменений больным вирусоносителям назначается противовирусное лечение с последующим контрольным HPV-тестированием. В качестве противовирусных препаратов к применению рекомендовано местное использование мази «Кипферон», свечей «Виферон» в течение 3-4 недель, при неэффективности — 2-3 курса препарата «Ликопид». Одновременно с местным лечением, необходимо проведение системной общеукрепляющей терапии. Вирус-положительным больным с фоновой и предопухоловой патологией шейки матки, наряду с традиционной консервативной и хирургической терапией, необходимо и противовирусное лечение, так как возможен рецидив даже при реинфекции другими типами.

Оптимизированы сроки динамического наблюдения больных вирусоносителей онкотропных типов с предопухоловой патологией шейки матки. Вирусоносителям при отсутствии кольпоскопических изменений повторное обследование возможно через 5 лет, так как, по имеющимся литературным данным, время злокачественной трансформации нормальных клеток эндоцервикса в опухолевые под влиянием онкотропных вирусов составляет 5-10 лет [12]. При наличии диспластических изменений у вирус-инфицированных больных, учитывая агрессивные характеристики онкотропных типов HPV-инфекции и высокий риск рецидива заболевания, повторное комплексное обследование должно проводиться через более короткий интервал — 1-2 года. Больные с тяжелой дисплазией и начальными формами рака шейки матки требуют проведения цитологического, кольпоскопического исследований непосредственно после лечения, через месяц, далее — через 3 месяца в течение первого года наблюдения и дважды в год в течение второго



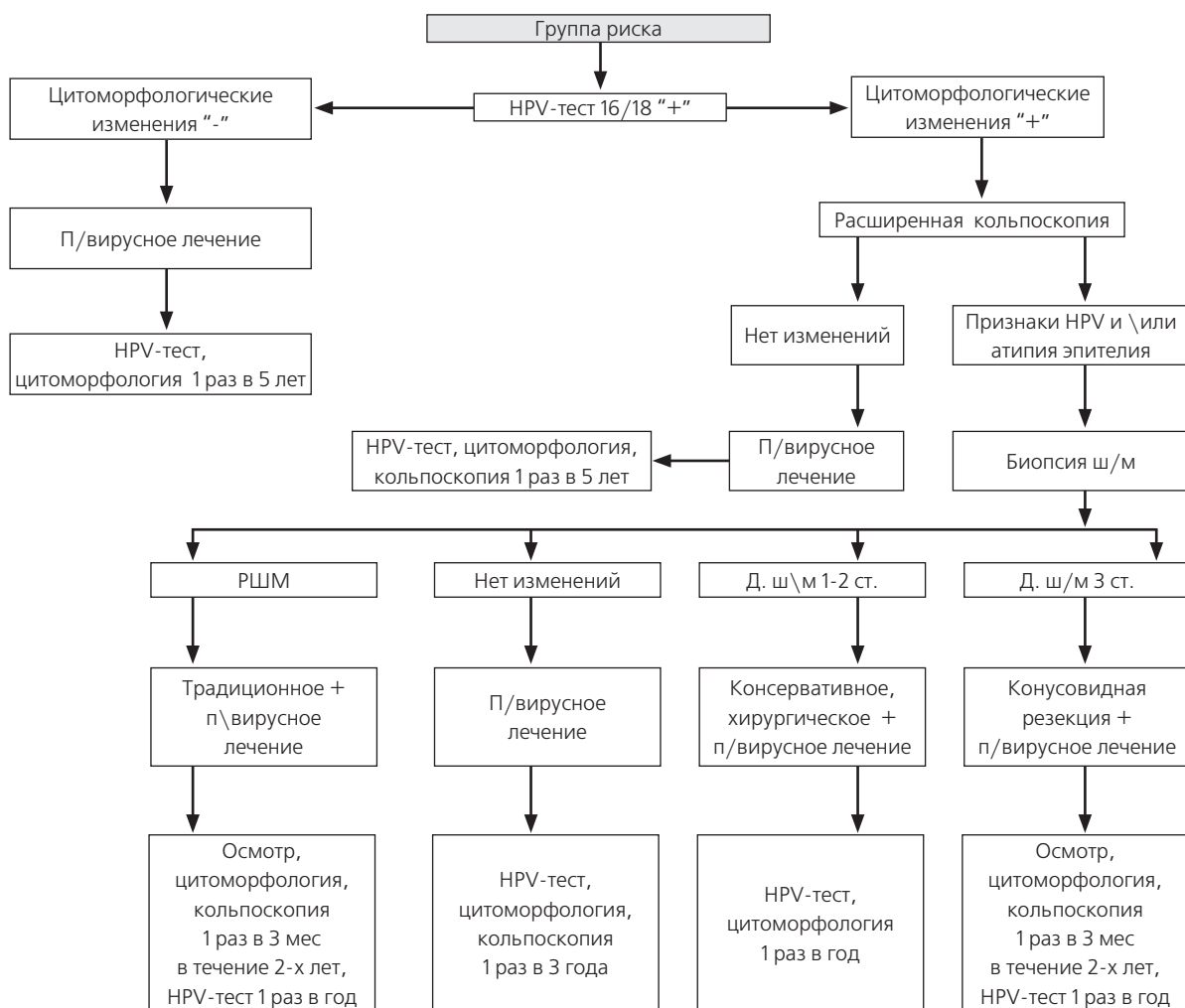
года наблюдения. HPV-тестирование таким пациентам проводится ежегодно.

Использование разработанной схемы алгоритма диагностики рака шейки матки у 65 пациенток, составляющих группу повышенного риска по развитию вирус-положительного рака шейки матки, находившихся на диспансерном учете в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН позволило повысить выявляемость доклинических и ранних стадий рака шейки матки. Наибольший удельный вес вирус-инфицированных пациенток отмечен в возрасте 16-30 лет, что составляет 30 % от всех вирус-положительных больных. Так, удельный вес пациенток с тяжелой дисплазией, раком шейки матки *in situ* и Ia стадий составил 18 % среди больных, входящих в группу риска, а 16-2a стадий – 33 %. Своевременно выявленные ранние стадии онкопатологии позволили выполнить органосохраняющие операции молодым пациенткам (конусовидная резекция и ножевая ампутация шейки матки) в 44 % случаев.

Проведенное лечение позволило сохранить всем прооперированным больным репродуктивную, сексуальную и менструальную функции, что способствовало успешной и быстрой анатомо-физиологической и социальной реабилитации таких больных. Сроки наблюдения таких больных составляют от 45 до 22 мес. Рецидивов заболевания зарегистрировано не было.

Таким образом, разработанный алгоритм ранней диагностики рака шейки матки с включением HPV-тестирования на онкогенные типы на первом этапе обследования может быть разумным компромиссом существующего цитологического скрининга, позволяющим объективизировать формирование групп повышенного онкологического риска по развитию рака шейки матки, оптимизировать сроки динамического наблюдения и лечения лиц, входящих в группу риска, что, в целом, позволяет существенно увеличить эффективность выявления рака шейки матки на доклинических и ранних стадиях.

Рис. 1. Схема алгоритма ранней диагностики вирус-положительного рака шейки матки.





ЛИТЕРАТУРА:

1. Ledger, W.J. Testing for High-risk human papillomavirus types will become a standard of clinical care /Ledger W.J., Jeremias J., Witkin S.S. //Am. J. Obst. Gynec. – 2000. – Vol. 182, N 4. – P. 860-865.
2. Southern, S.A. Molecular events in uterine cervical cancer /Southern S.A., Herrington C.S. //Sex. Transm. Infect. – 1998. – Vol. 74. – P 101-109.
3. Treatment (Rx) of recurrent human papilloma virus (HPV) infection of the uterine cervix (UC) with recombinant interferon alpha 2b (INF) and as immune prevention of cervical carcinoma (CC) (Meeting abstract) /Paz-Combes G., Zaitzman M., Cirac A., Alvarado P.A. //Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol. – 1997. – N 16. – P. 1340.
4. Cui, M. Comparison of human papilloma virus-DNA in condyloma acuminatum, cervical cancer and the female genital tract /Cui M., Zheng P., Huang B. //Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih. – 1996. – N 31(3). – P. 163-165.
5. Prevalence of single and multiple infection with human papillomaviruses in various grades of cervical neoplasia /Chang D.Y., Chen R.J., Lee S.C., Huang S.C. //J. Med. Microbiol. – 1997. – Vol. 46(1). – P. 54-60.
6. Favorable clinical outcome of cervical cancers infected with human papilloma virus type 58 and related types /Lai H.C., Sun C.A., Yu M.H. et al. //Int. J. Cancer. – 1999. – N 84 (6). – P. 553-557.
7. Cuzik, J. HPV-testing in cervical screening /Cuzik J. //Pharmacoepid. and DRUG SAFETY. – 2001. – Vol. 10. – P. 33-36.
8. Роль опухоль-ассоциированных типов папилломавирусной инфекции гениталий в генезе фоновых заболеваний эктоцервикса, дисплазии и преинвазивного рака шейки матки /Максимов С.Я., Савичева А.М., Башмакова М.А. и др. //Вопр. онкол. – 1999. – № 6. – С. 627-629.
9. Manos, M.M. Identifying women with cervical neoplasia: using human papillomavirus DNA testing equivocal Pap-anicolaou results /Manos M.M., Kinney W.K., Hurley L.B. //USA, JAMA. – 1999. – Vol. 281, N 17. – P. 1605-1610.
10. Хансон, К. Перспективы молекулярной диагностики в онкологии /Хансон К. //Сб. тез. 3-й Рос. онкол. конф. – СПб, 1999. – С. 7-9.
11. Кицак, В.Я. Эпидемиология и патогенез папилломавирусной инфекции: новые данные, полученные с помощью полимеразной цепной реакции /Кицак В.Я., Чаплыгина Н.М., Григорьева И.Г. //Вопросы эпидемиологии инфекционных болезней: сб. науч. тр. – М., 1996. – С. 165-167.
12. Киселев, Ф.Л. Молекулярные механизмы рака шейки матки /Киселев Ф.Л. //Врач. – 1998. – № 8. – С. 32-33.





КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ПАРОВАРИУМА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

На основании клинико-морфологического обследования 28 женщин репродуктивного возраста с разными формами воспаления придатков матки доказано, что состояние менструальной, детородной функций и генеративного потенциала яичников заметно ухудшается при осложненных формах хронического воспаления придатков матки, что обусловлено вовлечением в процесс яичников и паровариума.

Ключевые слова: воспаление придатков матки, яичник, паровариум.

Data based on clinical and morphological study of 28 fertile females with various forms of the inflammatory disease of the uterine appendages showed a significant decrease of fertility, ovarian generative potency and menstrual function as well in patients with complicated forms of inflammation of the uterine appendages that indicates on ovary and paraovarium involment in pathological process.

Key words: inflammation of the uterine appendages, ovary, paraovarium.

Воспалительные заболевания придатков матки являются одной из основных причин нарушения репродуктивной функции женщин [1, 2, 3, 4].

При выяснении причин нарушения менструальной и репродуктивной функций, в том числе и при воспалении придатков матки, изучены все уровни поражения регулирующих структур, кроме паровариума. Это связано с тем, что во всех руководствах по анатомии, гистологии, гинекологии паровариум, рассматривается как рудиментарное образование [5, 6, 7].

Всестороннее клинико-морфологическое изучение паровариума показало, что он присутствует у женщин всех возрастных групп, подвержен возрастным изменениям. В репродуктивном возрасте появляются признаки его секреторной активности. При удалении маточных труб вместе с паровариумом, возникают различные расстройства менструального цикла и репродуктивной функции, при воспалении придатков матки отмечается снижение функции яичников и вовлечение в процесс паровариума [8]. В связи с чем, представляет интерес более углубленное изучение репродуктивного здоровья женщин при разных формах воспаления придатков матки с вовлечением в процесс паровариума, что явилось целью настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 28 пациенток с разными формами воспаления придатков матки, подвергнутых хирургическому лечению: I-я группа — 14 пациенток с гнойным воспалением придатков матки (пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс), возраст $34,7 \pm 2,4$ лет; II-я группа — 14 пациенток с

хроническим воспалением придатков матки (сальпингоофорит, гидросальпинкс), возраст $38,6 \pm 1,5$ лет, последние были прооперированы по поводу миомы матки.

Морфологическими методами (макро-, микроскопия, морфометрия, морфоколичественный анализ, электронная микроскопия) изучены паровариум, яичник, маточные трубы. В качестве контроля использовали значения нормы морфометрии паровариума, яичника женщин фертильного возраста, умерших от случайных причин [8].

Клиническое обследование включало изучение настоящего и ретроспективного анамнеза, объективное исследование, УЗИ гениталий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В норме паровариум — парное образование, имеет форму неправильного треугольника, вершина которого направлена к латеральной стороне яичника. В широкой части он образован одним поперечным каналцем, продолжающимся в аппендикс, от поперечного отходят $13,7 \pm 0,8$ продольных каналцев. Гистологически паровариум представлен множественными извитыми каналцами округлой формы, в их просвете встречается оксифильное, пенообразное содержимое. Удельная площадь каналцев паровариума у женщин фертильного возраста составляет $0,067 \pm 0,006$ мм/мм², толщина мышечной стенки — $0,0024 \pm 0,001$ мм, внутренний диаметр каналцев — $0,056 \pm 0,004$ мм, наружный диаметр каналцев — $0,124 \pm 0,006$ мм. Эпителий каналцев имеет кубическую или цилиндрическую форму, его высота $0,005 \pm 0,00008$ мм.

Морфологическое изучение паровариума, яичника и маточных труб показало, что при гной-



ном воспалении придатков матки (пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс) строение паровариума значительно отличается от нормы, что выражается затруднением его макроскопической визуализации; непостоянным присутствием в гистологических срезах; наличием в окружающей паровариум ткани морфологических признаков воспаления; единичных канальцев паровариума округлой или овальной формы. Удельная площадь канальцев паровариума ($0,038 \pm 0,0085$ мм/мм², $p < 0,05$), равно как и высота эпителиального пласта ($0,002 \pm 0,0001$ мм, $p < 0,05$), снижена более чем в 2 раза, по сравнению с нормой. Среди эпителиальных клеток выявлены, так называемые, «светлые» клетки. Толщина мышечной стенки канальцев паровариума увеличилась в 3-4 раза ($0,073 \pm 0,0084$ мм, $p < 0,01$), наружный диаметр — в 2 раза ($0,287 \pm 0,018$ мм, $p < 0,001$), а внутренний диаметр канальцев паровариума уменьшился в 2 раза ($0,014 \pm 0,002$ мм, $p < 0,01$).

Изучение яичников показало, что гнойное воспаление придатков матки сопровождается резким снижением генеративных элементов в яичниках: уменьшением удельной площади ($0,0023 \pm 0,003$ мм/мм², $p < 0,001$), количества примордиальных ($0,486 \pm 0,275$), удельной площади ($0,064 \pm 0,002$ мм/мм², $p < 0,01$), количества растущих фолликулов ($0,783 \pm 0,25$) на мм² поверхности среза яичников, увеличением удельной площади атретических фолликулов ($0,048 \pm 0,003$ мм/мм², $p < 0,001$), со снижением их количества ($0,561 \pm 0,1$, $p < 0,001$) на мм² поверхности среза яичников в 3 и более раза.

При хроническом сальпингоофорите и гидросальпинксе паровариум присутствует у всех женщин, сохраняет форму неправильного треугольника, но, в отличие от нормы, имеет следующие особенности: количество продольных канальцев меньше нормы ($8,59 \pm 0,65$), форма просвета их неправильная, зачастую они расширены. Удельная площадь канальцев больше, чем в норме ($0,080 \pm 0,0022$ мм/мм², $p < 0,05$), высота эпителия — меньше ($0,0019 \pm 0,0002$ мм, $p < 0,01$). Среди эпителиоцитов появляются «светлые» клетки. Толщина мышечной стенки увеличена в 4 раза ($0,084 \pm 0,083$ мм, $p < 0,01$), внутренний диаметр — в 3 ($0,148 \pm 0,016$ мм, $p < 0,01$), наружный диаметр — в 3 раза ($0,356 \pm 0,028$ мм, $p < 0,001$). Перечисленные изменения в большей степени характерны для пациенток с гидросальпинксом, чем с сальпингоофоритом.

Таким образом, морфологические изменения канальцев паровариума оказались более выражены при гнойном воспалении.

Генеративный потенциал яичников при хроническом воспалении придатков матки также снижен: уменьшилось количество ($0,325 \pm 0,002$, $p < 0,001$) и удельная площадь ($0,015 \pm 0,002$ мм/мм², $p < 0,001$) примордиальных фолли-

кулов, удельная площадь ($0,057 \pm 0,003$ мм/мм², $p < 0,01$) и количество ($1,347 \pm 0,23$, $p < 0,001$) растущих фолликулов, в то время как удельная площадь атретических фолликулов увеличена ($0,055 \pm 0,01$ мм/мм², $p < 0,01$), что свидетельствует об атрезии более крупных фолликулов. Все перечисленные процессы преобладают при гидросальпинксе. Появились кистозно-атрезированные фолликулы.

При сравнении количественных характеристик генеративного аппарата яичников и канальцев паровариума у женщин с различными формами воспаления придатков матки выявлена высокая корреляция между удельной площадью паровариума и количеством примордиальных ($r = 0,87$; $p < 0,05$) и растущих ($r = 0,97$; $p < 0,01$) фолликулов, что позволяет предположить участие паровариума в регуляции роста фолликулов, возможно, на местном уровне.

По данным клинического обследования женщин обеих групп установлено, что после перенесенного воспаления придатков матки изменилась менструальная функция, по сравнению с ретроспективными данными до воспаления. Это проявилось в укорочении менструального цикла (до — в I-й группе $28,2 \pm 0,7$ дней; во II-й $28,1 \pm 0,5$; после — $26,8 \pm 1,2$ и $25,4 \pm 1,4$, соответственно), увеличении продолжительности менструаций (до — в I-й группе $4,2 \pm 0,4$ дней; во II-й $4,7 \pm 0,4$; после — $5,6 \pm 0,4$ и $6,4 \pm 0,4$, соответственно), уменьшении частоты регулярных менструаций (до — в I-й группе 92,8 %; во II-й 92,8; после — 57,1 и 35,7, соответственно). Чаше стали встречаться нерегулярные (до — в I-й группе 16,6 %; во II-й 20; после — 75 и 88,9, соответственно), частые (до — в I-й группе 16,6 %; во II-й 0; после — 25 и 22,2, соответственно), болезненные (до — в I-й группе 33,3 %; во II-й 40; после — 25 и 33,3, соответственно) и обильные менструации (до — в I-й группе 33,3 %; во II-й 40; после — 37,5 и 66,5, соответственно). Причем, в I-й группе в 79,8 % случаев и во II-й — в 71,4 %, имелось сочетание нескольких расстройств. Различные нарушения менструального цикла преобладали у пациенток с tuboовариальным абсцессом, что согласуется с данными морфологического исследования о более выраженном вовлечении в процесс яичника и паровариума при данной форме воспаления.

Высокая частота нарушений менструальной функции у пациенток II-й группы указывает на вовлечение яичников и паровариума в воспалительный процесс.

Генеративная функция до и после перенесенного воспаления придатков матки в I-й и II-й группах заметно снизилась. До воспаления беременности были у большинства обследованных обеих групп (соответственно, 100 % и 85,7 %), среднее количество беременностей, соответственно, $3,3 \pm 0,7$ и $4,9 \pm 0,5$. Бесплодие первичное



было только во II-й группе (25 %), со средней продолжительностью $4,5 \pm 0,3$ года. После перенесенного воспаления придатков матки количество женщин, имевших беременности, в I-й группе снизилось в 11 раз (7,1 %), во II-й — в 2,7 раза (35,7 %). Среднее количество беременностей после воспаления у женщин I-й группы уменьшилось в 3 раза (1 ± 0), II-й группы — в 2 раза ($2,7 \pm 0,3$).

В обеих группах после воспаления отсутствовали роды, выкидыши. У пациенток I-й группы были только внематочные беременности, у большинства женщин II-й группы беременности, наступившие после перенесенного воспаления придатков матки, были эктопическими (66,7 %), у меньшей части закончились искусственными абортами (33,3 %).

Если у больных I-й группы снижение детородной функции объясняется как объемом оперативного вмешательства, так и возникновением патологии в яичниках и паровариуме, то во II-й группе (пациентки с хроническим воспалением придатков матки) — только морфофункциональными изменениями в яичниках, маточных трубах и паровариуме.

Таким образом, при всех изученных формах воспаления придатков матки в процесс вовлекаются не только маточные трубы, но и яичник, и паровариум. Морфологические изменения в паровариуме при различных формах воспаления придатков матки коррелируют со снижением генеративного аппарата яичников, степень которого, как и выраженность нарушений менструальной и

репродуктивной функций, зависит от формы воспаления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. — М., 2001. — 282 с.
2. Железнов, Б.И. Морфологический аспект острого воспаления придатков матки у женщин репродуктивного возраста /Б.И. Железнов //Акуш. и гинекол. — 1990. — № 6. — С.65-70.
3. Пшеничникова, Т.Я. Бесплодие в браке /Т.Я. Пшеничникова. — М., 1991. — 318 с.
4. Китаев, Э.М. Гистоэнзимологические и гормональные параллели при изучении яичников и матки в условиях экспериментального сальпингоофорита /Э.М. Китаев, М.С. Давыдов, А.А. Усова //Акуш. и гинекол. — 1985. — № 2. — С. 52-54.
5. Гиглер, Н.А. К нормальной анатомии придатка яичника (parovarium) в разных возрастах внеутробной жизни /Н.А. Гиглер: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1895. — 31 с.
6. Kobelt, G.L. Der Neben-Eitock des Weibes /G.L. Kobelt. — Heidelberg, 1847. — 177 s.
7. Waldeyer Eierstock und Ei /Waldeyer. — Leipzig, 1870. — 140 s.
8. Кох, Л.И. Клинико-морфологические параллели в изучении влияния яичникового придатка на здоровье женщины /Л.И. Кох, И.В. Суходоло, А.Б. Войцович //Пробл. эндокринологии в акушерстве и гинекологии: Мат. 2-го съез. Рос. ассоц. врачей акушеров и гинекологов. — М., 1997. — С. 53-55.



КОЧЕРГИНА Ю.В., ЕЛГИНА С.И., УШАКОВА Г.А.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Известно, что во внутриутробном периоде развития формируются основные звенья репродуктивной системы, устанавливаются функциональные взаимоотношения между отдельными частями нейроэндокринной системы новорожденного, и довольно часто закладывается основа будущей патологии. Особенностью состояния репродуктивной системы новорожденного ребенка является то, что многие формы ее нарушений могут ничем не проявляться при рождении и диагностироваться лишь с началом периода полового созревания и даже в более поздние сроки. В связи с этим, разработка оценочно-прогностической программы становления репродуктивной системы детей в постнатальном периоде с учетом перинатальных факторов риска имеет большое значение для осуществления профилактики развития возможных нарушений в группах высокого риска.

Ключевые слова: репродуктивная система, новорожденные, прогноз, профилактика.

It is known, that at the fetal period development forming basic reproductive system` links, establish functional relations between independent new-born`s neuro-endocrinal parts and often forming a foundation of the future pathology. The spatiality of the reproductive system` condition is that many forms of reproductive system` breaches might not developed at a delivery and diagnosis at a puberty period` beginning even in the more late time. Therefore creation estimative-prognostic program of children`s reproductive system development at the postnatal period is fundamental to prevention of the possible breaches` progress in high risk groups.

Key words: reproductive system, new-born, prediction, prevention.

Морфо-функциональное формирование основных звеньев репродуктивной системы [1, 2, 3, 4] и, нередко, основа будущей патологии [5, 6], закладываются во внутриутробном периоде. Однако клиническое проявление этой патологии носит отсроченный характер и диагностируется с началом периода полового созревания и даже в более поздние сроки. Это связано с тем, что клинические критерии оценки системы репродукции новорожденных практически не разработаны.

Исследованиями последних лет установлено значение перинатальных факторов риска для становления репродуктивной системы в постнатальном периоде [7, 8]. Однако перинатальные факторы оцениваются, как правило, ретроспективно и не имеют практической ценности для своевременного предупреждения возможных нарушений становления репродуктивной системы в постнатальном периоде.

Прогнозирование становления репродуктивной системы в постнатальном периоде, основанное на клинической оценке ее при рождении с учетом перинатальных факторов риска, имеет практическое значение в профилактике нарушений лишь в условиях организации мониторинга, начиная с рождения.

Целью настоящего исследования явилась разработка оценочно-прогностической програм-

мы становления репродуктивной системы детей с учетом перинатальных факторов риска и создание модели мониторинга для осуществления профилактики нарушений становления репродуктивной системы в постнатальном периоде, начиная с периода новорожденности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 81 новорожденной девочки и 79 мальчиков, родившихся в родильном доме № 1 г. Кемерово, проведено измерение основных антропометрических показателей, изучено состояние здоровья и строение наружных половых органов. По аналогии с другими возрастными периодами, эти показатели взяты за основу интегрированной клинической оценки репродуктивной системы новорожденных. Используя методику нормированных интенсивных показателей, определены факторы влияния и их весовые индексы. Отбор наиболее значимых перинатальных факторов и расчет нормированных интенсивных показателей по каждому из них позволили разработать оценочно-прогностическую программу становления репродуктивной системы в постнатальном периоде, которая легла в основу модели мониторинга.

Программа исследования, методика статистической обработки, объемы проведенных клинических и лабораторных исследований обеспечили



достоверность данных, характеризующих состояние репродукции новорожденных и детей в постнатальном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Большинство детей родились у молодых родителей от первой беременности (40,6 %). Несмотря на молодой возраст и первую беременность матерей, многие из них имели экстрагенитальную патологию (77,5 %) или осложненное течение беременности (48,1 %). Преобладающая профессия матерей обследованных новорожденных — служащие (41,3 %). Подавляющее большинство новорожденных детей родились с тем или иным отклонением в состоянии здоровья (73,7 %).

Установлено, что высокий риск нарушения становления системы репродукции имеют новорожденные с нарушениями основных антропометрических показателей (длина тела менее 50 или более 55 см, масса тела менее 3000 или более 4000 г), а также соматически больные на момент рождения или заболевшие в раннем неонатальном периоде дети. Наиболее выраженным клиническим показателем зрелости репродуктивной системы является строение наружных половых органов, по которому можно судить о виде и длительности влияния материнских, плодовых и плацентарных гормонов [9, 10], которое испытывал на себе плод во время внутриутробного существования.

В нашем исследовании нестандартные показатели массы тела имели 23,5 % девочек и 19 % мальчиков, длины тела — 19,8 % девочек и 27,5 % мальчиков. Соматическая патология, представленная в основном перинатальным поражением центральной нервной системы, была диагностирована у 67,9 % новорожденных девочек и у 77,2 % новорожденных мальчиков. Отклонения в строении наружных гениталий имели 14,8 % девочек и 8,9 % мальчиков.

Выявлено, что частота риска нарушения репродуктивной системы, основываясь на этих показателях, велика: у девочек она составляет 76,5 на 100 новорожденных, у мальчиков — 86,1 на 100 новорожденных.

Наибольшее влияние на риск нарушения становления репродуктивной системы детей оказывают следующие факторы: течение родов и беременности, от которой родился ребенок, состояние здоровья на момент рождения, возраст менархе матери, возраст родителей, масса тела при рождении и состояние здоровья матери на момент рождения ребенка.

Исследование частоты риска нарушения становления репродуктивной системы детей во взаимосвязи с факторами влияния, позволили разработать оценочно-прогностическую программу для профилактики прогнозируемых при рождении нарушений, как для девочек, так и для мальчиков (табл. 1 и 2).

Таблица 1
Оценочно-прогностическая программа становления репродуктивной системы девочек в постнатальном периоде

Факторы	Градации факторов	Нормированные интенсивные показатели	Весовые индексы	Прогностический коэффициент
Возраст матери на момент рождения девочки	до 20 лет	0,8	1,7	1,4
	21-24 года	1,1		1,9
	25-29 лет	0,9		1,5
	30-34 года	1,3		2,2
	старше 35 лет	1,3		2,2
Возраст отца на момент рождения девочки	до 20 лет	0,7	1,8	1,3
	21-24 года	0,8		1,4
	25-29 лет	1,0		1,8
	30-34 года	1,2		2,2
	старше 35 лет	1,1		2,0
Профессия матери на момент рождения девочки	Домохозяйки	1,1	1,7	1,9
	Работницы предприятий	1,0		1,7
	Служащие	1,0		1,7
	Учащиеся	0,7		1,2
Возраст менархе матери девочки	До 12 лет	1,3	1,5	2,0
	12-14 лет	1,1		1,7
	14-15 лет	1,1		1,7
	старше 16 лет	0,9		1,4
Здоровье матери девочки	Здорова	0,8	1,3	1,0
	Больна	1,1		1,4
Течение беременности, от которой родилась девочка	Неосложненное	1,0	3,3	3,3
	Осложненное	1,1		3,6



Течение родов, от которых родилась девочка	Неосложненное	0,8	3,4	2,7
	Осложненное	1,1		3,7
Здоровье девочки	Здорова	0,3	4,8	1,4
	Больна	1,3		6,2
Масса тела девочки при рождении	Менее 3000 г.	1,3	1,5	2,0
	3001-3500 г.	0,9		1,4
	3501-4000 г.	0,9		1,4
	Более 4000 г.	1,3		2,0

Примечание: Суммарный весовой индекс (К) = 21,0.

Шкала риска: минимальный риск — 0,72-0,87 (благоприятный прогноз), средний риск — 0,88-1,03 (группа внимания), максимальный риск — 1,04-1,20 (неблагоприятный прогноз).

Таблица 2
Оценочно-прогностическая программа становления репродуктивной системы мальчиков в постнатальном периоде

Факторы	Градация факторов	Нормированные интенсивные показатели	Весовые индексы	Прогностический коэффициент
Возраст матери на момент рождения мальчика	До 20 лет	1,0	1,2	1,2
	21-24 года	1,0		1,2
	25-29 лет	1,0		1,2
	30-34 года	1,2		1,4
	Старше 35 лет	1,2		1,4
Возраст отца на момент рождения мальчика	До 20 лет	0,9	1,2	1,1
	21-24 года	1,0		1,2
	25-29 лет	1,0		1,2
	30-34 года	1,0		1,2
	Старше 35 лет	1,1		1,3
Возраст менархе матери мальчика	До 12 лет	0,8	1,4	1,1
	12-14 лет	0,9		1,3
	15-16 лет	1,1		1,5
	Старше 16 лет	1,2		1,7
Здоровье матери мальчика	Здорова	0,9	1,2	1,1
	Больна	1,0		1,2
Течение беременности от которой родился мальчик	Неосложненное	0,9	2,8	2,5
	Осложненное	1,0		2,8
Течение родов от которых родился мальчик	Неосложненное	0,9	3,0	2,7
	Осложненное	1,1		3,3
Здоровье мальчика	Здоров	0,5	2,6	1,3
	Болен	1,2		3,1
Масса тела мальчика при рождении	Менее 3000 г.	1,2	1,2	1,4
	3001-3500 г.	0,9		1,1
	3501-4000 г.	1,0		1,2
	Более 4000 г.	1,2		1,4

Примечание: Суммарный весовой индекс (К) = 14,6.

Шкала риска: минимальный риск — 0,83-0,91 (благоприятный прогноз), средний риск — 0,92-1,01 (группа внимания), максимальный риск — 1,02-1,11 (неблагоприятный прогноз).

Оценочно-прогностическая программа, разработанная на основании клинической оценки состояния системы репродукции новорожденных во взаимосвязи с перинатальными факторами, позволила определить вероятность индивидуального риска: максимальный риск нарушения становления репродуктивной системы в постнатальном периоде имеют девочки и мальчики с нестандартной массой тела (менее 3 или свыше 4 кг), родившиеся

больными от беременности и родов, протекавших осложненно, родителей в возрасте старше 30 лет, матерей-домохозяек, имеющих ранний или поздний возраст менархе и соматическую патологию.

В условиях высокой частоты риска нарушения становления репродуктивной системы, профилактика нарушений ее должна предусматривать осуществление принципа наблюдения за состоянием репродуктивного здоровья каждой девочки



и каждого мальчика, начиная с периода новорожденности, включая все последующие возрастно-биологические периоды: раннее детство, препубертатный и, собственно, пубертатный периоды. Это можно осуществить в системе динамического наблюдения за детьми, которая предусматривает разработку организационной и функциональной структуры.

Для создания системы мониторинга за становлением репродуктивной системы в постнатальном периоде определены ведущие учреждения, осуществляющие наблюдение; сроки осмотра детей; ответственные за диспансеризацию; кратность и программа обследования; рекомендации по диспансерному наблюдению в соответствии со степенью риска ожидаемого нарушения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Йен, С.С. Репродуктивная эндокринология /С.С. Йен, Р.Б. Джаффе. – М., 1998.
2. Никитин, А.И. Проблемы периконцептологии и репродуктивная функция человека /А.И. Никитин //Пробл. репрод. – 1995. – № 1. – С. 14-19.
3. Резников, А.Г. Механизмы развития функциональной патологии репродукции и адаптации в раннем онтогенезе /Резников А.Г. //Ж. Акад. мед. наук. України. – 1998. – № 2. – С. 216-233.
4. Challis, J. Fetal hypothalamic-pituitary adrenal (HPA) development and activation as a determinant of the timing of birth, and of postnatal disease /J. Challis, D. Sloboda, S. Matthews //Endocr. Res. – 2000. – Vol. 26, N 4. – P. 489-504.
5. Анохин, П.К. Системогенез как общая закономерность функции в эмбриогенезе /П.К. Анохин. – М., 1966. – С. 9-13.
6. Гуркин, Ю.А. Значение антенатальной патологии для возникновения нарушений половой системы у девочек и девушек /Ю.А. Гуркин, П.А. Кротин, Н.Ю. Соломкина. – СПб, 1992. – С. 7-11.
7. Кобозева, Н.В. Гинекология детей и подростков: Руковод. для врачей /Н.В. Кобозева, М.Н. Кузнецова, Ю.А. Гуркин. – М., 1988. – 296 с.
8. Соловьева, Е.П. Влияние особенностей течения беременности на развитие влагалища и женских наружных гениталий плодов человека /Е.П. Соловьева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1972.
9. Гарден, А.С. Детская и подростковая гинекология /А.С. Гарден /Под ред. Т.М. Глыбиной. – М., 2001. – 428 с.
10. Голубева, И.В. Гермафродитизм /И.В. Голубева. – М., 1980. – 160 с.





КРАПИВИНА Н.А., АРТЫМУК Н.В., ТАЧКОВА О.А., КОСТИН В.И.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Известно, что ожирение является одним из самых распространенных заболеваний экономически развитых стран, где четверть населения имеет массу тела, более чем на 15 % превышающую норму [1, 2]. Частота ожирения у женщин старше 20 лет в популяции составляет до 35 %. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2025 году от ожирения будут страдать 50 % женщин. Особую значимость ожирение представляет для здоровья молодых женщин, являясь серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, бесплодия, перинатальной патологии, рака молочной железы, эндометрия и яичников [2, 3, 4].

Несмотря на то, что в последние годы существенно изменились принципы лечения ожирения, ни один из многочисленных предлагаемых способов терапии избыточного веса не обеспечивает длительного успеха. Наблюдения свидетельствуют о том, что в 95 % случаев не удается на длительное время снизить массу тела. Большинство людей, пытающихся похудеть, обычно возвращаются к исходному весу либо превышают его [1]. В связи с этим, совершенствование и оптимизация лечебной помощи больным ожирением является одним из актуальных направлений современной медицины.

Цель исследования — на основании изучения особенностей гормонального и метаболического статуса разработать, внедрить и оценить эффективность индивидуальных программ терапии ожирения у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 140 женщин в возрасте от 18 до 44 лет, средний возраст обследуемых составил $30,1 \pm 7$ лет. Определялись антропометрические показатели: объем талии, объем бедер, соотношение окружности талии и бедер, рассчитан индекс массы тела (ИМТ) (ВОЗ, 1997). Исследован уровень гормонов крови: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), индекса ЛГ/ФСГ, пролактина, эстрогена, эстрадиола на 5-6-й день менструального цикла, прогестерона — на 21-22-й день цикла, лептина, инсулина, тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, кортизола, ТТГ методом ИФА. Содержание грелина определяли методом «конкурентного» ИФА с помощью стандартного набора для определения

грелина натошак и через 2 часа после пищевой нагрузки. Уровень гликемии в сыворотке капиллярной крови определялся после 12-часового голодания на анализаторе «ЭКСАН-Г». Резистентность к инсулину выявляли методом оценки «минимальной модели» гомеостаза с определением показателя HOMA-R (Homeostasis Model Assessment). Для выявления эмоционального, экстернального и ограничительного типов пищевого поведения использовали оценку эмоционально-личностной сферы, особенностей пищевого поведения с помощью голландского опросника DEBQ Van Strein T. (1986) [5]. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета программ «STATISTICA for WINDOWS 5.5» с вычислением средней величины (M), среднего квадратичного отклонения (y), непараметрического критерия Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Во всех случаях уровень значимости p принимали менее 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У обследованных женщин средний показатель ИМТ составил $39,02 \pm 6,36$ кг/м², ожирение I-й степени отмечалось у 46 женщин (32,8 %), II-й — у 51 (36,4 %), III-й — у 43 (31 %). Преимущественно абдоминальное распределение жировой ткани наблюдалось у 84 пациенток (60 %) с ожирением, глютеофemorальное — у 56 (40 %) ($p < 0,001$). Нарушение менструальной функции выявлено у 84 женщин с ожирением (60 %), бесплодие — у 55 (39,3 %).

У женщин репродуктивного возраста с ожирением на фоне регистрируемой инсулинорезистентности, гиперинсулинемии и гиперлептинемии выявлено повышение уровня тестостерона, эстрогенов, базального уровня ЛГ и индекса ЛГ/ФСГ при сниженном содержании ФСГ и прогестерона, что, вероятно, является причиной нарушений менструальной и репродуктивной функций (табл. 1). Выявлена высокая частота нарушений пищевого поведения (93,8 %) и установлена статистически значимая взаимосвязь между типами пищевого поведения и содержанием гормонов лептина, инсулина, грелина, которая указывает на участие последних в формировании аппетита и поддержании избыточной массы тела у женщин молодого возраста с ожирением.



Таблица 1
Основные показатели гормонального и метаболического статуса на фоне комплекса лечебных мероприятий у женщин репродуктивного возраста с ожирением (n = 96)

Показатель	До лечения	После лечения	P
ФСГ (МЕ/л) (n = 69)	4,73 ± 1,55	5,46 ± 1,4	< 0,001
ЛГ (МЕ/л) (n = 69)	5,85 ± 3,47	4,60 ± 1,65	< 0,001
ЛГ/ФСГ (n = 69)	1,34 ± 0,93	0,98 ± 0,64	< 0,001
Тестостерон (нмоль/л) (n = 44)	2,1 ± 1,17	1,76 ± 0,81	< 0,001
E1 (пмоль/л)	950,8 ± 889,7	737,3 ± 679,7	< 0,001
E2 (пг/мл) (n = 50)	111,1 ± 73,6	77,3 ± 30,6	< 0,001
Прогестерон (нмоль/л) (n = 45)	12,41 ± 8,45	24,8 ± 10,6	< 0,001
ИРИ (мкЕД/мл)	18,93 ± 9,69	13,68 ± 7,39	< 0,001
Лептин (нг/мл)	71,93 ± 15,8	49,28 ± 19,59	< 0,001
Гликемия натощак (ммоль/л)	5,17 ± 1,04	4,53 ± 0,76	< 0,001
Гликемия ч/з 2 ч после нагрузки (ммоль/л)	5,22 ± 1,65	4,94 ± 0,9	= 0,226
НОМА-R [ммоль/л] x [мкЕД/мл]	4,45 ± 2,72	2,79 ± 1,55	< 0,001
ХС (ммоль/л)	5,47 ± 1,04	4,88 ± 0,8	< 0,001
ТГ (ммоль/л)	1,83 ± 0,82	1,31 ± 0,62	< 0,001
ХС-ЛПВП (ммоль/л)	1,20 ± 0,37	1,42 ± 0,36	< 0,001
ХС-ЛПНП (ммоль/л)	3,47 ± 0,87	2,76 ± 0,75	< 0,001
Ка	3,91 ± 1,55	2,68 ± 0,96	< 0,001

Исходя из полученных результатов обследования, разработаны принципы формирования индивидуальных программ лечения ожирения у женщин репродуктивного возраста.

Основными критериями деления пациенток на группы являлись: степень тяжести и тип ожирения; выраженность метаболических нарушений (оценивалось состояние углеводного и липидного обменов, наличие инсулинорезистентности, артериальной гипертензии); состояние гормонального статуса; наличие нарушений менструальной и репродуктивной функций; особенности пищевого поведения; эмоционально-личностной сферы (наличие тревоги, депрессии).

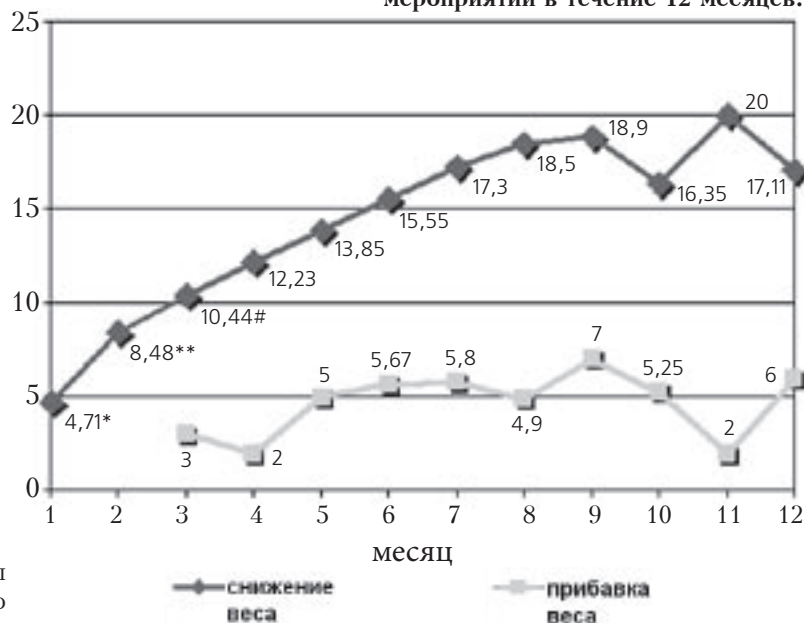
Для каждой группы пациенток установлена базисная и индивидуальная терапия. Базисная терапия ожирения включала обязательное для всех пациенток соблюдение диеты, режима физических нагрузок, элементы психотерапии и определенную медикаментозную коррекцию по показаниям. Индивидуальная терапия предусматривала назначение препаратов, корригирующих нарушения пищевого поведения, психо-эмоциональной сферы, на-

рушений менструальной и репродуктивной функции.

140 пациенток, получавших лечение, были разделены на 4 группы в зависимости от получаемой терапии: I-я группа (n = 45) – диета, прием метформина в дозе 1500 мг/сут, орлистата по 120 мг 2-3 раза в день; II-я группа (n = 42) – диета, метформин в дозе 1500 мг/сут; III-я группа (n = 30) – диета, орлистат по 120 мг 2-3 раза в день; IV-я группа (n = 23) – только диета. Из лечения выбыли 44 человека в связи с несоблюдением рекомендаций, отказом от лечения, сопутствующими заболеваниями. Снижение массы тела зарегистрировано у 96 женщин (68,6 %): в I-й группе – у 26, во II-й – у 32, в III-й – у 18, в IV-й – у 20 пациенток. Индивидуальный подбор лечебных мероприятий в течение 12 месяцев позволил эффективно снизить вес от 4 до 30 кг,

в среднем, на $12,0 \pm 6,4$ кг (11,9 %). Динамика изменения массы тела у пациенток с ожирением представлена на рисунке.

Рисунок. Динамика изменения массы тела у пациенток с ожирением на фоне проводимого комплекса лечебных мероприятий в течение 12 месяцев.



Примечание: * – $p < 0,05$ между показателем 1-го месяца и всеми значениями массы тела, ** – $p < 0,05$ между показателем 2-го месяца и значениями массы тела 1, 4, 7, 8, 9, 12-го месяцев, # – $p < 0,05$ между показателем 3-го месяца и значениями массы тела 1, 8, 9-го месяцев.



Проведение комплекса разработанных мероприятий позволило уменьшить выраженность абдоминального ожирения, что способствовало улучшению метаболических процессов: уменьшению атерогенных фракций липидов и повышению ХС-ЛПВП, снижению гликемии натощак, показателя инсулинорезистентности НОМА-R в 1,6 раза (до $2,79 \pm 1,55$, $p < 0,001$) (табл. 1).

Отмечено статистически значимое снижение уровня лептина и эстрогена, повышение содержания прогестерона крови. Снижение инсулинорезистентности и инсулина, ЛГ, индекса ЛГ/ФСГ и тестостерона способствовало уменьшению объема яичников и ЯМИ, восстановлению овуляторных менструальных циклов у большинства получавших лечение больных (80 чел. или 83,3 %) и, соответственно, повышению уровня прогестерона крови. В результате лечения желанная беременность наступила у 5 пациенток (таблица 2).

На фоне снижения веса отмечено достоверное увеличение частоты ограничительного пищевого поведения (75 %, $p < 0,001$), в сравнении с небольшим процентом эмоциогенного (16 %), экстернального (4,5 %) и нормы (4,5 %) ($p < 0,001$). В динамике уменьшилась

частота клинической тревоги и клинической депрессии, несколько снизилось количество пациенток с сочетанием тревоги и депрессии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, дифференцированный подбор терапии ожирения, основанный на формировании индивидуальных программ лечения, является высокоэффективным, и позволяет женщинам репродуктивного возраста с ожирением нормализовать пищевое поведение, снизить массу тела, улучшить метаболические процессы, состояние гормонального статуса, восстановить менструальную и репродуктивную функцию.

Таблица 2
Некоторые показатели состояния репродуктивной системы на фоне комплекса лечебных мероприятий у женщин репродуктивного возраста с ожирением (n = 96)

Показатель	До лечения	После лечения	P
V я правого (см ³) (n = 30)	$12,69 \pm 4,14$	$9,88 \pm 3,45$	= 0,020
V я левого (см ³) (n = 30)	$12,76 \pm 4,01$	$9,95 \pm 2,81$	= 0,004
ЯМИ (n = 30)	$3,13 \pm 0,95$	$2,26 \pm 0,62$	< 0,001
НМЦ, абс (%)	64 (66,7)	16 (16,7)	< 0,001
Бесплодие, абс (%)	32 (33,3)	27 (28,1)	= 0,532

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дедов, И.И. Патогенетические аспекты ожирения /Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. //Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1. – С. 3-9.
2. Серов, В.Н. Ожирение и репродуктивное здоровье (обзор литературы) /Серов В.Н., Кан Н.И. //Акуш. и гинекол. – 2004. – № 5. – С. 16-20.
3. Altman, J. Weight in the balance /Altman J. //Neuroendocrinology. – 2002. – N 76. – P. 131-136.
4. Reaven, G.M. Insulin Resistance. The Metabolic Syndrome X /Reaven G.M., Laws A. – Humana Press, 1999. – P. 373.
5. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior /Van Strein T., Frijters J., Bergere G. et al. //Int. J. Eating Disord. – 1986. – N 5(2). – P. 295-315.





КУБЛИНСКИЙ К.С., ЕВТУШЕНКО И.Д., ТКАЧЕВ В.Н.,
ВОРОНОВСКАЯ Н.И., ТИТКОВА И.Н.
*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

РАННЕЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Выполнение реконструктивно-пластических операций у пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия сопровождается повышением уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови. Назначение магнитолазеротерапии в раннем послеоперационном периоде ведет к снижению ИЛ-1 β и ФНО- α и позволяет повысить эффективность восстановления репродуктивной функции.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие, магнитолазеротерапия, цитокины.

The aim of this study was to increase efficacy of surgical treatment in patients with infertility using magnetolaser therapy (MLT). The treatment with MLT resulted in decreased concentration of pro-inflammatory cytokines compared to standard therapy where levels of cytokines changed insignificantly. Thus, using MLT early after the surgery allows to increase efficacy of reproductive function restoration.

Key words: infertility, magnetolaser therapy, cytokines.

Последнее время большое внимание уделяется ведению послеоперационного периода и разработке комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на снижение рецидивов спаечного процесса в малом тазу и повышение эффективности терапии трубно-перитонеального бесплодия. Это связано с тем, что частота восстановления репродуктивной функции после хирургической коррекции остается невысокой и, по данным разных авторов, составляет 18-35 % [1, 2]. Снизить риск повторного спайкообразования в малом тазу, сохранить проходимость и улучшить функциональное состояние маточных труб позволяет восстановительная физиотерапия [3]. Основными требованиями при ее назначении являются минимальная нагрузка на организм и максимально раннее использование комплекса физических факторов [4]. Этим требованиям отвечает магнитолазерное воздействие, которое улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, активизирует процессы регенерации в тканях, обладает иммуномодулирующим, обезболивающим действием, что позволяет в короткие сроки не только купировать симптомы воспалительных явлений, но и улучшить общее самочувствие больных. Взаимодействие магнито- и лазеротерапии позволяет снизить дозу облучения, число процедур, и проводить лечение более глубоко расположенных патологических очагов, обеспечивая более высокий терапевтический эффект, чем при действии каждого из этих факторов в отдельности [5].

Цель исследования — повышение эффективности реконструктивно-пластических операций у пациенток с бесплодием путем применения маг-

нитолазеротерапии в раннем послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В обследовании приняли участие 87 больных в возрасте 20-35 лет. Трубно-перитонеальной фактор бесплодия верифицирован во время лапароскопии. Пациентки с другими факторами бесплодия в исследование не включались. Предварительное обследование женщин включало в себя рутинные клинико-лабораторные исследования, УЗИ органов малого таза, тесты функциональной диагностики, оценку состояния маточных труб по результатам компьютерной кимопертубации. Эндоскопические операции выполнялись по общепринятым методикам.

Основную группу составили 44 пациентки, которые с первых суток после лапароскопии, наряду с антибактериальной терапией и ненаркотическими анальгетиками, получали магнитолазерное лечение, осуществляемое физиотерапевтическим прибором «Узор 2К». В группу сравнения вошли 43 пациентки, которые после аналогичной эндоскопической коррекции получали в послеоперационном периоде традиционное лечение без назначения физических факторов. Контрольную группу составили 20 клинически здоровых женщин.

Было изучено содержание ИЛ-1 β и ФНО- α в сыворотке крови в исследуемых группах, а также функциональное состояние маточных труб методом компьютерной кимопертубации.

Обследование пациенток проводили до и после проведенной терапии, проспективное наблю-



дение осуществляли в течение года. Результаты исследования обрабатывали с помощью программы «Statistica». Для проверки нормальности распределения показателей использовали критерий Колмогорова-Смирнова; равенство выборочных средних проверяли по t-критерию Стьюдента (в случае нормального распределения) и U-критерию Манна-Уитни (при отклонении распределения от нормального). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст обследованных пациенток составил $28,4 \pm 4$ лет. Длительность бесплодия, в среднем, равнялась $5,3 \pm 3,3$ лет. Первичное бесплодие имело место у 35 женщин (40,2 %), вторичное — у 52 (59,8 %). Более половины (69,2 %) пациенток с вторичным бесплодием имели в анамнезе указания на искусственное прерывание беременности, у каждой второй из их числа отмечались постабортные осложнения воспалительного характера. Операции на органах брюшной полости и малого таза выполнялись ранее 24 пациенткам (27,6 %). Наличие воспалительного процесса гениталий отмечалось у 52 больных (59,7 %), причем у 10 (11,5 %) из них имела место острая клиническая манифестация заболевания. Заболевания, в основе которых лежат инфекции, передаваемые половым путем, были выявлены у 22 пациенток (25,3 %). Хроническая тазовая боль беспокоила 37 женщин (42,5 %). Каждая третья пациентка (31 %) предъявляла жалобы на диспареунию.

У всех больных во время лапароскопии был исключен генитальный эндометриоз. При ревизии органов малого таза у всех 87 женщин был диагностирован спаечный процесс различной степени выраженности (по классификации Hulka et al., 1978). I-II степень выявлена у 59 пациенток (67,8 %), III-IV степень — у 28 (32,2 %). Картина хронического сальпингоофорита отмечена у 37 больных (42,5 %), гидросальпинкс — у 50 (57,5 %), причем у 29 (33,3 %) он был двусторонним. В соответствии с выявленной патологией органов малого таза у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, проведена хирургическая коррекция обнаруженных нарушений. Хирургическое вмешательство было направлено на восстановление нарушенной проходимости маточных труб и нормальных анатомических отношений внутренних

половых органов. Пройодимость маточных труб во время лапароскопии восстановлена у всех женщин в 100 % случаев.

Пациенткам основной группы ежедневно осуществлялось магнитолазерное воздействие на проекцию правых и левых придатков через переднюю брюшную стенку, по 4 минуты на каждое поле. Всего проводилось 5 сеансов. Переносимость физиолечения была хорошей, исчезновение болевого синдрома и нормализация температуры тела происходили через 2-3 дня после операции.

Ранний послеоперационный период характеризовался значительным повышением уровня провоспалительных цитокинов в обеих группах. Содержание ИЛ-1 β в сыворотке крови в основной группе составило $229,80 \pm 17,86$ пкг/мл, в группе сравнения — $191,95 \pm 15,91$ пкг/мл, что превышало аналогичные показатели группы контроля в 5 раз, уровень ФНО- α был выше в 3 раза ($133,10 \pm 9,36$ и $127,88 \pm 9,70$ пкг/мл) ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Содержание провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия на 1-е сутки после лапароскопии ($M \pm m$)

Показатель	Группа контроля n = 20	Основная группа n = 44	Группа сравнения n = 43	p
ИЛ-1 β	$35,71 \pm 6,40$	$229,80 \pm 17,86$	$191,95 \pm 15,91$	$< 0,05$
ФНО- α	$43,86 \pm 5,47$	$133,10 \pm 9,36$	$127,88 \pm 9,70$	$< 0,05$

Примечание: p — достоверность различий при сравнении с группой контроля.

Применение магнитолазеротерапии привело к достоверному снижению уровня ИЛ-1 β и ФНО- α в сыворотке крови до $133,10 \pm 9,36$ и $127,88 \pm 9,70$ пкг/мл, соответственно ($p < 0,05$). При этом у больных группы сравнения содержание ИЛ-1 β по окончании лечения фактически не изменилось ($141,73 \pm 8,62$ пкг/мл), а уровень ФНО- α , напротив, имел тенденцию к увеличению до $135,46 \pm 8,76$ пкг/мл ($p > 0,05$) (табл. 2). Таким образом, уровень цитокинов в сыворотке крови по окончании комплексного реабилитационного лечения в основной группе значительно ниже соответству-

Таблица 2

Содержание провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия на 7-е сутки после лапароскопии ($M \pm m$)

Показатель	Группа контроля n = 20	Основная группа n = 44	Группа сравнения n = 43	p
ИЛ-1 β	$35,71 \pm 6,40$	$97,65 \pm 7,84$	$141,73 \pm 8,62^*$	$< 0,05$
ФНО- α	$43,86 \pm 5,47$	$106,93 \pm 7,89$	$135,46 \pm 8,76^*$	$< 0,05$

Примечание: p — достоверность различий при сравнении с группой контроля; * — различия достоверны при сравнении основной группы и группы сравнения, $p < 0,05$.



ющих параметров группы сравнения, что свидетельствует о противовоспалительном действии магнитолазера.

В процессе проспективного обследования, у 10 больных (23,3 %) группы сравнения сохранялся синдром хронических тазовых болей, 8 (18,6 %) указывали на наличие диспареунии. Оперативное вмешательство по поводу трубной беременности потребовалось 5 больным (11,6 %). Отдаленные результаты лечения у женщин, в раннем послеоперационном периоде которых применялась магнитолазеротерапия (основная группа), были значительно лучше, чем у пациенток группы сравнения. По сравнению с первоначальным, число пациенток с наличием синдрома тазовых болей сократилось в два раза и составило 10 человек (22,7 %) ($p = 0,007$). О наличии сексуальных расстройств сообщили 3 пациентки (6,8 %) ($p = 0,005$). Внематочная беременность послужила причиной оперативного лечения у 2 больных (4,5 %).

Эффективность проводимого лечения оценивали по наступлению маточной беременности. За время наблюдения (один год) маточная беременность наступила у 13 пациенток (29,5 %) основной группы, в то время как в группе сравнения — лишь у 5 женщин (11,6 %) ($p < 0,05$).

При отсутствии беременности спустя три месяца с момента проведения лапароскопии, мы применяли метод компьютерной пертубации. Полученные результаты говорили об уменьшении спазма и улучшении функционального состояния трубно-маточных соединений и ампулярно-истмических отделов маточных труб у пациенток обеих групп. Вместе с тем, по сравнению с первоначальными показателями, только в основной группе возросли амплитуда и частота сокращений маточных труб, а их ритм стал правильным ($p < 0,05$). В группе сравнения частота сокращений маточных труб оставалась низкой, увеличение амплитуды сокращений было недостоверным, а тонус маточных труб оставался по-прежнему выше нормы. Таким образом, назначение магнитолазеротерапии в раннем послеоперационном периоде позволяет улучшить функциональное состояние маточных труб, в основном за счет улучшения их сократительной активности, а также снижения тонуса трубно-маточных и ампулярно-истмических соединений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведение эндоскопических операций у больных с трубно-перитонеальным бесплодием сопровождается развитием местной асептической

воспалительной реакции [6], что приводит к повышению уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови. В настоящее время считается очевидным участие ИЛ-1 β и ФНО- α в формировании спаек перитонеальной области [2]. Назначение магнитолазеротерапии в раннем послеоперационном периоде оказывает выраженный противовоспалительный эффект, что подтверждается достоверным снижением уровня ИЛ-1 β и ФНО- α в основной группе. Вероятно, это приводит к сокращению фазы воспаления и является одним из путей профилактики образования послеоперационных спаек.

Таким образом, пациенткам с трубно-перитонеальным бесплодием, после проведения реконструктивно-пластических операций на придатках матки, целесообразно проведение с первых суток ранней реабилитационной терапии путем использования магнитолазерного воздействия, что позволяет улучшить течение послеоперационного периода, снизить частоту хронической тазовой боли и диспареунии, улучшить функциональное состояние маточных труб и повысить эффективность восстановления репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов /Кулаков В.И., Маргиани Ф.А., Назаренко Т.А. и др. //Акуш. и гинекол. — 2001. — № 3. — С. 33-36.
2. Хусаинова, В.Х. Диагностика, лечение и профилактика спаечного процесса в малом тазе у женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия /Хусаинова В.Х., Федорова Т.А., Волков Н.И. //Гинекол. — 2003. — № 2, Т. 5. — С. 58-62.
3. Ранняя восстановительная физиотерапия после микрохирургических операций на маточных трубах /Арсланян К.А., Стругацкий В.М., Адамян Л.В. и др. //Акуш. и гинекол. — 1993. — № 2. — С. 45-48.
4. Стругацкий, В.М. Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирurgicalических операций в гинекологии /Стругацкий В.М., Арсланян К.А. //Вопр. курортол. — 2000. — № 2. — С. 42-45.
5. Комбинированное действие инфракрасного излучения постоянного и переменного магнитного полей при экспериментальном атеросклерозе /Зубкова С.М., Варакина Н.И., Михайлик Л.В. и др. //Вопр. курортол. — 1998. — № 4. — С. 31-36.
6. Реабилитация гинекологических больных после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза /Бакуридзе Э.М., Дубницкая Л.Ф., Федорова Т.А. и др. //Акуш. и гинекол. — 2002. — № 3. — С. 45-48.



ЛЮБАРОВА И.Б., ТИХОНОВСКАЯ О.А., АЛИФИРОВА В.М.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Проведен сравнительный анализ характера и степени выраженности климактерических нарушений у женщин, перенесших ишемический инсульт, и женщин с хроническими ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. Почти по всем показателям не обнаружено статистически достоверных различий.

Ключевые слова: климакс, нарушения мозгового кровообращения.

The character and severity of climacteric syndrome in women who suffered ischemic stroke and women with cerebral vascular ischemic diseases were compared and analysed. No significant differences were revealed in all the indexes.

Key words: climacteric, cerebral vascular diseases.

Вторая половина XX века отмечена значительными изменениями возрастной структуры населения во всем мире. Произошло увеличение численности и удельного веса пожилых и старых людей на фоне снижения рождаемости [1]. По прогнозам ВОЗ, к 2015 году доля женщин старше 45 лет составит около 46 % женской популяции [2]. В настоящее время средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах приближается к 80 годам. Россия входит в число 70 стран, индекс активной жизни которых превышает 60 лет. Для женщин возраст трудоспособности составляет 66,4 года [3].

После 40-45 лет в организме женщины развиваются сложные обменно-эндокринные процессы, связанные с возрастными инволютивными изменениями в яичниках и гипоталамических центрах. Почти у половины женщин (48 %) физиологическое течение климактерического периода осложняется климактерическим синдромом разной степени выраженности, что проявляется вегетоневротическими, психоэмоциональными, урогенитальными нарушениями, дистрофическими изменениями кожи, развитием атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза и др. Время появления и степень выраженности этих симптомов подвержены значительным индивидуальным колебаниям, но подчинены определенной хронологической закономерности в последовательности их проявления. Наиболее ранними являются вегетативные нарушения, которые встречаются почти у 90 % женщин с климактерическим синдромом. Нарушение адаптационных и компенсаторных механизмов при климаксе приводит к астенизации нервной системы. Астения, как одна из составляющих вегетативных нарушений в организме, является неспецифической формой реагирования нервной системы на самые различные факторы, в том числе на эндокринные

изменения. У многих женщин отмечается пре-, интра- и постсомническая бессонница, разбитость по утрам и высокая утомляемость. Одновременно с вегетативными изменениями, появляются психоэмоциональные нарушения, которые встречаются в 85 % случаев [4]. Постепенно появляются и нарастают когнитивные нарушения, которые проявляются нарушением памяти, концентрации внимания, переключаемости и истощаемости [5]. Спустя 2-5 лет у 30-40 % женщин присоединяются атрофические изменения кожи и урогенитального тракта, которые проявляются атрофическим вагинитом, уродинамическими нарушениями (недержание мочи, никтурия, дизурия) и др. Через 5-10 лет к выше описанным изменениям у 40 % женщин присоединяются поздние обменные нарушения — остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания, атеросклероз и др.

На тяжесть течения климактерического синдрома влияет наличие и характер экстрагенитальной патологии, в то же время и климактерический синдром усугубляет тяжесть этой патологии [6].

Одной из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации являются сосудистые заболевания головного мозга [7]. Наша страна занимает второе место в мире по смертности от церебрального инсульта, которая в 3-8 раз выше, чем в США, Франции, Швейцарии и других странах. В последние десятилетия, по инициативе Всемирной организации здравоохранения, в разных странах проводятся эпидемиологические исследования, направленные на выяснение причин, частоты основных сосудистых заболеваний и роли различных факторов риска в их развитии. Согласно результатам статистического анализа установлено, что число инсультов неуклонно возрастает и каждые 10 лет их частота примерно удваивается. В настоящее время заболеваемость инсультом в разных регионах России колеблется



от 2,60 до 5,37 и составляет, в среднем, 3,36 на 1000 населения [7, 8]. В последние годы наблюдается тенденция к «омоложению» инсульта. В Сибири средний возраст развития острых нарушений мозгового кровообращения у женщин составляет 46-69 лет, что в среднем на 10-20 лет меньше, чем в США и развитых европейских странах [8]. Одним из факторов риска развития цереброваскулярной патологии у женщин является наличие климактерического синдрома. Распространенность сосудистых заболеваний головного мозга у женщин в климактерическом периоде составляет 42,9 % [9].

Цель исследования — провести сравнительный анализ течения периода пре- и постменопаузы у женщин с хроническими ишемическими нарушениями мозгового кровообращения и женщин, перенесших ишемический инсульт.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 66 женщин с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения (НМК) в пре- и постменопаузальном периоде не более 10 лет. Все женщины имели проявления климактерического синдрома. В зависимости от вида НМК, они были разделены на 2 группы: первую составили 33 женщины, которые перенесли инсульт по ишемическому типу более одного года назад, вторую — 33 женщины, имеющие хронические ишемические НМК. Женщины были сопоставимы по возрасту — первая группа от 45 до 57 лет (средний возраст $52,2 \pm 3,1$ лет); вторая — от 44 до 56 лет (средний возраст $50,9 \pm 3,7$ лет).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка клинических данных — субъективное состояние больных, анамнез, объективный статус: соматический, неврологический и гинекологический (осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищно-абдоминальное исследование, цитологическое исследование соскоба с эндо- и экзоцервикса, УЗИ органов малого таза, по показаниям — гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба); осмотр молочных желез, маммография, ЭКГ, по показаниям — УЗИ щитовидной железы; оценка массы тела (критерии ВОЗ, 1999); лабораторные исследования (биохимический анализ крови, коагулограмма); методы нейровизуализации (МРТ и КТ головного мозга, УЗИ сосудов головного мозга); оценка климактерического синдрома по шкале менопаузального индекса Куппермана-Уваровой (1982); оценка функционального состояния вегетативной нервной системы по Вейну А.М. (1991) — подсчет

индекса Кердо, коэффициента Хильдебранда, заполнение опросников; оценка выраженности и характера астении: опросник Шац И.К. (1991); кривые истощаемости (корректирующая проба Бурдона, счет по Крепелину-Шультце).

Полученные данные обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0. Использовались как параметрические, так и непараметрические критерии: критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Критическим считался уровень $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных показал, что средний возраст наступления менопаузы составил в первой группе $49,1 \pm 2,9$ лет, во второй — $48,1 \pm 2,6$ лет. Различий между группами по этому показателю не выявлено ($p < 0,05$).

Статистически достоверным ($p < 0,05$) оказалось то, что у женщин, перенесших острое НМК, чаще климактерический синдром возникал с наступлением менопаузы — 17 (51,5 %), в пременопаузе — у 13 (39,4 %) и через 1-2 года после менопаузы только у 3 (9,1 %). Тогда как у женщин с хроническими НМК — преимущественно в пременопаузальном периоде — 21 (63,6 %) и с наступлением менопаузы — 12 (36,4 %), в постменопаузе не зарегистрировано ни одного случая.

Для оценки степени выраженности клинических проявлений климактерического синдрома использовался общепринятый менопаузальный индекс Куппермана в модификации Уваровой. Симптомы оценивались по трем основным группам. Результаты оценки представлены в таблице. Нейровегетативные нарушения в обеих группах наблюдались преимущественно легкие и среднетяжелые; обменноэндокринные — легкой степени; психоэмоциональные — средней степени тяжести. Достоверных различий между группами не выявлено ($p < 0,05$).

Более детально степень и характер вегетативных нарушений оценивались по А.М. Вейну (1991). Проведено анкетирование по стандартным тест-таблицам. Опросник, заполняемый пациенткой, включал 11 вопросов, заполняемый врачом — 13. Максимальная сумма по каждому пункту составляла 10 баллов. Анализ результатов не показал достоверных различий ($p < 0,05$) между двумя сравниваемыми группами. Средняя сумма баллов по первому опроснику в 1-й группе составила $65,45 \pm 21,41$ баллов, во 2-й — $63,48 \pm 17,47$; по второму опроснику — $58,7 \pm 16,54$ и $56,55 \pm 15,04$ баллов, соответственно. В обеих группах преобладали жалобы на головную боль различной локализации и характера, повышенную потливость, гиперемия лица, сердцебиения, метеочувствительность, нарушения сна,



Таблица
Степень выраженности климактерического синдрома
(менопаузальный индекс Куппермана-Уваровой, 1982)
в группах женщин с хроническими ишемическими
нарушениями мозгового кровообращения и
перенесших ишемический инсульт

	Степень тяжести	1 группа (n = 33)	2 группа (n = 33)
Нейровегетативные нарушения	легкая	14 (42,4 %)	12 (36,4 %)
	средняя	12 (36,4 %)	16 (48,5 %)
	тяжелая	7 (21,2 %)	5 (15,2 %)
Обменноэндокринные нарушения	легкая	27 (81,8 %)	22 (66,7 %)
	средняя	5 (15,2 %)	11 (33,3 %)
	тяжелая	1 (3 %)	0
Психоэмоциональные нарушения	легкая	10 (30,3 %)	10 (30,3 %)
	средняя	23 (69,7 %)	20 (60,6 %)
	тяжелая	0	3 (9,1 %)

Примечание: различия в 1 и 2 группах не достоверны ($p > 0,05$).

снижение работоспособности и быструю утомляемость.

Характер вегетативных нарушений определялся путем подсчета вегетативного индекса Кердо (ВИ) по формуле: $ВИ = (1 - Д / Р) \times 100$, где Д — величина диастолического давления; Р — частота сердечных сокращений в 1 мин.

Анализ ВИ выявил, что в обеих группах почти у половины женщин наблюдается преобладание влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы ($ВИ = -24,58 \pm 13,47$ у женщин 1-й группы и $-23,24 \pm 18,03$ — 2-й); у другой половины — симпатической ($ВИ = +9,31 \pm 5,09$ у женщин 1-й группы и $+8,96 \pm 5,16$ — 2-й) и только в единичных случаях наблюдалась эйтония (вегетативное равновесие, при котором $ВИ = 0$). Достоверных различий между группами по этому показателю также не выявлено ($p < 0,05$).

Оценку межсистемных отношений проводили путем определения величины коэффициента Хильдебранта (Q) по формуле: $Q = Р / Д$, где Р — число сердечных сокращений в 1 мин.; Д — число дыхательных движений в 1 мин.

У всех женщин он был в пределах нормы и составил в первой группе $3,9 \pm 0,43$, во второй — $3,85 \pm 0,5$, что свидетельствует об отсутствии расстройств в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Различий между группами по этому показателю не выявлено ($p < 0,05$).

Степень выраженности астенических расстройств оценивалась по модифицированному опроснику Шац И.К. (1991), который включал 5 вопросов с предлагаемыми вариантами ответов. Максимальная сумма по каждому вопросу составляла 3 балла. У подавляющего большинства обследованных была выражена степень астении (от 11 до 15 баллов) — 21 (63,6 %) в 1-й группе и столько же во второй, умеренная (от 6 до 10 бал-

лов) — 11 (33,3 %) в 1-й и 10 (30,3 %) во 2-й, реакция утомления (от 1 до 5 баллов) — у 1 (3,0 %) в 1-й и 2 (6,1 %) во 2-й группе. В обеих группах преобладала гипостеническая форма астенических расстройств — 24 (75 %) в 1-й и 19 (61,3 %) во 2-й. Статистически значимых различий между группами по этому показателю не было ($p < 0,05$).

Для объективной оценки астенических и когнитивных нарушений также использовались кривые истощаемости (корректирующая проба Бурдона, счет по Крепелину-Шульте). Исследование производится индивидуально, при помощи специальных бланков корректирующей пробы В. Bourdon (1895), с рядами расположенных в случайном порядке букв. В настоящей работе использовались оригинальные бланки, изготовленные по прототипу. Инструкция предусматривает зачеркивание двух определенных букв в течение 5 минут. Проверка выполнения производится по заранее подготовленному образцу путем сопоставления. Отмечается объем выполненной работы, количество ошибок и темп выполнения задания. Все данные анализируются и подвергаются обработке по стандартным таблицам.

Обработка полученных данных показала следующие результаты: продуктивность у обследованных обеих групп имела тенденцию к повышению на 2-й мин. по сравнению с 1-й мин. с последующим истощением на 3-й мин., незначительной стабилизацией на 4-й мин. и истощением на 5-й мин. При этом точность у женщин 1-й группы прогрессивно снижалась в течение всего исследования, а у 2-й группы — после низкого показателя на 1-й мин. наблюдалось повышение показателя на 2-й мин., но затем изменения были аналогичны женщинам 1-й группы. В результате, устойчивость внимания имела следующие показатели: у женщин первой группы отмечалась стабилизация на 1-й и 2-й мин. исследования, затем снижение на 3-й мин., плато на 4-й мин. и дальнейшее снижение на 5-й мин.; у второй группы — низкий показатель на 1-й мин., незначительный подъем на 2-й мин. и снижение на протяжении дальнейшего исследования. Все показатели были выше у женщин второй группы, но эти различия статистически не достоверны ($p < 0,05$).

В исследовании по Краепелин-Schulte (1895) также используется заранее заготовленный бланк, изготовленный по прототипу. Обследуемый производит сложение в столбцах, состоящих из двух цифр, в течение 5 минут. В этом исследовании также отмечается объем выполненной работы, количество ошибок и темп выполнения задания. Все данные заносятся в таблицу и анализируются.



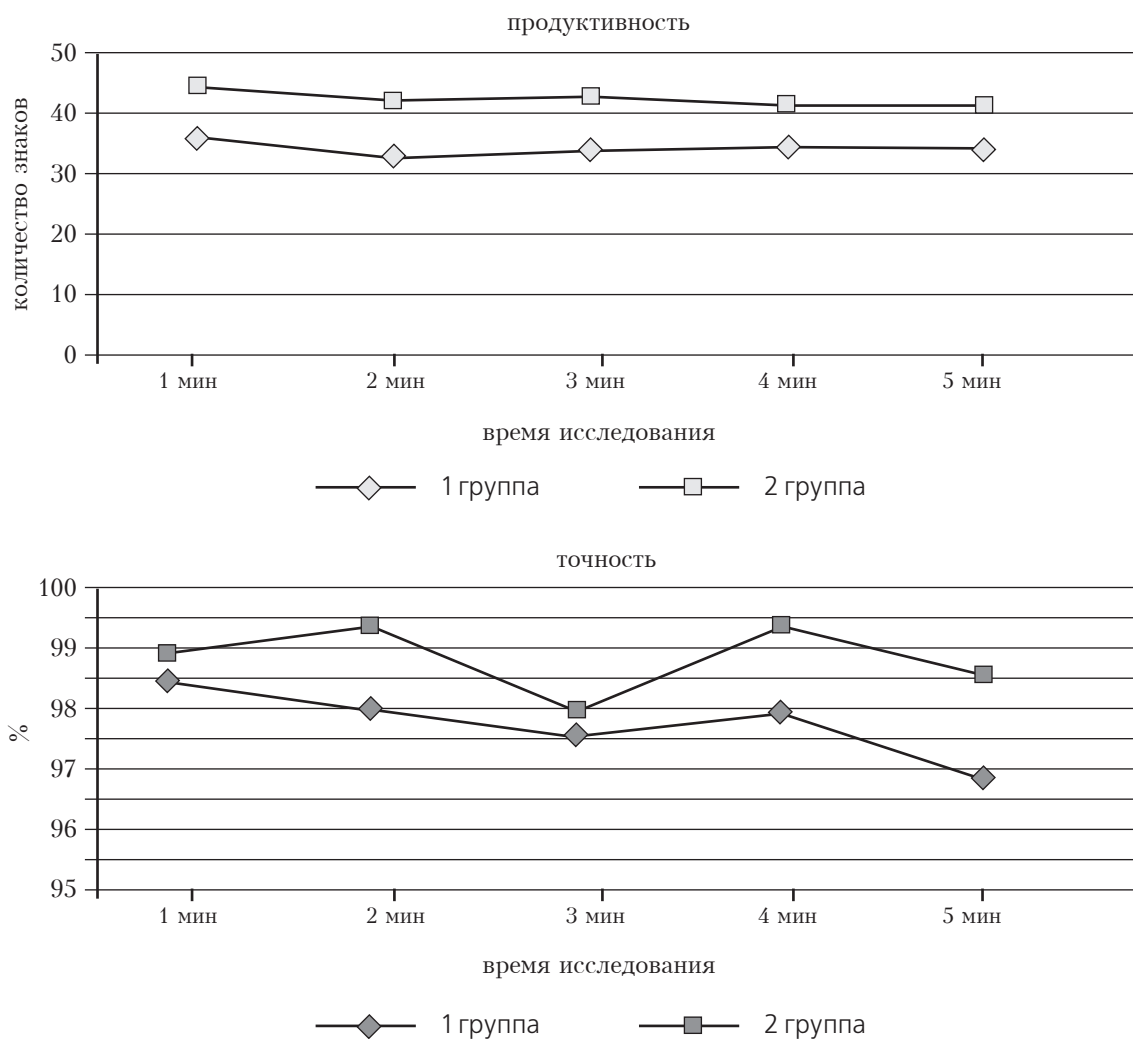
В результате исследования получены следующие результаты (рис.): продуктивность в обеих группах резко снижалась на 2-й мин. исследования, затем незначительно повышалась на 3-й мин. и оставалась стабильной на 4-й и 5-й мин. у женщин первой группы, во второй группе — снижалась. Точность в обеих группах имела почти одинаковую тенденцию: снижение на 2-й мин. (во второй группе) и 4-й мин., резкий подъем на 3-й мин. Полученные данные говорят о значительном превышении показателей у женщин второй группы. Результаты статистически достоверны ($p < 0,05$).

Данные, полученные в результате анализа кривых истощаемости, свидетельствуют о низкой работоспособности женщин обеих групп, быстрой истощаемости, плохой концентрации и слабой устойчивости внимания, подтверждают преобладание гипостенической формы астении. Во второй группе показатели были на более высоком уровне, что свидетельствует о лучших способностях к концентрации внимания, работоспособности, когнитивных функций, чем у женщин первой группы.

Масса тела оценивалась по значению индекса массы тела, согласно критериям ВОЗ (1999):

Рисунок.

Кривая истощаемости (счет по Крепелену-Шульте, 1895) у женщин с хроническими ишемическими нарушениями мозгового кровообращения и перенесших ишемический инсульт.



Примечание: ◆ — различия в 1 и 2 группах достоверны ($p < 0,05$);
■ — различия не достоверны



дефицит массы тела $< 18,5 \text{ кг/м}^2$; нормальная — $18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$; избыточная масса тела — $25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$; ожирение I-й степени — $30,0\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$; II-й степени — $35,0\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$; III-й степени — $40,0 \text{ кг/м}^2$ и выше. Согласно полученным данным, нормальная масса тела имела только у 5 женщин (15,2 %) 1-й группы и у 9 (27,3 %) — 2-й; низкая — 2 (6,1 %) в 1-й и не наблюдалась во 2-й; избыточная — 12 (36,4 %) и 13 (39,4 %); ожирение I-й степени — у 6 (18,2 %) и 8 (24,2 %); II-й — 5 (15,2 %) и 1 (3 %); III-й — 3 (9,1 %) и 2 (6,1 %), соответственно. Таким образом, увеличение массы тела выше нормы было обнаружено у 26 женщин (78,8 %) 1-й группы и у 24 (72,7 %) 2-й группы. Достоверных различий между группами не выявлено ($p < 0,05$).

В структуре гинекологических заболеваний наиболее часто встречались сенильный кольпит — у 22 (66,7 %) в 1-й группе и 21 (63,6 %) во 2-й, мастопатия — 21 (63,6 %) и 23 (69,7 %), миома матки преимущественно небольших размеров — почти у 50 % женщин в обеих группах, пролапс гениталий различной степени — 11 (33,3 %) и 10 (30,3 %). Более чем у половины женщин в обеих группах выявлено стрессовое недержание мочи. Достоверных различий между группами не выявлено ($p < 0,05$).

Таким образом, в результате проведенного исследования обнаружено, что у женщин с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения наблюдается преимущественно легкое и среднетяжелое течение климактерического синдрома в сочетании с выраженными астеническими и когнитивными нарушениями. Выявлена высокая частота избыточной массы тела и ожирения, которые являются одним из факторов риска возникновения острых нарушений мозгового кровообращения. При сравнении показателей между группами установлено, что у женщин, перенесших ишемический инсульт, проявления

климактерического синдрома чаще возникают с наступлением менопаузы, а у женщин с хроническими ишемическими НМК — в пременопаузе. У последних лучше сохранены когнитивные функции, способность к концентрации внимания и работоспособность. По остальным показателям достоверных различий между группами не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сафарова, Г.Л. Демографические аспекты старения населения России /Сафарова Г.Л. //Успехи геронтол. — 1997. — № 1. — С. 20-25.
2. Балан, В.Е. Эпидемиология климактерического периода в условиях большого города /Балан В.Е. //Акуш. и гинекол. — 1997. — № 3. — С. 13-16.
3. Инвалидность основных возрастных групп населения Санкт-Петербурга /Дятченко О.Т. с соавт. //Клин. геронтол. — 2002. — Т. 8, № 6. — С. 65-72.
4. Психозомоциональные расстройства у женщин в постменопаузе и методы их коррекции /Ниаури Д.А. с соавт. //Ж. акуш. и жен. бол. — 2001. — Т. 1, Вып. 4. — С. 90-95.
5. Захаров, В.В. Когнитивные нарушения в пожилом возрасте /Захаров В.В., Яхно Н.Н. //Фарматека. — 2004. — № 6. — С. 34-40.
6. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология: Руков. для врачей /В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. — СПб., 1995. — 224 с.
7. Гусев, Е.И. Проблема инсульта в России /Е.И. Гусев //Ж. неврол. и псих.: прил. Инсульт. — 2003. — № 9. — С. 3-7.
8. Эпидемиология мозгового инсульта в Сибири /В.Л. Фейгин, Ю.П. Никитин, Д.О. Виберс и др. //Ж. неврол. и псих. — 2001. — № 1. — С. 52-57.
9. Синельникова, М.Н. Цереброваскулярная патология у женщин в климактерическом периоде /М.Н. Синельникова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2004. — 24 с.



МОЗЕС В.Г., УШАКОВА Г.А., МИНАЕВА Т.А., ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П.,
МАЛЫЦЕВА И.А., ОРЛОВА Е.Н.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН В ОСНОВНЫЕ ВОЗРАСТНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ В НОРМЕ И ПРИ ЕЕ ВАРИКОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ

Проведено ультразвуковое исследование венозной системы малого таза 710 женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни: подростковом, репродуктивном, с доношенным сроком беременности, раннем послеродовом периоде, пременопаузе и постменопаузе. Проведенное исследование позволило уточнить диаметр основных венозных коллекторов органов малого таза в норме и при варикозном расширении вен малого таза. Сформулирован вывод о прогрессивном течении заболевания.

The ultrasonic examination of pelvis minor venous system was held in 710 women in their main biological-aged periods of life: adolescence, reproductive, mature pregnancy, in early postnatal period, pre-menopause and post-menopause. The given examination is allowed to clarify the diameter of the basic venous depository in pelvis minor organs in normality and under varicose veins in pelvis minor. The conclusion is made about the progressive course of the disease.

Исследование венозной системы играет важную роль в диагностике одной из причин синдрома хронических тазовых болей — варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ). Известно, что на протяжении всей жизни женщины ее венозная система претерпевает динамические изменения. Однако до последнего времени понятие нормы и патологии при исследовании венозной системы малого таза остается спорным вопросом. Более того, нет представления об ультразвуковой семиотике ВРВМТ. Таким образом, изучение венозной системы органов малого таза в основные возрастно-биологические периоды женщины является чрезвычайно актуальным, позволит ответить на спорные вопросы ультразвуковой семиотики венозной системы малого таза и глубже узнать динамику ее изменения в норме и при ВРВМТ.

Целью исследования являлось определение ультразвуковой семиотики венозной системы малого таза при ВРВМТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 710 женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни. Все обследованные пациентки с ВРВМТ были разделены на четыре основные группы. В первую основную группу вошли 100 подростков с ВРВМТ. Вторая основная группа состояла из 51 пациентки с ВРВМТ в репродуктивном периоде жизни — от 18 до 40 лет. В третью основную группу были включены 208 женщин с доношенным сроком беременности, у которых, по данным УЗИ и интраоперационно, определялись призна-

ки ВРВМТ. Четвертая основная группа состояла из 71 женщины с ВРВМТ периода пременопаузы и постменопаузы — от 55 до 70 лет.

Соответственно основным группам, были составлены четыре группы сравнения, в которые вошли практически здоровые женщины без ВРВМТ: в первую группу сравнения вошло 50 подростков; во вторую группу сравнения — 50 женщин в репродуктивном периоде жизни; в третью группу — 130 пациенток с доношенным сроком беременности; в четвертую группу — 50 женщин периода пременопаузы и постменопаузы.

Состояние венозной системы малого таза у всех женщин изучалось при помощи ультразвукового исследования. Исследование проводилось на ультразвуковых аппаратах «Aloka SSD 630», «Acuson — 128 xp/100» и «Hawk 2002», работающих в режиме реального времени. Для лучшей визуализации использовались трансвагинальные и трансабдоминальные трансдюссеры с частотой от 5 до 7,5 мГц.

Основные статистические показатели были обработаны при помощи пакета прикладных программ BIOSTAT и STATISTICA. Для проверки нормальности распределения показателей применялся критерий Колмогорова-Смирнова. После проверки нормальности распределения, равенство выборочных средних проверялось при помощи t-критерия Стьюдента, критерия Манна-Уитни и однофакторного дисперсионного анализа. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05, что считается достаточным для медицинских исследований.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты ультразвукового исследования венозной системы малого таза доказывают, что при ВРВМТ во все основные возрастно-биологические периоды жизни женщины характерно статистически значимое увеличение диаметра основных венозных коллекторов. Причем, при ВРВМТ дилатация вен происходит не только в маточных, но и во внутренних подвздошных, яичниковых и аркуатных венах.

Вопросы динамического изменения венозной системы малого таза в основные возрастно-биологические периоды жизни женщины представляют особый интерес, так как позволяют осуществить правильный подход к диагностике заболевания. Ультразвуковая семиотика венозной архитектуры органов малого таза у женщин с ВРВМТ в основные возрастно-биологические периоды жизни отражена в таблице 1.

Однофакторный дисперсионный анализ показал, что для ВРВМТ характерно прогрессивное течение. Прогрессивное течение заболевания выражалось в постепенном, но неуклонном и достоверном увеличении диаметра основных венозных

коллекторов малого таза с возрастом женщины. Особенно хорошо это видно на примере правых маточных вен, диаметр которых последовательно увеличивался: $0,64 \pm 0,01$ см у подростков; $1,15 \pm 0,02$ см у женщин репродуктивного возраста; $1,42 \pm 0,02$ см у женщин в периоде беременности; $1,51 \pm 0,02$ см в раннем послеродовом периоде и $1,7 \pm 0,04$ см в периоде пременопаузы и постменопаузы.

Прогрессивное течение заболевания нашло свое отражение в увеличении частоты тотального поражения венозной системы малого таза с возрастом женщин, страдающих ВРВМТ (табл. 2). Если в подростковом и репродуктивном возрасте частота тотальной формы ВРВМТ составляла $4 \pm 2\%$ и $11,7 \pm 4,5\%$, соответственно, то в периоде беременности ее частота увеличивалась до $52,4 \pm 3,5\%$, и достигала $67,6 \pm 5,6\%$ в пременопаузе и постменопаузе.

Таким образом, проведенное исследование показало, что ВРВМТ — это заболевание, характеризующееся прогрессивным течением. Знание показателей основных венозных коллекторов малого таза во все основные возрастно-биологические периоды жизни женщины позволит улучшить качество диагностики заболевания.

Таблица 1
Данные ультразвукового исследования венозной системы малого таза у пациенток с ВРВМТ в основные возрастно-биологические периоды жизни

	Подростки	Репродуктивный	Доношенный срок беременности	Ранний послеродовый	Пременопауза и постменопауза
Диаметр маточных вен (см)					
Справа	$0,64 \pm 0,009^*$	$1,15 \pm 0,02^*$	$1,42 \pm 0,02^*$	$1,51 \pm 0,02^*$	$1,7 \pm 0,04^*$
Слева	$0,65 \pm 0,009^*$	$1,18 \pm 0,04^*$	$1,41 \pm 0,02^*$	$1,52 \pm 0,02^*$	$1,73 \pm 0,04^*$
Диаметр магистральных (внутренних подвздошных) вен (см)					
Справа	$1,35 \pm 0,02^*$	$0,94 \pm 0,029^*$	$1,64 \pm 0,02^*$	$1,19 \pm 0,02^*$	$1,08 \pm 0,05^*$
Слева	$1,36 \pm 0,03^*$	$0,92 \pm 0,02^*$	$1,65 \pm 0,02^*$	$1,18 \pm 0,02^*$	$1,16 \pm 0,05^*$
Диаметр яичниковых вен (см)					
Справа	$0,59 \pm 0,02^*$	$0,41 \pm 0,03$	-	$0,5 \pm 0,02^*$	$0,46 \pm 0,03^*$
Слева	$0,58 \pm 0,03^*$	$0,37 \pm 0,03$	-	$0,6 \pm 0,05^*$	$0,4 \pm 0,03^*$
Диаметр аркуатных вен (см)					
	$0,35 \pm 0,01^*$	$0,44 \pm 0,002$	-	$0,54 \pm 0,02^*$	$0,38 \pm 0,02^*$

Примечание: * — при $p < 0,001$.

Таблица 2
Формы ВРВМТ в основные возрастно-биологические периоды жизни женщин по данным ультразвукового исследования (в %)

Форма ВРВМТ	Подростки	Репродуктивный	Ранний послеродовый	Пременопауза и постменопауза	p
Маточная	$70 \pm 4,6$	$58,8 \pm 6,9$	$25,4 \pm 3$	7 ± 3	$p < 0,001$
Подвздошная	20 ± 4	$19,6 \pm 5,6$	$16,8 \pm 2,6$	$23,9 \pm 5,1$	$p > 0,05$
Яичниковая	$6 \pm 2,4$	$9,8 \pm 4,2$	$5,2 \pm 1,5$	$1,4 \pm 1,4$	$p > 0,05$
Тотальная	4 ± 2	$11,7 \pm 4,5$	$52,4 \pm 3,5$	$67,6 \pm 5,6$	$p < 0,001$



МОЗЕС В.Г., УШАКОВА Г.А., МИНАЕВА Т.А., ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П.,
МАЛЫЦЕВА И.А., ОРЛОВА Е.Н.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН В ОСНОВНЫЕ ВОЗРАСТНО- БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ

Проведен анализ факторов, влияющих на развитие варикозного расширения вен малого таза, у 710 женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни: подростковом, репродуктивном, с доношенным сроком беременности, раннем послеродовом периоде, пременопаузе и постменопаузе. Проведенное исследование позволило создать прогностическую карту риска развития ВРВМТ у женщин, позволяющую подойти индивидуально к вопросам лечения и профилактики заболевания.

The analysis of factors influenced in the development of varicose veins in pelvis minor was held in 710 women in their main biological- aged periods of life: adolescence, reproductive, mature pregnancy, in early postnatal period, pre-menopause and post-menopause. The given examination is allowed to create the prognostic risk chart in developing VVPM in women. It gives the opportunity to prescribe the individual treatment for every patient and deal with prevention of disease.

Современный врач, объединяющий в своей профессиональной деятельности не только широкий диапазон клинических профилей и нозологических форм, но и использующий все целесообразные виды лечебной работы с больными, особое внимание должен уделять индивидуальным программам профилактики любого заболевания. Именно от грамотного применения на практике индивидуально показанных программ профилактики во многом зависит ход дальнейшего течения острого или хронического процесса любого клинического профиля, в том числе и варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ). Таким образом, индивидуальное прогнозирование исхода заболевания, формирование групп «повышенного риска» для своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий является перспективным направлением предупреждения развития ВРВМТ у женщин.

Цель исследования — разработка прогностической карты риска развития ВРВМТ у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование 710 женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни. Все обследованные пациентки с ВРВМТ были разделены на четыре основные группы. В первую основную группу вошли 100 подростков с ВРВМТ. Вторая основная группа состояла из 51 пациентки с ВРВМТ в репродуктивном периоде жизни — от 18 до 40 лет. В третью основную группу были включены 208 женщин с доношен-

ным сроком беременности, у которых, по данным УЗИ и интраоперационно, определялись признаки ВРВМТ. Четвертая основная группа состояла из 71 женщины с ВРВМТ периода пременопаузы и постменопаузы — от 55 до 70 лет.

Соответственно основным группам, были составлены четыре группы сравнения, в которые вошли практически здоровые женщины без ВРВМТ: в первую группу сравнения вошли 50 подростков; во вторую группу сравнения — 50 женщин в репродуктивном периоде жизни; в третью группу — 130 пациенток с доношенным сроком беременности; в четвертую группу — 50 женщин периода пременопаузы и постменопаузы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении пациенток были выявлены некоторые медико-биологические и социальные факторы, представленные на рисунке и в таблице, увеличивающие риск развития ВРВМТ.

Результаты изучения влияния различных факторов на частоту ВРВМТ у женщин явились основой для создания «Прогностической карты риска развития ВРВМТ у женщин», состоящей из факторов, их градаций, соответствующих им нормированных показателей, «весовых индексов» и прогностических коэффициентов.

Для оценки величины риска разработана «шкала риска»: первоначально сложены все минимальные прогностические коэффициенты, сумма разделена на суммарный весовой индекс. Найденная величина является начальным значением риска ВРВМТ. Аналогичным образом рассчитываются максимальные значения риска. Все остальные



значения расположены в диапазоне между минимальным и максимальным показателями. Этот диапазон разделен на три градации — максимального, среднего и минимального риска: значение

$P = 0,6-0,8$ — минимальная степень риска; значение $P = 0,8-1,1$ — умеренная степень; значение $P = 1,1-1,4$ — максимальная степень риска.

Например, женщина 40 лет, рост 173 см, вес 68 кг, имеющая индекс Варги 1,7, выполняющая тяжелый физический труд, страдающая миопией, варикозным расширением вен нижних конечностей и ВСД, живущая половой жизнью нерегулярно и использующая в качестве контрацепции прерванное половое сношение, перенесшая одни роды, с семью выявленными стигмами дизэмбриогенеза, относится к средней степени риска:

$$P = 1,5 + 1,4 + 2,4 + 2,1 + 1,8 + 1,6 + 1,8 + 1,2 + 7,9 + 1,5 + 3,6 = 26,8 / 25,3 = 1,05.$$

Определение величин риска дает возможность подойти к комплексу профилактических и лечебных мероприятий индивидуально во все основные возрастно-биологические периоды жизни женщины.

Рисунок.

Весовые индексы факторов, влияющих на частоту ВРВМТ у женщин

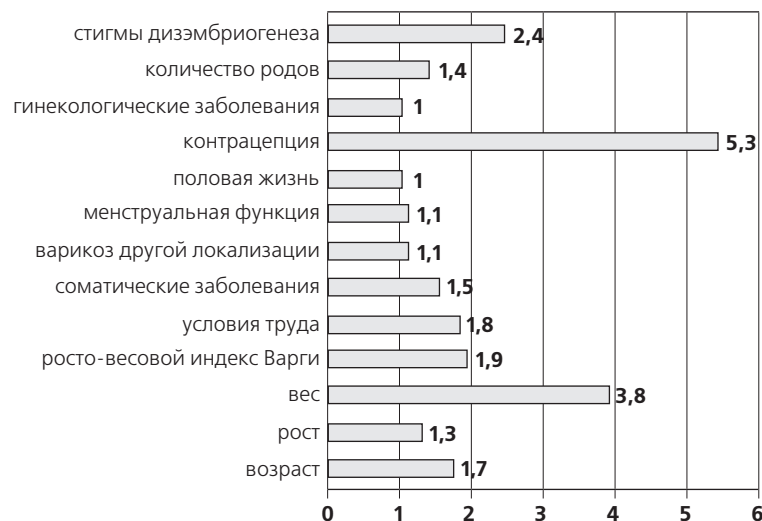


Таблица
Прогностическая карта риска развития ВРВМТ у женщин

Факторы	Градация факторов	НИП	Весовой индекс (К)	Прогностический коэффициент (R)
Возраст	16-20 лет	0,9	1,7	1,5
	21-29 лет	1,6		2,7
	30-39 лет	1,1		1,8
	40-49 лет	0,9		1,5
	50-59 лет	0,9		1,5
	60 лет и выше	1,1		1,7
Рост	до 160 см	0,7	1,3	0,9
	от 160 до 170 см	1		1,3
	свыше 170 см	1,1		1,4
Вес	до 60 кг	1,5	3,8	5,7
	от 60 до 70 кг	1		3,8
	от 70 до 80 кг	0,6		2,2
	от 80 90 кг и выше	0,5		1,9
Росто-весовой индекс Варги	До 1,5	1,5	1,9	2,8
	1,6	1,2		2,2
	1,7	1,3		2,4
	1,8 и выше	0,8		1,5
Условия труда	не работает	0,9	1,8	1,6
	легкий физический труд	0,6		1
	тяжелый физический труд	1,2		2,1
	работа в вынужденном положении стоя и сидя	1		1,8
Соматические заболевания	ВСД	1,2	1,5	1,8
	Гипертоническая болезнь	1		1,5
	ПМК	1,5		2,2



	ДХЛЖ	1,4		2,1
	Тромбоз глубоких вен нижних конечностей	1,5		2,2
	Гастродуоденит	1,3		1,9
	Долихосигма	1,5		2,2
	Нефроптоз	1,3		1,9
	Миопия	1,2		1,8
	Остеохондроз	1,4		2,1
	Общий инфантилизм	1,6		2,4
	Спинномозговая грыжа	1,5		2,2
	Паховая грыжа	1,6		2,4
Наличие варикозной болезни другой локализации	ВРВ нижних конечностей	1,5	1,1	1,6
	ВРВ вульвы	1,3		1,4
	Геморрой	1,4		1,5
Менструальная функция	скудные менструации	1,2	1,1	1,3
	обильные менструации	1,1		1,2
	болезненные менструации	1,2		1,3
	нерегулярные менструации	1,3		1,4
Особенности половой жизни	нерегулярная половая жизнь	1,2	1	1,2
	диспареуния	1,3		1,3
Контрацепция	внутриматочная	1,3	5,3	6,8
	КОК	0,2		1
	Coitus interruptus	1,5		7,9
Перенесенные гинекологические заболевания	Воспалительный процесс внутренних гениталий	1,3	1	1,3
	Опущение органов малого таза	1,5		1,5
	Эндометриоз	1,4		1,4
	Обильные бели	1,3		1,3
Количество родов	не рожавшие	0,8	1,4	1,1
	1 роды	1,1		1,5
	2-3 родов	1		1,4
	более 3 родов	1,2		1,6
Данные объективного исследования	1-5 стигм дизэмбриогенеза	0,6	2,4	1,4
	5 стигм дизэмбриогенеза	1,3		3,1
	7 и более стигм	1,5		3,6

Примечание: Шкала риска: минимальный риск – 0,6-0,8 (благоприятный прогноз), средний риск – 0,8-1,1 (группа внимания), максимальный риск – 1,1-1,4 (неблагоприятный прогноз).





НАСЫРОВА С.Ф.

*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ И НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

У подростков и молодых нерожавших женщин при патологии шейки матки имеют место как гормональные нарушения, так и нарушение состояния биоценоза влагалища и изменения в системе местного иммунитета. Поэтому лечение псевдоэрозий шейки матки у данного контингента больных в каждом конкретном случае должно осуществляться врачом индивидуально, с учетом этиопатогенеза заболевания и данных комплексного обследования.

Ключевые слова: эктопия шейки, подростки, диагностика, лечение.

Teenagers and non-parturient women have hormone dysfunction, as well as vaginal biocenosis problem and the local immune system changes in cervix pathology. That is why the patients with cervical pseudoerosions should be treated individually, paying special attention to the disease ethiopathogenesis and according to the complex investigation findings.

Key words: treatment, diagnostics, ectopia, teenagers.

Проблема диагностики и лечения псевдоэрозий шейки матки у девочек-подростков и молодых нерожавших женщин в последнее время приобретает все большую актуальность, поскольку заболеваемость в данной возрастной группе имеет тенденцию к росту. Среди этиологических факторов, ведущих к развитию эктопии у подростков, особое место занимают гормональные нарушения, состояние биоценоза влагалища, изменения в системе местного иммунитета.

У девочек-подростков чаще, чем у женщин в репродуктивном периоде, встречаются эктопии шейки матки дистормонального генеза (врожденные эктопия и эктропион шейки матки). Термин «эктопия» означает неправильное расположение цилиндрического эпителия за пределами наружного зева на влагалищной части шейки матки. Как известно, в норме у женщин репродуктивного возраста граница между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием находится на уровне наружного зева. Во внутриутробном периоде процесс смещения цилиндрического эпителия за внутренний зев является нормальным этапом развития шейки матки и, как правило, с возрастом граница двух эпителиев уже не видна. Однако это смещение цилиндрического эпителия на эктоцервикс может сохраняться вплоть до репродуктивного возраста, это же относится и к так называемому «вывороту» цервикального канала, определяемому как врожденный эктропион. Максимальное количество дистормональных эктопий наблюдается у молодых женщин до 25 лет. Кольпоскопическими особенностями врожденной эктопии являются расположение цилиндрического эпителия на эктоцервиксе, наличие четких границ, отсутствие патологической секреции, воспалительных изменений. Цилиндрический эпителий выглядит как красноватая поверхность с

сосочками, хорошо визуализируется при пробе с уксусной кислотой, практически не окрашивается раствором Люголя. Врожденная эктопия не требует локального воздействия с помощью физиохирургических методов, так же как и применения различных спринцеваний и мазей, многие из которых являются биостимуляторами и могут привести к нарушению дифференцировки тканей. «Врожденные эктопии» являются, как правило, «временной патологией», не опасной в отношении малигнизации.

Совершенно другим, как по этиологии и патогенезу, так и по подходам к методам лечения, являются «приобретенные» псевдоэрозии. Они рассматриваются как полиэтиологическое заболевание, обусловленное воспалительными заболеваниями нижнего и верхнего отделов половых путей, в том числе заболеваний, передающихся половым путем, оперативными вмешательствами, абортами, беспорядочной половой жизнью, иммунологическими и гормональными нарушениями. В последние годы отмечается увеличение числа воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий у подростков. Особенностью современного течения псевдоэрозий у девочек-подростков и нерожавших женщин является то, что развитие указанной патологии часто происходит на фоне изменения биоценоза влагалища.

Вопрос о взаимосвязи между микрофлорой влагалища и состоянием эпителия слизистой оболочки шейки матки в настоящее время вызывает все больший интерес. С одной стороны, существуют данные о возможном участии в патогенезе псевдоэрозии шейки матки генитальной инфекции: широко обсуждается роль условно-патогенной микрофлоры, грибковой инфекции, трихомонад, хламидий, вирусных инфекций. С другой стороны, наличие патологически изменен-



ного эпителия приводит к нарушению одного из физиологических барьеров, обеспечивающего инфекционную резистентность, и создаются условия для поддержания хронического воспалительного процесса. На фоне последнего могут нарушаться процессы регенерации и меняться клеточное обновление в очаге поражения, что способствует развитию фоновых и предраковых заболеваний, а иногда и рака шейки матки.

Резкое возрастание частоты инфекционных заболеваний влагалища и шейки матки у подростков и молодых нерожавших женщин, наблюдаемое в последние годы, статистически значимо коррелирует с молодым возрастом, ранним началом половой жизни, частой сменой полового партнера. Именно на этот возраст приходится 75 % воспалительных заболеваний гениталий. Частота вирусных инфекций выше у женщин в возрасте до 24 лет, особенно при наличии нескольких партнеров. Относительный дефицит антител для перекрестной защиты от инфекции, наличие более широкой зоны цилиндрического эпителия способствуют персистенции и колонизации микроорганизмов в слизистой оболочке шейки матки и создают условия для рецидивирования воспалительного процесса, изменения системы местного иммунитета.

Кольпоскопическая картина при приобретенной псевдоэрозии характеризуется, в основном, наличием эктопии с зоной трансформации, которая на фоне ярко-красной поверхности эктопии выделяется в виде нежных бледно-сероватых язычков многослойного плоского эпителия с открытыми и закрытыми протоками желез, иногда с выраженной сосудистой сетью. Под влиянием различных факторов (главным образом, вирусной этиологии), в нормальной зоне трансформации могут возникать нарушения клеточной дифференцировки. Нередко приобретенная псевдоэрозия, при отсутствии адекватного лечения, осложняется диспластическими изменениями той или иной степени выраженности. Диагностический поиск при приобретенной псевдоэрозии всегда должен быть направлен на исключение возможной малигнизации.

Нами проведено обследование и лечение 50 подростков и молодых нерожавших женщин в возрасте 15-18 лет, страдавших псевдоэрозией шейки матки. С целью установления диагноза и контроля за проводимой терапией использовались общеклинические, гормональные, бактериологические, бактериоскопические, иммунологические, морфологические методы исследования, кольпоскопия, оценка кислотно-щелочного состояния влагалища.

Проведенные исследования показали, что у 27 больных (54 %) с эктопией шейки матки имелись нарушения менструального цикла, 25 пациенток (50 %) страдали сопутствующей инфекцией

влагалища и шейки матки в виде кольпита, цервицита или бактериального вагиноза. Микробный состав содержимого влагалища варьировал в широких пределах. Наиболее часто в исследуемом материале выделяли стафилококк в ассоциациях с другими видами микроорганизмов (трихомонады, хламидии, микоплазмы, гарднереллы, грибковая флора). У 5 больных (10 %) псевдоэрозия осложнилась бактериальным вагинозом, который характеризовался отсутствием воспалительной реакции со стороны влагалища, положительным аминотестом, смещением pH влагалища в сторону алкалоза (pH 5,5-8,0). Расширенная кольпоскопия выявила у всех больных доброкачественные изменения эпителия шейки матки (эктопия, зона превращения, эктопия с эпидермизацией незрелым плоским эпителием). Проведенные цитологические исследования позволили исключить наличие предраковых и опухолевых процессов в эктоцервиксе. Комплексное обследование, включая тесты функциональной диагностики, выявило у обследованной группы больных наличие сдвигов в гормональном статусе, что позволило в процессе обследования выявить у 20 пациенток (40 %) врожденные и дисгормональные псевдоэрозии.

С учетом результатов исследования, подход к лечению больных в каждом конкретном случае определялся индивидуально.

При выявлении врожденной эктопии шейки матки предварительно назначалась гормональная коррекция в течение 3 месяцев монофазными контрацептивами (марвелон, мерсилон, регулон, новинет). Данные препараты усиливают репаративные процессы в участках псевдоэрозии и способствуют эпителизации. Пациенток осматривали 1 раз в 3 месяца с помощью кольпоскопии и PAP-тестов, без использования биопсии шейки матки. При недостаточности второй фазы менструального цикла проводили лечение назначением гормональной терапии гестагенными препаратами (дюфастон по 10 мг с 16 по 25 день менструального цикла в течение 3-4 месяцев) под динамическим кольпоскопическим и цитологическим контролем шейки матки. У 15 пациенток применение гормональных препаратов способствовало стабилизации процесса и уменьшению размеров псевдоэрозии шейки матки.

При осложненной эктопии в сочетании с воспалительными процессами влагалища и шейки матки терапия псевдоэрозии шейки матки начиналась с санации шейки матки и влагалища с помощью антибактериальных средств и коррекции микрофлоры влагалища с помощью лактобактерина и бифидумбактерина. При выявлении специфической инфекции, назначались соответствующие химиотерапевтические препараты в комплексе с бактериофагами и лактобактерином. В случае наличия бактериального вагиноза, дополнительно назначались препараты метронидазола. Курс



комплексной медикаментозной терапии продолжался 19-20 дней.

После проведенной терапии у всех больных отмечено клиническое улучшение, проявлявшееся отсутствием патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, нормализацией кислотно-щелочного состояния влагалищного содержимого (рН 4,0-4,7). У четырех пациенток на 20-й день отмечено полное заживление псевдоэрозии. У остальных больных исчезли явления кольпита и цервицита, благодаря чему произошло очищение поверхности эктопии и значительное уменьшение ее размеров. Этим женщинам, на следующем этапе, для лечения псевдоэрозии шейки матки использовался препарат «Солковагин». Эффективность лечения составила 74,5 %. Контрольное обследование проводилось через 1, 3, 6, 12 месяцев после завершения лечения (кольпоскопия и цитологическое исследование шейки матки). Одновременно с этим, подросткам на 3 месяца назначались монофазные гормональные контрацептивы. Случаев рецидива заболевания, рубцовых изменений и деформаций шейки матки не было.

Таким образом, среди этиологических факторов, ведущих к развитию эктопии у подростков и

молодых нерожавших женщин, имеют место как гормональные нарушения, так и состояние биоценоза влагалища и изменения в системе местного иммунитета. Следовательно, лечение псевдоэрозий шейки матки у данного контингента больных в каждом конкретном случае должно осуществляться врачом индивидуально, с учетом этиопатогенеза заболевания и данных комплексного обследования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богданова, Е.А. Гинекология детей и подростков /Богданова Е.А. – М., 2000. – 330 с.
2. Гуркин, Ю.А. Ювенильная гинекология /Гуркин Ю.А. – СПб., 1993. – 40 с.
3. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клин. лекции /Под ред. В.Н. Прилепской. – М., 2003. – 432 с.
4. Кулавский, В.А. Псевдоэрозия шейки матки у нерожавших женщин (клиника, диагностика, лечение) /Кулавский В.А., Насырова С.Ф. – Уфа, 2000. – 152 с.
5. Патология влагалища и шейки матки /Под ред. В.И. Краснопольского. – М., 1997. – 272 с.
6. Русакевич, П.С. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки /Русакевич П.С. – Минск, 1998. – 368 с.





ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения, рак шейки матки продолжает занимать одно из лидирующих позиций в структуре онкологической заболеваемости женской половой системы. Основным и наиболее перспективным направлением борьбы с этим заболеванием является его профилактика, которая заключается в своевременном выявлении и адекватном лечении фоновых, предраковых процессов, а также начальных форм рака шейки матки. Для ранней диагностики патологических процессов шейки матки используется ряд методов: кольпоскопический, цитологический, гистологический. В последние годы большое значение придается изучению микробиоценоза влагалища и цервикального канала. Однако, как показывает практика, лишь комплексное их применение позволяет с наибольшей вероятностью поставить правильный диагноз.

Ключевые слова: патология шейки матки, диагностика.

In spite of certain success, achieved in diagnostics and treatment, cervical carcinoma still takes one of the leading positions in the structure of oncological diseases of women's genital system. The main and the most perspective direction in the treatment of this disease is prophylaxis, that is early diagnostics, proper treatment of phone, precancerous processes and the initial forms of the cervical cancer. Colposcopic, cytologic, histologic methods are used for early diagnostics of the pathological process of the cervical cancer. During the last years the important role is paid to the study of vaginal and cervical microbiocenosis. As it usually is in practice only their complex usage permits to make the correct diagnosis with the great deal of probability.

Key words: pathology cervical cancer, diagnostics.

Оценка состояния шейки матки и ее патологических процессов относятся к актуальным вопросам современного акушерства и гинекологии. Это обусловлено высокой частотой данной патологии, значительной вероятностью озлокачествления и недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

Современная тактика распознавания патологических процессов шейки матки складывается из комплекса диагностических мероприятий: общеклинических, общего и гинекологического осмотров, исследования шейки матки в зеркалах, специальных исследований (кольпоскопического, цитологического, гистологического), дополнительных (бактериологического, бактериоскопического, цитогенетического, вирусологического, радиоизотопного, иммунологического).

Наиболее значимыми для диагностики патологии шейки матки являются кольпоскопический, цитологический, гистологический. Эффективность кольпоскопического метода составляет примерно 80 %. При этом, одним из главных его недостатков является отсутствие морфологического контроля. Онкоцитологический метод основан на морфологическом исследовании эпителиальных клеток слизистой оболочки шейки матки. Точность метода также достигает 80 %. Его широко используют при массовых профилактических осмотрах. Один из основных его недостатков — невозможность

прицельного цитологического исследования. Сочетание этих двух методов (кольпоскопического и цитологического) нивелирует недостатки каждого из них. При этом достоверность диагностики составляет 92-93 %. Гистологический метод диагностики на сегодняшний день является наиболее точным. Однако, вследствие инвазивности, его нельзя использовать ни при массовых профилактических осмотрах, ни при текущей работе с пациентками. Область его применения — уточнение в сомнительных случаях кольпоскопического и (или) цитологического диагноза.

Кольпоскопия — метод осмотра слизистой оболочки шейки матки, влагалища, наружных половых органов с помощью оптического прибора — кольпоскопа, в условиях дополнительного освещения и оптического увеличения в 10-30 раз. Различают кольпоскопию простую (обзорную) и расширенную. Обзорная кольпоскопия дает возможность получить ориентировочное представление о строении слизистой оболочки шейки матки. При обзорной кольпоскопии определяют форму, величину шейки матки и наружного зева, цвет, рельеф слизистой оболочки, границу многослойного плоского и цилиндрического эпителия, особенности сосудистого рисунка, характер выделений. Если имеются разрывы шейки матки, то осмотру становится доступной и нижняя часть шейного канала. Затем проводят расширенную



кольпоскопию. Исследование проводят с применением различных веществ и красителей, а также цветных фильтров (голубого, зеленого, желтого). Зеленый фильтр применяют для выявления сосудистой сети, голубой и желтый — для изучения эпителиального покрова.

Наиболее распространенной и доступной методикой расширенной кольпоскопии является обработка слизистой оболочки шейки матки 3 % раствором уксусной кислоты и 2 % раствором Люголя. Раствор 3 % уксусной кислоты, нанесенный на слизистую оболочку шейки матки, растворяет (коагулирует) цервикальную слизь, делая ее более прозрачной и способствуя, тем самым, более четкой визуализации объекта исследования. Кроме того, уксусная кислота, проникая в слизеобразующие клетки призматического и метаплазированного эпителия, способствует коагуляции внутриклеточной слизи. Клетки многослойного сквамозного эпителия не продуцируют слизь и поэтому не реагируют на уксусную кислоту. Сосочковая структура участков, покрытых цилиндрическим эпителием, белеет и становится более рельефной. Раствор уксусной кислоты вызывает набухание и побеление атипического эпителия, более отчетливо выделяя его границы, отверстия выводных протоков. Уксусная проба позволяет также выявить реакцию сосудов: расширенные под воздействием воспалительного процесса сосуды суживаются и исчезают на 10-15 из поля зрения. При злокачественных процессах и ретенционных кистах вновь образованные сосуды не реагируют на уксусную кислоту, поскольку стенки их состоят только из эндотелия и лишены мышечного слоя. Действие уксусной кислоты проявляется через 30-60 секунд после смазывания слизистой оболочки и продолжается 3-4 минуты.

При расширенной кольпоскопии проводят пробу Шиллера, чаще всего с применением 2 % водного раствора Люголя. При этом нормальный зрелый многослойный плоский эпителий окрашивается в темно-коричневый цвет (положительная проба Шиллера). Все остальные клетки — цилиндрический эпителий, патологически измененные участки тканей — не окрашиваются вообще, либо окрашиваются незначительно.

Кольпоскопическую картину можно документировать различными способами: составлять ее подробное описание; осуществлять зарисовку в виде схемы; документировать в виде фото- или видеоматериалов. Каждый из методов имеет свои достоинства и недостатки. Оптимальным представляется сочетание описания и схемы или описания и фото- или видеодокументов.

При проведении кольпоскопии необходимо подробное изучение сосудистого рисунка. Для уточнения сосудистого рисунка проводят обследование шейки матки при освещении через цветной светофильтр (желтый или зеленый). Последнее

позволяет повысить четкость контуров кровеносных сосудов.

Цитологическая диагностика — метод морфологической диагностики, который позволяет оценить состояние эпителия при воспалительных заболеваниях, предопухолевых процессах, раке шейки матки, осуществить контроль эффективности как консервативного, так и оперативного лечения больных с различной патологией шейки матки.

Цитологическое исследование шейки матки делится на скрининговое (при массовых профилактических обследованиях) и прицельное (во время проведения эндоскопии). Целесообразно проведение цитологического исследования шейки матки с началом половой жизни. Эффективность метода в значительной степени зависит от того, насколько правильно взят клеточный материал и приготовлены мазки (фактор качества). Цитологическому исследованию подлежат соскобы, взятые с влажной порции шейки матки, наружного зева, при необходимости — из шеечного канала. Во всех случаях соскобы берут до пробы с уксусной кислотой, пробы Шиллера и кольпоскопии. Тактика взятия цитологического материала определяется клиническими данными, возрастом женщины. Если визуально изменения шейки матки отсутствуют, у женщин до 40 лет берут легкий соскоб со всей поверхности эктоцервикса и из устья цервикального канала. При патологически измененной шейке матки (фоновые заболевания, предрак, подозрение на рак), необходимо взятие клеточного материала непосредственно с места поражения (при осмотре невооруженным глазом), затем взятие клеточного материала с участков, наиболее подозрительных на малигнизацию (во время эндоскопии). После 40 лет — обязательное исследование цервикального канала.

Необходимо помнить, что около 20 % мазков неинформативны. Одной из причин, обуславливающих это, является неправильная методика их взятия. В настоящее время для взятия цитологических мазков используют деревянный или металлический шпатель Эйра (для взятия мазков с поверхности шейки матки); cyto-brush («щеточка» для взятия мазков из канала шейки матки); cervex brush (для взятия мазков как с поверхности шейки матки, так и из канала шейки матки); одноразовые ложечки Фолькмана (для взятия материала из цервикального канала). Полученные соскобы наносят на предметные стекла и осторожно размазывают в виде тонких мазков. Обычно готовят 2-3 мазка, в зависимости от количества полученного материала.

Гистологическое исследование — является конечным этапом комплексного обследования и носит уточняющий характер. Оно имеет не только диагностическое, но в известной степени и прогностическое значение в смысле оценки зло-



качественного процесса. Высоко оценивая метод гистологического исследования в диагностике предопухолевых состояний и начальных стадий рака шейки матки, надо помнить, что иссечение кусочков ткани шейки матки — болезненный и небезвредный способ взятия материала (особенно это касается нерожавших женщин). Кроме того, гистологическая трактовка не лишена субъективности в оценке качественных признаков исследуемого объекта.

Прицельная биопсия показана больным с цитологически и эндоскопически установленной предраковой патологией, подозрением на рак; при отсутствии возможности проведения кольпоскопии в лечебном учреждении после цитологического скрининга и наличии подозрения на предрак и рак.

Все сомнительные случаи морфологических изменений цервикального канала шейки матки должны интерпретироваться или путем эксцизионной биопсии или гистологическим исследованием удаленного операционного материала шейки матки. Качество гистологической диагностики зависит во многом от правильного метода получения материала для исследования.

По современным требованиям онкологии, биопсия из шейки матки должна быть во всех случаях прицельной. Диагностическая значимость прицельной биопсии колеблется от 88,5 % до 91,8 %.

При определенных состояниях необходимо проводить эндоцервикальный соскоб, который информативен с увеличением возраста женщин (после 40 лет), при наличии предраковых изменений, подозрении на эндоцервикальную форму рака шейки матки, при нарушении нормальных анатомических соотношений в данном органе. Эндоцервикальный соскоб лучше оценивать после его взятия в конце второй фазы менструального цикла из-за цикличности изменений в матке.

Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала показано при наличии сопутствующей патологии тела матки (аденомиоз, миома, хронический эндометрит, гиперпластический процесс) или придатков (изменения в яичниках).

Для изучения микробиоценоза влагалища и цервикального канала применяют бактериоскопические, микробиологические, вирусологические методы исследования.

Бактериоскопическое исследование — при интерпретации анализа мазка учитывают возраст (до начала полового развития, репродуктивный, постменопауза), в репродуктивном периоде — фазу менструального цикла, гормональное состояние яичников (аменорея, гипофункция яичников, дисфункциональное маточное кровотечение) и др. В зависимости от соотношения клеточных элементов, микроорганизмов различают 4 степени чистоты влагалищного содержимого по Heurlein.

Низкая степень чистоты влагалищного содержимого у девочек до начала полового созревания и у женщин в период менопаузы объясняется отсутствием или низким содержанием эстрогенов в организме, что приводит к отсутствию поверхностного эпителия слизистой оболочки влагалища, содержащего гликоген, который является основным субстратом жизнедеятельности молочнокислых палочек Дедерлейна. В результате, снижается кислотность влагалищного содержимого и создаются патогенетические условия для развития вульвовагинитов.

По показаниям проводится бактериологическое исследование содержимого влагалища с определением чувствительности к антибиотикам.

Радиоизотопный метод (Р 32) — свойства фосфора накапливаться в местах интенсивной клеточной пролиферации, очагах рака.

Цитогенетический метод — определение полового хроматина (Х-хроматин), который содержится в клетках шиповидного слоя, определяется для выявления интенсивности пролиферативных процессов, склонности к озлокачанию уже имеющейся опухоли, при онкогенезе отмечается снижение содержания полового хроматина в эпителии шейки матки.

Комплексная диагностика ВПЧ-инфекции (особенно при подозрении на предрак и рак) при патологии шейки матки предполагает использование следующих методов.

1. Цитологический метод, позволяющий выявить специфические клетки, характерные для ВПЧ инфекции (койлоциты).
2. Расширенная кольпоскопия, которая позволяет выявить атипичную зону превращения, шиповидные выросты эпителия, мозаику, пунктацию, немые йод-негативные участки, атипичные сосуды.
3. Разработка молекулярных методов определения ДНК ВПЧ в клетках и тканях полового тракта (полимеразная цепная реакция, метод гибридизации ДНК) существенно повысила точность прогностики ВПЧ-инфекции, особенно при скрытом ее течении, а при клинически выраженных проявлениях помогла провести типирование генетических вариантов ВПЧ.

Таким образом, вышеуказанное комплексное обследование позволяет выявить патологию шейки матки на ранней стадии заболевания и способствует своевременной диагностике и профилактике рака шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Василевская, Л.Н. Кольпоскопия /Василевская Л.Н. — М., 1986. — 157 с.
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клин. лекции. /Под ред. проф. В.Н. Прилепской. — М., 2003. — 432 с.



3. Коханевич, Е.В. Кольпоцервикоскопия /Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В. – Киев, 1997. – 56 с.
4. Кулавский, В.А. Псевдоэрозия шейки матки у нерожавших женщин (клиника, диагностика, лечение) /Кулавский В.А., Насырова С.Ф. – Уфа, 2000. – 152 с.
5. Патология влагалища и шейки матки /Под ред. В.И. Краснопольского. – М., 1997. – 272 с.
6. Русакевич, П.С. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки /Русакевич П.С. – Минск, 1998. – 368 с.





ОВСЯННИКОВА Т.В., ПЕКАРЕВ О.Г., ЛЮБАРСКИЙ М.С., ТИХОНОВ А.В.
*НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН,
Новосибирская государственная медицинская академия,
НИИ терапии СО РАМН,
г. Новосибирск*

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ УРОВНЕЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЛП(А)-ЛИПОПРОТЕИДА И АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА

Ключевые слова: синдром эндогенной интоксикации, воспалительные заболевания органов малого таза, индексы эндотоксикоза, сорбционно-лимфогенные технологии.

Воспаление — это реакция организма на чужеродные микроорганизмы и корпускулярные продукты тканевого распада. Это основной механизм естественного (врожденного) иммунитета, равно как начальный и заключительный этапы иммунитета приобретенного...» — академик РАН Г.И. Абелев [1].

Другими словами, воспаление — это сложная приспособительная сосудисто-тканевая реакция организма на воздействие различных болезнетворных агентов. Значение воспаления двойственно. С биологической точки зрения, этот процесс имеет защитно-приспособительный характер, который направлен на уничтожение агента, вызвавшего повреждение и восстановление поврежденной ткани.

С клинических позиций, воспаление — это болезнь, характеризующаяся не только местными, но и общими проявлениями: лихорадкой, лейкоцитозом, изменениями состава белков крови, увеличением СОЭ, явлениями интоксикации, что, по мере увеличения площади повреждения и выраженности альтерации и вследствие резорбции токсичных продуктов, может привести к тяжелейшим последствиям [1, 2, 3, 4, 5].

Инфекционное воспаление следует рассматривать, прежде всего, как нарастающую интоксикацию, возникающую в совокупности реакций макроорганизма на действие продуктов жизнедеятельности микробов и активных эндогенных веществ, которые освобождаются из клеток и тканей макроорганизма под действием микробных токсинов.

Синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) — состояние, обусловленное деструктивными процессами, в результате которых в жидкостях и тканях организма накапливаются в нефизиологических концентрациях промежуточные и конечные продукты нормального обмена веществ, а также продукты нарушенного метаболизма соединительной ткани и компоненты деградации ее

нормальных структур, оказывающие токсическое влияние и вызывающие дисфункцию различных органов и систем [3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Оригинальная концепция Bone R.S. (1995), отражающая сущность СЭИ, объединяет тождественно протекающие процессы при исходно различной патологии. Можно условно выделить несколько механизмов эндогенной интоксикации, включающих в себя: избыточную продукцию эндогенных токсических продуктов, резорбцию токсических веществ, накопление продуктов перекисного окисления липидов и других медиаторов воспаления, прежде всего, фактора некроза опухоли, транслокацию продуктов жизнедеятельности микроорганизмов и самих тел микробов, с последующими аутоиммунными процессами. Клиническим проявлением СЭИ следует считать напряженное функционирование и последующую дисфункцию основных интегральных систем организма [10, 11].

Понятие эндотоксикоза или эндогенной интоксикации до настоящего времени практически не применялось в консервативной гинекологии, хотя комплекс неспецифических, так называемых «общих», во многом субъективных, симптомов: слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, головная боль, нарушение сна, плохой аппетит, похудание, потливость, эмоциональная лабильность, как проявление нейротоксикоза, общая температурная реакция и т.д., являющихся клиническими проявлениями ЭИ [2, 6, 7, 8, 9, 12].

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза сопровождаются симптомом эндогенной интоксикации. Рассматривая эндотоксикоз как одну из главных составляющих любого воспалительно-деструктивного патологического процесса в организме, необходимо признать, что на сегодняшний день нет четкой программы диагностики и лечения синдрома эндогенной интоксикации при хронических воспалительных забо-



леваниях органов малого таза [1, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

Выбрать тактику лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза довольно трудно, и не всегда этот вопрос можно решить однозначно. Не разработана единая тактика ведения больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза, поскольку 98,5 % больных воспалительными заболеваниями органов малого таза не требуют оперативного вмешательства, а подлежат комплексной противовоспалительной терапии [8, 15, 16, 17, 18]. Обследование и лечение включают общеклинические анализы и введение антибактериальных, детоксикационных, десенсибилизирующих, общеукрепляющих, рассасывающих средств, процедуры, направленные на коррекцию реологических, коагуляционных и иммунологических нарушений, но нет достаточных критериев оценки эффективности терапии [13, 15, 16, 17, 18].

Цель работы: использование сорбционно-лифотропных технологий в коррекции эндотоксикоза при хронической воспалительной патологии органов малого таза у женщин, с учетом уровней распределения Лп(а)-липопротеида и адаптационных реакций организма, изучение и разработка клинико-лабораторных критериев СЭИ при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза в процессе лечения.

Неудовлетворительное оснащение лабораторий иммунологического мониторинга в настоящее время не позволяет в должной мере оценить иммунный статус больного. Лейкоцитарная формула представляет собой замкнутую систему относительно определенного в норме количества составляющих ее различных форм лейкоцитов. Различные вариации процентного содержания лейкоцитов в ЛФ, не выходящие за соответствующие диапазоны нормы, сами по себе в клинической практике вряд ли оцениваются иначе, как «нормальная лейкоцитарная формула». Тем не менее, изменение количества информации, содержащейся в «нормальной» ЛФ, позволяет выявить тенденцию к заболеванию практически здорового человека [1, 3, 4, 5, 6, 14, 17, 19, 20, 21, 22].

В работе лабораторное обследование состояло из определения в крови общего содержания лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), на основе которых проводилась идентификация типов адаптационных реакций крови, характеризующих неспецифическую резистентность организма. При этом в качестве сигнального показателя использовали относительное содержание лимфоцитов с выделением реакций тренировки (РТ), спокойной активации (РСА), повышенной активации (РПА), стресса (РС), переактивации (РП) [1]. Кроме этого, оценивали напряженность РТ, РСА и РПА, если имелись отклонения от нормы остальных па-

раметров белой крови. Определялся тип адаптационной реакции по методу Л.Х. Гаркави с соавт. (1979). Тип адаптационной реакции определяли по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле, их соотношению с сегментоядерными нейтрофилами. Остальные форменные элементы крови и общее число лейкоцитов являлись лишь дополнительными признаками реакций и свидетельствовали о степени полноценности реакций, степени напряженности по отношению к общепринятым границам [3, 4, 5, 8, 19, 23, 24].

Неспецифическую иммунологическую реактивность исследовали также с помощью интегральных лейкоцитарных индексов — индексов эндотоксикоза: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), индекс ядерного сдвига (ИЯС), индекс адаптации или лимфоцитарный индекс (ИА/ЛИ), индекс иммунореактивности (ИИР), индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ), лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ), которые характеризуют реакцию системы крови и могут быть использованы в качестве косвенного признака состояния иммунокомпетентной системы и ее реактивности. Достоинством индексов эндотоксикоза является возможность перевода гемограмм в соизмеримые числовые показатели, отражающие интоксикацию и недостаточность иммунитета [5, 6, 7, 8].

При синдроме воспаления нейтрофилы, как функциональные фагоциты, поглощают и обезвреживают внедрившиеся в организм микроорганизмы, а моноциты-макрофаги (также функциональные фагоциты) поглощают в крови и тканях эндогенные макромолекулы белка после их физиологической денатурации (перекисное окисление, гликирование, формирование иммунных комплексов). Таким образом, синдром воспаления и синдром эндогенной интоксикации состоят из одних и тех же функциональных реакций. Три белка острой фазы воспаления — С-РВ, САА и апо(а) — обладают высокой тропностью к липидам и циркулируют в крови в ассоциации с разными классами липопротеидов (ЛП) [9, 20, 24, 25].

Единой точки зрения на патологическую или физиологическую роль Лп(а) в настоящее время не существует, несмотря на большое количество фундаментальных и клинических работ по этой теме, благодаря которым выяснены не только физико-химические свойства, состав, но и некоторые особенности метаболизма частиц Лп(а). Частицы Лп(а), были открыты Berg K. (1963) и первоначально апо(а) рассматривался как качественный признак — генетически детерминированный маркер, ассоциированный с атеросклерозом. Лп(а)-липопротеиды не являются гомогенными.



Частица Лп(а) имеет электрофоретическую подвижность, характерную для пре- в- ЛП. В составе белковой части частицы Лп(а) нет апоА и апоС, однако присутствует до 15 % альбумина, уникальный белок апо(а), который находится в комплексе с апоВ100 (до 65 %) и расположен на поверхности сферической частицы. Одним из негативных свойств комплекса апоВ100/апо(а) является способность образовывать агрегаты с себе подобными, особенно при высокой концентрации их в крови. Такие агрегаты могут быть причиной риска ИБС или хронического воспаления. Кроме того, под влиянием апо(а) высокогидрофобный апоВ100 приобретает способность растворяться в воде [9, 24].

Значительная патогенная роль Лп(а) в развитии воспаления, вероятно, обусловлена тем, что Лп(а) нарушает структуру и функцию сосудистого эпителия, изменяет соотношение простациклин-тромбоксан. Увеличение содержания Лп(а) в крови высоко коррелирует со значительными повреждениями коронарных артерий, в том числе и у больных с нормо- или гипохолестеринемией в возрасте до 45 лет. Липопротеин(а) назван «творцом инфаркта миокарда», при развитии которого констатирована большая активность СРО. Увеличенное количество липопротеина(а), отличающегося от ЛПНП особенностями структуры апопротеина(а), наблюдается у лиц с наследственной отягощенностью. Не исключено, однако, что полиморфизм апо(а) обусловлен не только генетически, но связан и с действием свободных радикалов [9, 24].

«Агрессивное» поведение БОФ, которые блокируют нормальное поглощение клетками ЛПОНП и ЛПНП, становится основой того, что гиперлипопротеинемия (ГЛП) является характерной чертой острой фазы воспаления. Гиперлипопротеинемия, которая развивается при воспалении, независимо от природы этиологического фактора, является доказательством того, что нарушение поглощения клетками насыщенных ЖК и эссенциальных полинасыщенных ЖК является характерной чертой воспаления.

Для определения уровня концентрации Лп(а) использовался метод простой радиальной иммунодиффузии по Mancini G. et al. (1965) с использованием поликлональных гетероиммунных моноспецифических антисывороток к Лп(а)-липопротеидам плазмы крови человека. Модифицированный вариант метода проводился на предметных стеклах, залитых гелем агарозы фирмы Дифко в концентрации 1-1,5 %, с полимеризованными в нем антителами с последующим замером диаметра диффузии, что позволило сравнительно просто осуществлять расчет уровня концентрации по калибровочной кривой, при построении которой использовали квадрат диаметра преципитата как функцию концентрации антигена. В пределах

своей чувствительности простая радиальная иммунодиффузия пригодна для определения любых антигенов, при условии наличия соответствующей моноспецифической антисыворотки и чистых или стандартных антигенов для калибровочной системы. Использовали фосфатный буфер pH = 8,6 с добавлением полиэтиленгликоля (6000 MB) и мертиолята 1 : 10000 (в качестве антисептика). Антитела вносили при температуре не выше 48 С [9, 20, 24].

Полученные результаты подвергали статистической обработке (Лакин Г.Ф., 1990). Анализ данных проводили на персональном компьютере Pentium-4 с использованием интегрированных пакетов статистических программ «Statistica 6.0». Для данных с нормальным распределением использовали t-критерий Стьюдента в независимых выборках. Данные приведены в виде $M \pm m$. Вычисляли чувствительность и специфичность признаков (индексов), исходя из представлений, сформулированных Флетчер Р. с соавт. (1998): «Чувствительность — доля лиц с положительным результатом теста в популяции с изучаемым заболеванием. Специфичность — это доля лиц с отрицательным результатом теста в популяции без изучаемой болезни». Достоверность различий принимали при значении $p < 0,05$ [25].

МЕТОДИКА

При лечении эндотоксикоза у пациенток с хроническими вялотекущими воспалительными процессами органов малого таза применялись сочетанные сорбционно-лимфотропные технологии, разработанные и использованные в лечении в гинекологическом отделении Клиники НИИКиЭЛ.

В лечении использовались лимфотропная терапия — 1 группа (n = 31); энтеросорбция + подкожные лимфостимулирующие инъекции в триггерные точки L3-4, S1-2 и круглую связку матки — 2 группа (n = 23); низкочастотный ультразвук в сочетании с озонотерапией — 3 группа (n = 51); непрямые лимфотропные лимфостимулирующие инъекции — 4 группа (n = 59); генератор ионов металлического серебра, влагалищная методика — 5 группа (n = 21); контрольная группа (n = 26).

В основной группе проходивших лечение с использованием сочетанных сорбционно-лимфогенных технологий было 185 пациенток. Их возраст колебался от 16 до 45 лет, а средний возраст составлял 24,3 года. Средний возраст наступления менархе 13,5 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 12 лет, а средняя длительность составляла 2,6 года. Среди сопутствующей соматической патологии у 56 % преобладали заболевания верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит, синусит, ринит), у 47 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический холе-



цистит, почти у половины паразитарной этиологии, хронический гастрит, хронический колит); у 78 % хоть раз в жизни встречался эпизод заболевания со стороны мочевыводящих путей; 25 % страдали хроническим циститом с обострениями до 3-4 раз в год. Нарушение оварио-менструального цикла было отмечено у 34,7 %, причем у 35 % по типу опсо-олигоменореи, у 25 % — гиперполименореи, альгодисменорея встречалась у 47,1 % пациенток. Почти половина пациенток ранее проходила лечение по поводу сексуально-трансмиссивных заболеваний, несколько курсов.

У больных с ВЗОМТ имеются существенные и разнообразные изменения в показателях иммунной системы. Изменение неспецифической резистентности организма у больных с ВЗОМТ на лейкограмме крови, которая в 40 % случаев соответствует адаптационной реакции перерактивации, а также характеризуется увеличением одних лейкоцитарных индексов (лейкоцитарный, лимфоцитарно-гранулоцитарный, соотношения лимфоцитов и моноцитов) и уменьшением других (лейкоцитарный индекс интоксикации, сдвига лейкоцитов, соотношения нейтрофилов и лимфоцитов).

Установлено, что, у пациенток с синдромом эндогенной интоксикации при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза отмечается более низкое процентное содержание эозинофилов, более высокое содержание палочкоядерных нейтрофилов, и содержание сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов соответствовало возрастной норме. Сравнительный анализ картины белой крови у пациенток всех групп показал, что, по сравнению с возрастной нормой, было увеличено количество лейкоцитов (на 10,9 %) и несколько снижено процентное содержание сегментоядерных нейтрофилов при относительном увеличении уровня лимфоцитов. Неспецифическая резистентность организма характеризовалась пониженным абсолютным содержанием лейкоцитов, меньшим процентным содержанием сегментоядерных гранулоцитов, более высоким относительным количеством лимфоцитов, значениями лейкоцитарного, лимфоцитарно-гранулоцитарного, общего индексов, индекса соотношения лимфоцитов и скорости оседания эритроцитов, сниженными показателями индексов интоксикации, сдвига лейкоцитов и соотношения нейтрофилов и лимфоцитов. В структуре адаптационных реакций у пациенток превалировала реакция перерактивации.

Изменения абсолютных показателей общего анализа крови коррелируют с вычисленными индексами соотношений форменных элементов белой крови. Наиболее обобщенный показатель интоксикации организма — ЛИИ — при использовании сорбционно-лимфотропных технологий снижался на 21 %, по сравнению со значениями

до лечения, а в контрольной — на 9,4 %. Индекс соотношения нейтрофилов и лейкоцитов (ИСНЛ) имел тенденцию к повышению после лечения при использовании сорбционно-лимфотропных технологий, но не увеличивался в контрольной группе и при использовании физиотерапевтических процедур. Индекс ИСЛМ указывал на снижение показателей при сорбционно-лимфотропных методиках, причем в этих группах он уменьшался в 2,3 раза, а в контрольной и физиотерапевтических группах — в 1,7 раза. Индекс ИСНМ имел ту же тенденцию к снижению при использовании сорбционно-лимфотропных методик, что и ИСЛМ. В группе сорбционно-лимфотропных технологий ИСНМ, по сравнению со значением до лечения, в 1,4 раза меньше, а в контрольной и физиотерапевтических — в 1,9 раза.

Учитывая изменения в вазолимфатическом русле при воспалительных процессах по типу застойно-ишемических, были рассмотрены изменения в бассейне малого таза при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза при применении сорбционно-лимфотропных технологий. Было отмечено изменение пульсового наполнения в сторону его увеличения, т.е. создавался застой в органах малого таза, что приводило к увеличению концентрации антибактериальных препаратов в регионарном лимфатическом русле очага воспаления. Объем лимфо- и венозного оттока увеличивался, но сохранялась гипотония артериального звена. На фоне сорбционно-лимфотропных технологий, возрастали значительно как объем лимфотока, так и сопротивление лимфоотдачи, но параметры венозного оттока не отличались от нормы, хотя сопротивление уменьшалось.

При тепловизионном исследовании (ТВИ) также отмечались изменения в сторону улучшения процесса. После применения сорбционно-лимфотропных технологий, на ТВИ отмечено повышение температуры в органах малого таза, что также связано с застойными явлениями в этих органах. Эхоскопическая картина многогранна при обострении хронических ВЗОМТ и достаточно освещена в специальной литературе.

По тестам и интегральным лейкоцитарным индексам, на фоне сорбционно-лимфотропных технологий у всех больных отмечен умеренный лейкоцитоз. Незначительный абсолютный и относительный лимфомоноцитоз, проявление относительной нейтропении, на самом деле, при абсолютном вычислении, находятся в пределах нормы. Данные лейкограммы говорят о выраженной и адекватной функциональной реакции всех звеньев регуляторной цепи «гипоталамус — гипотиз — кора надпочечников» в пределах границ компенсации при применении сорбционно-лимфотропных технологий, что не требует дополнительных вмешательств с целью иммуномоду-



ляции. Показатели СОЭ находились на уровне незначительного повышения (18-25 %), являясь дополнительным и простым показателем возможности и меры нарушения микроциркуляции, коррелируя с уровнем фибриногена. Абсолютные показатели эозинофилии на фоне сорбционно-лимфотропных методик сохранялись в пределах нормы, восстановление индексов интоксикации свидетельствовало об эффективности применения сорбционно-лимфотропных технологий при терапии хронических воспалительных заболеваний малого таза.

Учитывая локальное противоотечное и противовоспалительное воздействие в лимфатическом регионе, воздействие сорбционно-лимфотропных технологий сохраняет высокую концентрацию антибактериальных препаратов в очаге воспаления, улучшает питание и регенерацию тканей, уменьшает склерозирование и фиброз тканей. Сорбционно-лимфотропные технологии оказывают воздействие, в основном, за счет увеличения сократительной активности лимфангиона, уменьшения внутрисосудистого сопротивления лимфотоку и венозному оттоку, уменьшая явления со-

Таблица 1
Показатели лейкоцитограммы

Показатель	Контроль	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	5-я группа
Число пациентов	26	31	23	51	59	21
Лейкоциты	6,82 ± 0,19	7,84 ± 0,65	7,88 ± 0,93	8,47 ± 0,53	9,08 ± 0,41	9,51 ± 0,81
Эозинофилы, %	2,6 ± 0,3	2,3 ± 0,3	2,1 ± 0,6	2,3 ± 0,2	2,3 ± 0,3	2,4 ± 0,4
Палочкоядерные нейтрофилы, %	1,6 ± 0,2	2,8 ± 0,4	5,6 ± 0,6	3,2 ± 0,5	4,1 ± 0,4	4,9 ± 0,9
Сегментоядерные нейтрофилы, %	59,7 ± 1,4	59,6 ± 2,1	59,0 ± 2,4	56,6 ± 1,8	61,2 ± 1,1	60,8 ± 2,3
Лимфоциты, %	27,8 ± 1,2	29,6 ± 2,1	29,1 ± 2,3	30,1 ± 1,7	26,4 ± 1,2	26,1 ± 2,2
Моноциты, %	8,4 ± 0,4	7,1 ± 0,5	8,6 ± 0,9	7,4 ± 0,4	7,0 ± 0,4	6,9 ± 0,9
СОЭ, мм/час	7,7 ± 0,4	8,5 ± 1,2	12,6 ± 2,0	12,1 ± 1,3	10,2 ± 1,2	11,1 ± 1,6

Таблица 2
Структура и частота типов адаптационных реакций у здоровых и пациенток с СЭИ при ХВЗОМТ

Тип реакции	Контроль n = 26	1-я группа n = 31	2-я группа n = 23	3-я группа n = 51	4-я группа n = 59	5-я группа n = 21
РС	6 (13,3 %)	8 (25,8 %)	5 (21,7 %)	13 (25,5 %)	18 (30,5 %)	6 (28,6 %)
РТ	20 (44,4 %)	4 (12,9 %)	5 (21,7 %)	5 (9,8 %)	10 (16,9 %)	3 (14,3 %)
Рас	9 (20,0 %)	2 (6,5 %)	3 (13,0 %)	5 (9,8 %)	4 (6,7 %)	4 (19,0 %)
РАп	6 (13,3 %)	4 (12,9 %)	2 (8,7 %)	7 (13,7 %)	7 (11,9 %)	2 (3,4 %)
РП	4 (9,0 %)	13 (41,9 %)	9 (39,1 %)	21 (41,2 %)	20 (33,9 %)	6 (28,5 %)

Существенные сдвиги в качественно-количественном составе лейкоцитограммы подтверждаются и результатами расчета у обследованных интегральных лейкоцитарных индексов (в отличие от здоровых, пациентки с СЭИ при ХВЗОМТ характеризуются более высокими показателями ИСЛМ и ИСН, но низкими значениями ЛИ, ИЛСОЭ, ИЛГ, ИСЛМ, ИСЛЭ, ИСН и меньшие – ЛИИ, ИСЛ, ИСНЛ).

Установлено, что по структуре и частоте реакций тренировки (РТ), стресса (РС), спокойной и повышенной активации (Рас и РАп), переактивации (РП) у пациенток с СЭИ при ХВЗОМТ преобладают реакции стресса и переактивации, т.е. патологические типы адаптивных реакций организма, из физиологических типов преобладала реакция повышенной активации. Отмечено, что состоянию адаптивной нормы соответствует единственная обратная корреляция между сегментоядерными нейтрофилами и лимфоцитами, выявляемая при индивидуализированном корреляционном анализе.

судистого спазма, и снижения внутрисосудистого венозного давления и, как следствие, увеличения лимфооттока из очага воспаления.

На фоне проводимых сорбционно-лимфотропных методик отмечалась положительная динамика клинической симптоматики: на фоне терапии жалобы на боли различной локализации предъявили лишь 12 % пациенток, иррадиирующие боли в поясничную область сохранились лишь у 4 % пациенток. Объективно при бимануальном исследовании кистовидное изменение яичников сохранилось у 44 % пациенток, не увеличенные придатки отмечались у 48 % пациенток. По данным УЗИ, визуализация труб – гидросальпинкс – сохранялась у 8 % женщин, но контуры матки стали четкими у всех обследованных, мультифолликулярные яичники визуализировались у 48 % пациенток, четкость контуров визуализировалась у 96 % пациенток с ВЗОМТ. Кольпоскопически явления эндоцервицита прошли у 12 % пациенток. По лейкограмме отмечено улучшение иммунного статуса, проявившееся в абсолютной



эозинофилии (79 %), нормализации абсолютного числа моноцитов (94,7 %), снижения и нормализации абсолютного количества сегментоядерных нейтрофилов (93,7 %), ЛИИ снизился до нормы у 67,5 % пациенток, увеличение ИА произошло у 89,9 %, ИЯС пришел к норме у 100 %, ИИР увеличились в 1,5 раза (76 %), что свидетельствует о достаточной гипоталмо — гипофизарно — надпочечниково — яичниковой регуляции, наряду с повышением до нормальных цифр СОЭ (57,4 %). У 84 % пациенток в мазках произошло снижение лейкоцитоза до нормы, лишь у 4 % выявлены ключевые клетки. Лейкоцитоз отмечен у 68 %, увеличение сохранялось на уровне физиологически адекватных, нормореактивных изменений, средний уровень лейкоцитоза 10,6, но в то же время при использовании сорбционно-лимфотропных технологий отмечен относительный лимфоцитоз, хотя по абсолютным показателям уровень лимфоцитоза незначительно выходил за нормальные цифры, что довольно часто встречается в период реконвалесценции. У 76 % пациенток отмечено низкое СОЭ, что является в определенной степени маркером В-клеточного иммунодефицита, но после проведения сорбционно-лимфотропных технологий уровень СОЭ на 7-е сутки соответствовал норме. Данные лейкограмм у пациенток при применении сорбционно-лимфотропных технологий говорят о выраженной и адекватной функциональной регуляции всех звеньев регуляторной цепи гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников, в пределах границ компенсации, что не требует дополнительных вмешательств с целью иммуномодуляции. Абсолютные показатели эозинофилии при использовании сорбционно-лимфотропных технологий сохраняются в пределах нормы, что свидетельствует о достаточной регуляции гипофизарно-надпочечниковой функции организма и также об адекватной лекарственной терапии.

Уровень концентрации Лп(а)-липопротеида варьирует от 0 до 80 мг/дл у женщин 25-65 лет в популяции г. Новосибирска. Причем, нулевая концентрация Лп(а) в популяции была отмечена у 58 % от всех обследованных, в том числе среди лиц без ИБС 60 % и лиц с ИБС — 45 %. Средний уровень (медиана) Лп(а) в крови среди обследованных жителей г. Новосибирска составил 20,6 мг/дл. Диапазон колебания Лп(а)-липопротеида у обследованных женщин с эндотоксикозом варьировал от 0 до 61,4 мг/дл, что указывает на значительное фенотипическое разнообразие в этой группе, а нулевая концентрация Лп(а) в данной группе обследованных была отмечена у 40 %. Средний уровень (медиана) Лп(а) в крови обследованных составил 13,8 мг/дл. Распределение уровня Лп(а) у жителей г. Новосибирска было асимметричным, со смещением моды влево вариационного ряда и имело форму пирамиды

с расширенным основанием. Это указывает на тенденцию организма образовывать и сохранять в здоровом организме в повышенном количестве вариации с более низким уровнем концентрации Лп(а) плазмы крови. Такое распределение характерно для большинства популяций Западной Европы и Америки (Loscalzo G., 1990). У эскимосов и чукчей тундровых распределение Лп(а) ближе к нормальному гауссовскому, что характерно для большинства белков крови и транспортных липидов. Распределение уровня Лп(а)-липопротеида у обследованных женщин с эндотоксикозом при ВЗОМТ было симметричным, без смещения моды (13,8 мг/дл) в вариационном ряде, и имеет форму пирамиды с расширенным основанием. Вариационные ряды распределения уровней Лп(а) смещены вправо, по сравнению с таковыми у лиц без ВЗОМТ среди женщин с нарушениями липидного обмена в неорганизованной популяции г. Новосибирска. При отсечении нижнего и верхнего квантилей, разброс уровней Лп(а) у обследованных женщин составил 13,8-18,0 мг/дл. Высокие уровни концентрации Лп(а) (> 30 мг/дл) и низкие уровни (0-5 мг/дл) встречаются значительно чаще, чем у лиц без эндотоксикоза. Повышенный уровень Лп(а) ассоциирован с наличием эндотоксикоза у обследованных женщин, независимо от возраста и ИМТ. Наиболее тесная связь отмечена между уровнями Лп(а)-липопротеида и общим холестерином сыворотки крови.

Полученные данные позволяют считать целесообразным определение содержания в плазме крови Лп(а)-липопротеида, как одного из факторов острой фазы воспаления, при клинических исследованиях. Изучены уровни концентрации Лп(а) и их распределение у больных женщин с ВЗОМТ. Оценена ассоциация различных уровней Лп(а) в сыворотке крови с эндотоксикозом и тактикой его коррекции при хронической воспалительной патологии органов малого таза у женщин.

Таким образом, можно констатировать, что у пациенток с СЭИ при ХВЗОМТ имеются существенные изменения в показателях неспецифической резистентности организма. Комментируя результаты исследования, вероятно, целесообразно исходить из представлений о том, что лейкоцитарная формула крови может отражать состояние адаптации организма к различным раздражителям и, в том числе, к воспалению [3]. Последние, являясь стрессорным фактором, могут оказывать воздействие не только на нейрогуморальную сферу организма [16], но и на иммунную систему [1], что, в совокупности с другими причинами, и определяет качественно-количественный состав лейкограммы. Это дает основание считать, что различия в показателях неспецифической резистентности организма у больных являются следствием особенностей их нейрогуморального



и иммунологического гомеостаза. Особая актуальность изучения прогностических возможностей ЛФ определяется в настоящее время тем, что различные системы показателей гемограммы отражают интегральные характеристики всех гомеостатических систем организма, формирующих неспецифические адаптационные реакции. Примечательно, что свойство адаптации живой системы является, в сущности, мерой индивидуального здоровья (цит. по Казначееву В.П., 1980). Действительно, информационный анализ с помощью обобщенных индексов позволяет показать оптимальное состояние функциональной системы, эволюционно сформированное адаптационными резервами, а так же дизадаптационные, качественно новые ее состояния.

Рассматривая лейкограмму, интегральные лейкоцитарные индексы, уровень ЛП(а), а также адаптационные типы реакции организма, можно создать алгоритмы диагностики и критерии эффективности лечения синдрома эндогенной интоксикации при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза, делается попытка разработать функциональные системы, обладающие индикаторными свойствами относительно характера неспецифических адаптационных процессов, тем более что участие в них охватывает практически все морфофункциональные системы организма на всех уровнях его организации.

Наиболее практически значимыми в этом аспекте могут стать, очевидно, те функциональные системы, элементы которых не только по возможности полно характеризуют систему, но и легко доступны для динамического исследования. С этих позиций взаимосвязанные между собой системы компонентов периферической крови представляются наиболее перспективными для комплексного применения в оценке уровней и напряженности протекания адаптационных процессов в организме. Известно, что перегруппировка элементов в функциональных системах является одним из путей их качественных изменений, и рекомбинационные преобразования — важный механизм адаптивных реакций организма [цит. по Саркисову Д.С., 1994].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воспаление: Руков. для врачей /Под ред. Серова В.Н., Паукова В.С. — М., 1995. — 640 с.
2. Оценка тяжести эндогенной интоксикации и выбор метода детоксикационной терапии у обожженных по данным лейкоцитограммы и биохимического мониторинга /Гусак В.К., Фисталь Э.Ц., Сперанский И.И. и др. //Клин. лаб. диагн. — 2000. — № 10. — С. 36.
3. Эндотоксикоз при тяжелой механической травме /Ерухин И.А., Шашков Б.В., Лебедев В.Ф. и др. //Детоксикационная терапия при травматической болезни и острых хирургических заболеваниях. — Л., 1989. — С. 9-16.
4. Макарова, Н.П. Синдром эндогенной интоксикации при сепсисе /Макарова Н.П., Коничева И.Н. //Анест. и реаним. — 1995. — № 6. — С. 4-6.
5. Мустафина, Ж.Г. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности у больных офтальмопатологией /Мустафина Ж.Г., Краморенко Ю.С., Кобцева В.Ю. //Клин. лаб. диагн. — 1999. — № 5. — С. 47-49.
6. Иванов, Д.О. Клинико-лабораторные варианты течения сепсиса новорожденных /Д.О. Иванов: Автореф. дис.... докт. мед. наук. — СПб, 2002. — 32 с.
7. Карякина, Е.В. Эндогенная интоксикация и нарушение метаболизма соединительной ткани у больных ревматоидным артритом (патогенетические механизмы, диагностика, лечение) /Е.В. Карякина: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — Саратов, 1998. — 26 с.
8. Лабораторная оценка тяжести аутоиммунного эндотоксикоза при беременности, осложненной гестозом /Пестряева Л.А., Юрченко Л.Н., Шипицына Е.А. и др. //Клин. лаб. диагн. — 2000. — № 10. — С. 7.
9. Титов, В.Н. Аполипопротеин(а)-маркер активности атеросклеротического процесса /Титов В.Н. //Тер. арх. — 1993. — № 12. — С. 79-82.
10. Bone, R.S. Sepsis, sepsis syndrome and the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) /Bone R.S. //JAMA. — 1995. — Vol. 273, N 2. — P. 155-156.
11. Bone, R.S. Toward a theory regarding the pathogenesis of the systemic inflammatory response syndrome: what we do and not know about cytokine regulation /Bone R.S. //Crit. Care. Med. — 1996. — Vol. 24, N 1. — P. 163-172.
12. Арсланян, К.Н. Значение реографических исследований у больных хроническим воспалением придатков матки /Арсланян К.Н., Стругацкий В.М. //Вест. Рос. асс. ак-гин. — 2000. — № 1. — С. 72-75.
13. Адашкевич, В.П. Заболевания, передаваемые половым путем /Адашкевич В.П. — Витебск, 1996. — 280 с.
14. Земсков, А.М. Комбинированная лимфостимуляция /Земсков А.М., Караумов А.В., Земсков В.М. — М., 1994. — 260 с.
15. Козлова, В.И. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий /Козлова В.И., Пухнер А.Ф. — М., 2000. — 317 с.
16. Краснопольский, В.В. Гнойная гинекология /Краснопольский В.В., Буянова С.Н., Щукина Н.А. — М., 2001. — 288 с.
17. Стрижаков, А.Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. — М., 1996. — 412 с.
18. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике /Цвелев Ю.В., Кочеревец В.И., Кира Е.Ф., Баскаков В.П. — СПб., 1995. — 313 с.
19. Гаркави, Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма /Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. — Ростов-н/Д., 1990. — 224 с.
20. Ежов, М.В. Липопротеид(а)-независимый фактор риска атеросклероза /Ежов М.В., Лякишев А.А., Покровский С.Н. //Тер. арх. — 2001. — № 9. — С.76-82.
21. Мелконян, Г.А. Клиническая оценка содержания молекул средней массы при хирургическом лечении боль-



- ных раком желудка /Г.А. Мелконян: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 124 с.
- 22.Микунис, Р.И. Содержание в крови среднемолекулярных пептидов при сердечно-сосудистых заболеваниях /Микунис Р.И., Векслер М.И. //Клин. мед. – 1990. – Т. 68, № 5. – С. 124-126.
- 23.Малахов, А.А. Оценка тяжести эндогенной интоксикации и принципы лечения больных разлитым перитонитом в послеоперационном периоде /Малахов А.А., Шах Б.Н., Ханевич М.Д. //Детоксикационная терапия при травматической болезни и острых хирургических заболеваниях. – Л., 1989. – С. 161-164.
- 24.Тихонов, А.В. 25 лет исследованию Лп(а)липопротеида-маркера ИБС в Новосибирске /Тихонов А.В., Григорьева И.Н. //Бюл. СО РАМН. – Новосибирск, 2002.
- 25.Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины /Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. – М., 1998. – 352 с.
- 



ПЕКАРЕВ О.Г., КИСЕЛЕВА Т.В., ШИШКИНА О.И., СИЗОВА Л.В.
*Новосибирская государственная медицинская академия,
г. Новосибирск
Дорожная больница,
г. Южно-Сахалинск*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕАБОРТНЫХ МЕТРОЭНДОМЕТРИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТА ИММОЗИМАЗЫ И ЭНТЕРОСОРБЕНТА

Ключевые слова: метроэндометрит, иммозимаза, энтеросорбент.

Проблема искусственного аборта остается актуальной до настоящего времени, несмотря на большую работу акушеров-гинекологов по вопросам планирования семьи. Частота возникновения инфекционно-воспалительных осложнений после медицинского аборта составляет, по данным литературы, от 13,5 % до 38 % случаев [1, 2, 3]. Наиболее распространенным проявлением послеабортной инфекции является метроэндометрит, который развивается на вторые-третьи сутки после проведенного вмешательства. Актуальность проблемы послеабортного метроэндометрита определяется не только значительной распространенностью, существенными экономическими потерями, неблагоприятным влиянием на репродуктивную функцию женщин, но и возможными осложнениями (перитонит, сепсис, септический шок), которые нередко являются причинами смерти женщин [1, 3, 4, 5, 6, 7]. Поэтому профилактика и своевременное эффективное лечение больных с послеабортными метроэндометритами являются одним из основных факторов снижения заболеваемости и смертности женщин от гнойно-септических осложнений.

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексного лечения послеабортных метроэндометритов с применением иммобилизованного протеолитического фермента «иммозимаза» и цеолитсодержащего энтеросорбента.

Фермент иммозимаза был создан в Институте Цитологии и Генетики СО РАМН методом радиационно-химической сшивки комплекса щелочных и бактериальных протеаз с растворимым носителем полиэтиленоксидом. В отличие от традиционно применяемых для очищения ран препаратов (трипсин, химотрипсин), обладающих кратковременным некролитическим действием в ране, иммобилизованные протеазы иммозимазы способны обеспечить пролонгированный протеолиз на протяжении суток [8, 9, 10]. Иммозимаза, обладая высокой протеолитической активностью, обеспечивает одновременно эффективное очищение матки от инфицированных тканей, атравматичное воздействие на раневую поверхность эндометрия, и оказывает регенерирующее действие [2, 10, 11]. С целью улучшения выведения токсических про-

дуктов из организма применяли цеолитсодержащий энтеросорбент.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 82 пациентки с диагнозом послеабортный метроэндометрит. Больные с обильными кровянистыми выделениями из исследования исключались. Всех больных по случайной выборке разделили на 2 группы: основную группу составили 50 пациенток с послеабортными метроэндометритами, в лечении которых, наряду с традиционной антибактериальной, противовоспалительной терапией, в полость матки ежедневно вводили по 5-7 мл раствора иммозимазы (активность 72 ПЕ/мл) шприцом Брауна в течение 5 дней. Эти пациентки получали также цеолитсодержащий энтеросорбент «Литовит» по 3 г в сутки. Контрольную группу составили 32 женщины с аналогичной патологией, которым проводилось только традиционное лечение.

Диагностика метроэндометрита основывалась на клинических, эхографических и лабораторных данных. Эхографическое исследование проводилось на аппарате «Алоса-500» с набором датчиков 3,5 и 5 МГц. Лабораторное исследование крови включало в себя определение количества лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, лейкоцитарного индекса интоксикации, определение острофазных белков (СРБ, фибриноген), подсчет НСТ-положительных нейтрофилов по методу Д.Н. Маянского с соавт. (1996). В отделяемом из матки проводили подсчет количества лейкоцитов, бактериологический посев на питательные среды. Статистическая обработка полученных данных проводилась на ЭВМ — IBM PC/AT по программе статистического анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациенток с острым метроэндометритом характерными признаками в клинической картине являлись боли в гипогастральной области, повышение температуры тела, увеличение болезненность, мягкая консистенция матки при



пальпации, гнойные бели. При ультразвуковом сканировании было выявлено увеличение размеров матки, снижение эхогенности и неоднородная структура ее стенок, расширение полости матки с наличием в ней анэхогенного содержимого с гиперэхогенными точечными и линейными включениями, локализованными по базальной мембране эндометрия и в полости [12, 13]. В отделяемом из матки выделенная микрофлора была представлена преимущественно грам-отрицательными микроорганизмами кишечной группы (82 %), в 76 % случаев присутствовала микст-инфекция, включая как аэробных, так и анаэробных представителей условно-патогенной микрофлоры, хламидии, микоплазмы. По всем перечисленным признакам основная и контрольная группы не отличались друг от друга.

Наши наблюдения показали, что уже на третьи сутки, после введения протеолитического иммобилизованного фермента иммозимазы и приема энтеросорбентов у 36 женщин (72 %) основной группы регистрировалось уменьшение болевого синдрома, признаков интоксикации, снижение температуры до нормальных цифр. К 5-6 суткам наблюдалось достоверно значимое уменьшение размеров матки и ее полости при эхографии, изменения структуры стенок матки и внутриматочного М-эхо, характерных для ранней фазы пролиферации. На 5-е сутки у 47 женщин (94 %) основной группы с неосложненными формами метроэндометрита нормализовались лабораторные показатели (таблица). При исследовании отделяемого из матки в динамике проводимой терапии, на 6-й день лечения определялось снижение количества лейкоцитов в поле зрения с $56 \pm 3,3$ до $10,2 \pm 0,75$. Обсемененность матки микробами регистрировалась в виде единичных колоний или отсутствовала. Побочных действий препарата «иммозимаза» выявлено не было, отмечалась хорошая переносимость.

В то же время, в контрольной группе нормализация клинико-лабораторных показателей наблюдалась только к 8-9 суткам у 24 женщин (75 %). 8 пациенток (25 %) контрольной группы

подверглись лечебной гистероскопии с промыванием полости матки в связи с неэффективностью проводимой консервативной терапии. Средняя продолжительность лечения женщин основной группы составила $9,2 \pm 0,6$ суток, женщин контрольной группы — $17,6 \pm 1,2$ суток.

Учитывая, что иммобилизованные протеазы иммозимазы способны обеспечить пролонгированный протеолиз в очаге воспаления, понятно, что у пациенток, получавших внутриматочное введение иммозимазы, быстрее наступала нормализация клинических и лабораторных показателей заболевания, а прием энтеросорбентов способствовал более быстрому регрессу симптомов интоксикации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенные клинико-лабораторные исследования показали, что предложенный комплекс лечения, включающий энтеросорбент и внутриматочное введение фермента «иммозимаза», является эффективным и может быть рекомендован для энзимной санации очага воспаления и выведения токсических продуктов из организма при развитии послеабортных метроэндометритов. Предложенная комплексная терапия способствует сокращению процента осложнений и длительности пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Аборт и его осложнения /Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. — М., 1987. — 158 с.
2. Иммозимаза в лечении послеабортных эндометритов, развившихся на фоне задержки элементов плодного яйца /Кулинич С.И., Морозова М.С., Кокунова Е.Г. и др. //Вест. Рос. асс. акуш.-гин. — 2000. — № 1. — С. 62-64.
3. Макацария, А.Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве /Макацария А.Д. — М., 1994. — 146 с.
4. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология /Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. — М., 2001. — 281 с.

Таблица
Показатели лейкоцитограммы

Показатель	Контроль	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	5-я группа
Число пациентов	26	31	23	51	59	21
Лейкоциты	$6,82 \pm 0,19$	$7,84 \pm 0,65$	$7,88 \pm 0,93$	$8,47 \pm 0,53$	$9,08 \pm 0,41$	$9,51 \pm 0,81$
Эозинофилы, %	$2,6 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,6$	$2,3 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,4$
Палочкоядерные нейтрофилы, %	$1,6 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,4$	$5,6 \pm 0,6$	$3,2 \pm 0,5$	$4,1 \pm 0,4$	$4,9 \pm 0,9$
Сегментоядерные нейтрофилы, %	$59,7 \pm 1,4$	$59,6 \pm 2,1$	$59,0 \pm 2,4$	$56,6 \pm 1,8$	$61,2 \pm 1,1$	$60,8 \pm 2,3$
Лимфоциты, %	$27,8 \pm 1,2$	$29,6 \pm 2,1$	$29,1 \pm 2,3$	$30,1 \pm 1,7$	$26,4 \pm 1,2$	$26,1 \pm 2,2$
Моноциты, %	$8,4 \pm 0,4$	$7,1 \pm 0,5$	$8,6 \pm 0,9$	$7,4 \pm 0,4$	$7,0 \pm 0,4$	$6,9 \pm 0,9$
СОЭ, мм/час	$7,7 \pm 0,4$	$8,5 \pm 1,2$	$12,6 \pm 2,0$	$12,1 \pm 1,3$	$10,2 \pm 1,2$	$11,1 \pm 1,6$



5. Краснопольский, В.И. Инфекция в акушерстве /Краснопольский В.И., Мареева Л.С. //Сб. науч. тр. – М., 1994. – С. 87-92.
6. Савельева, Г.М. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов у женщин /Савельева Г.М., Антонова Л.В. – М., 1987. – 158 с.
7. Самчук, П.М. Профилактика послеабортных эндометритов у женщин группы риска при искусственном прерывании беременности /П.М. Самчук: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1995. – 24 с.
8. Гончар, А.М. Раневой процесс и иммобилизованные протеолитические ферменты /Гончар А.М., Коган А.С., Салганик Р.И. – Новосибирск, 1986. – 120 с.
9. Лечение гнойных ран протеазами, иммобилизованными на различных носителях /Гончар А.М., Коган А.С., Сысолятин П.Г. и др. //Раны и раневая инфекция: Тез. 2 Всес. конф. – М., 1986. – С. 166-167.
10. Маринкина, Л.Ю. Реактивность организма при остром неспецифическом эндомиометрите в условиях пролонгированного протеолиза /Л.Ю. Маринкина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1998. – 28 с.
11. Кузнецова, Т.А. Иммобилизованные протеолитические ферменты в комплексном лечении воспалительных заболеваний матки /Т.А. Кузнецова: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Барнаул, 1996. – 24 с.
12. Буянова, С.Н. Новые возможности ультразвуковой диагностики гнойно-септических гинекологических заболеваний /Буянова С.Н., Щукина Н.А., Титченко Л.И. //Вест. Рос. асс. акуш.-гин. – 1997. – № 2. – С. 65-73.
13. Демидов, В.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии /Демидов В.Н., Зыкин Б.И. – М., 1990. – 221 с.





ПОГОРЕЛАЯ С.П., БЕЛОКРЫЛОВА М.Ф., КУЦЕНКО И.Г.,
БОЛОТОВА В.П., ЕВТУШЕНКО И.Д.
*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

ВТОРИЧНАЯ НОРМОГОНАДОТРОПНАЯ АМЕНОРЕЯ И ОЛИГОМЕНОРЕЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Изучен уровень тревоги и депрессии у женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей. В группе женщин, страдающих аменореей и олигоменореей, у 2 (4,8 %) выявлен депрессивный эпизод легкой степени, у 2 (4,8 %) – генерализованное тревожное расстройство, у 10 (23,8 %) – умеренная эпизодическая тревожность; в группе сравнения генерализованное тревожное расстройство и умеренная эпизодическая тревожность диагностированы у 1 (3,6 %) и 13 (46,4 %) женщин, соответственно. Депрессивный эпизод легкой степени выявлен только у женщин с аменореей. У женщин с аменореей и олигоменореей чаще встречалось генерализованное тревожное расстройство, а у женщин с регулярным менструальным циклом – умеренная эпизодическая пароксизмальная тревожность.

Ключевые слова: вторичная аменорея, олигоменорея, депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, эпизодическая пароксизмальная тревожность.

To assess the anxiety and depression level in women suffering from secondary amenorrhea and oligomenorrhea. In the group of women suffering from secondary amenorrhea and oligomenorrhea the following diseases were revealed: 2 (4,8 %) mild depressive episode, 2 (4,8 %) – generalized anxiety disorder, 10 (23,8 %) – moderate episodic paroxysmal anxiety. In the comparison group 1 (3,6 %) and 13 (46,4 %) women had generalized anxiety disorder and moderate episodic paroxysmal anxiety accordingly. The mild depressive episode was diagnosed only women with secondary amenorrhea. Generalized anxiety disorder was met at women with suffering from secondary amenorrhea and oligomenorrhea more often, but women with normal menstrual cycle more often had moderate episodic paroxysmal anxiety.

Влияние психологических факторов на функцию репродуктивной системы известно давно. Женщины связывают регулярные менструации с представлением о своей женской полноценности. При нарушениях менструального цикла могут наблюдаться психические расстройства, а при аменорее выявляются более серьезные психоэмоциональные сдвиги. По данным литературы, при аменорее часто выявляются соматизированная депрессия, тревожные и дисфорические расстройства [1]. Вторичной аменореей называют отсутствие менструаций более 6 месяцев у ранее менструирующей женщины, олигоменореей – отсутствие менструаций более 35 дней и менее 6 месяцев [2, 3]. По данным ВОЗ [4], аменорея встречается у 4,2 % женщин. Интерес представляет гипоталамо-гипофизарная дисфункция – аменорея и олигоменорея с нормальным уровнем гормонов гипофиза (II-я группа нарушений менструального цикла по классификации ВОЗ). Патогенез данного заболевания мало изучен, а также недостаточно сведений о психическом состоянии женщин, страдающих этой патологией.

Целью исследования явилось изучение уровня тревоги и депрессии у женщин с вторичной нормогонадотропной аменореей и олигоменореей.

В соответствии с поставленной целью, были обследованы 42 женщины раннего репродуктивного возраста с вторичной аменореей и олигоменореей (первая группа) и 28 женщин с регулярным менструальным циклом (вторая группа – группа сравнения). Критериями включения в первую группу обследования были возраст от 18 до 35 лет, отсутствие менструаций более 35 дней, нормальный базальный уровень гонадотропных гормонов гипофиза и пролактина в сыворотке крови, положительная провокационная проба с гестагеном [4]. Во вторую группу вошли молодые женщины, не принимавшие гормональную контрацепцию на момент обследования, с регулярным менструальным циклом продолжительностью от 25 до 35 дней [3].

Средний возраст женщин первой группы составил $22,2 \pm 4,9$ лет, средний возраст наступления менархе $13,8 \pm 0,3$ года, длительность отсутствия менструаций – $8,2 \pm 3,2$ месяцев. Вторая группа была идентична первой по возрасту и времени наступления менархе, средняя продолжительность менструального цикла составила 29 ± 2 дней.

Обследование включало сбор анамнеза, общий и специальный осмотр, определение гонадотропных гормонов гипофиза и пролактина в сыворотке крови и провокационную пробу с гестагеном



(для женщин с аменореей и олигоменореей), ультразвуковое исследование органов малого таза, клиническое и экспериментально-психологическое исследование с применением стандартных шкал-опросников (шкала депрессии Монтгомери-Асберга, шкала самооценки депрессии Цунга; шкала самооценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина) [5, 6].

При сборе анамнеза субъективный провоцирующий фактор в возникновении аменореи и олигоменореи отметили 15 женщин из 42-х (35,7 %). Семь женщин указали на эмоциональное напряжение в ситуации семейных конфликтов; трое — снижение веса вследствие соблюдения диеты; две женщины — занятия спортом с тяжелыми физическими нагрузками; в трех случаях аменорея наступила после длительного приема оральных контрацептивов. У остальных больных не удалось выявить ситуаций, сопряженных с расстройством менструаций.

При оценке соматического статуса в обеих группах отклонений не выявлено. При гинекологическом обследовании у 21 женщины (50 %) с вторичной аменореей и олигоменореей и у 5 женщин (17,9 %) с регулярным менструальным циклом была выявлена гипоплазия матки.

Содержание гонадотропных гормонов гипофиза и пролактина в сыворотке крови женщин первой группы составило: фолликулостимулирующий гормон — $7,1 \pm 0,83$ МЕ/л, лютеинизирующий гормон — $7,7 \pm 0,96$ МЕ/л, пролактин — $282,1 \pm 23,18$ mIU/ml. Данные значения соответствуют нормативным показателям. Прово-

кационная проба с гестагеном была положительная у всех пациенток (100 %).

По данным ультразвукового исследования, М-эхо у женщин первой и второй групп соответствовало пролиферативной фазе менструального цикла.

Из 42-х пациенток с вторичной аменореей и олигоменореей 22 (52,4 %) отмечали необъяснимую тревожность, беспокойство за близких и свое здоровье, снижение настроения, апатию, повышенную утомляемость. Реже отмечалась утрата прежних интересов, затруднение сосредоточения и концентрации внимания, снижение массы тела, беспокойство о собственном будущем.

В группе сравнения также 9 женщин из 28 (32,1 %) предъявляли жалобы на необъяснимую тревожность, беспокойство за своих близких и за свое здоровье, снижение настроения, апатию, снижение способности к сосредоточению и вниманию, нарушение сна.

Не предъявляли жалоб 20 пациенток (47,6 %) первой группы и 19 женщин (67,9 %) второй группы.

В таблице 1 приведены жалобы пациенток с вторичной аменореей и олигоменореей и женщин с регулярным менструальным циклом.

Данные таблицы показывают, что преимущественными жалобами у женщин первой и второй групп были необъяснимая тревожность (I-й ранг в обеих группах), достоверно чаще встречающаяся у пациенток с аменореей и олигоменореей, беспокойство за своих близких, беспокойство за свое здоровье (II-й ранг в обеих группах), повышен-

Таблица 1

Распределение симптомов депрессивных и тревожных расстройств среди пациенток с вторичной аменореей и олигоменореей и здоровых женщин с регулярным менструальным циклом

Симптом	Женщины с вторичной аменореей и олигоменореей (n = 42)			Женщины с регулярным менструальным циклом (n = 28)		
	абс.	%	ранг	абс.	%	ранг
Снижение настроения	5	11,9		2	7,1	
Утрата прежних интересов	2	4,8		1	3,6	
Снижение способности к сосредоточению и вниманию	2	4,8		2	7,1	
Снижение самооценки	1	2,4		1	3,6	
Идеи собственной малоценности и виновности	1	2,4		-	-	
Пессимистическое видение будущего	1	2,4		-	-	
Апатия	2	4,8		2	7,1	
Повышенная утомляемость	7	16,7	III	-	-	
Снижение аппетита	1	2,4		-	-	
Нарушение сна	1	2,4		2	7,1	
Снижение массы тела	2	4,8		1	3,6	
Необъяснимая тревожность	22	52,4*	I	7	25,0*	I
Беспокойство за своих близких, за свое здоровье	8	19	II	5	17,9	II
Беспокойство о собственном будущем	4	9,5		3	10,7	III
Навязчивые мысли и действия	3	7,1		1	3,6	

* Статистически значимые различия (сравнение пропорций критерием Пирсона, $p < 0,05$)



ная утомляемость в первой группе (III-й ранг) и беспокойство о собственном будущем во второй группе (III-й ранг).

Субъективно 3 женщины (7,1 %) с аменореей и олигоменореей отмечали в своем состоянии признаки депрессии. Клиническое обследование и оценка с использованием шкалы Монгмери-Асберга выявило наличие депрессивного эпизода легкой степени только у одной женщины (2,4 %). В то же время, дополнительно, у 1-й женщины (2,4 %) был выявлен депрессивный эпизод легкой

ным менструальным циклом. Следует отметить, что две женщины первой группы субъективно не оценивали свое заболевание как тревожность. Все женщины первой группы не связывали тревожные расстройства с нарушением менструального цикла.

Результаты клинического и экспериментально-психологического исследования не совпадали в 6 случаях: в 4-х — при исследовании депрессии, в 2-х — при исследовании уровня тревоги. Данные тестирования с использованием шкал-опросников представлены в таблице 2.

Таблица 2

Экспериментально-психологическое исследование пациенток с вторичной аменореей и олигоменореей и здоровых женщин с регулярным менструальным циклом

Вид экспериментально-психологического исследования	Женщины с вторичной аменореей и олигоменореей (n = 42)		Женщины с регулярным менструальным циклом (n = 28)	
	абс.	%	абс.	%
Объективное исследование:				
Шкала Монгмери-Асберга (малый депрессивный эпизод)	2	4,8	0	0
Субъективное исследование:				
Шкала Цунга (легкая депрессия)	3	7,1	0	0
Шкала Спилбергера-Ханина:				
умеренная реактивная тревожность	12	28,6	3	10,7
умеренная личностная тревожность	18	42,9	19	67,9
высокая реактивная тревожность	1	2,4	1	3,6
высокая личностная тревожность	21	50	8	28,6

Примечание: Сравнение средних значений (тест Van der Waerden, Kruskal-Wallis) не показало различий между группами. При корреляционном анализе (Spearman Correlation) в 1-й группе выявлена положительная корреляция всех шкал. Во 2-й группе корреляция получена между шкалами Цунга и Спилбергера-Ханина. Коэффициент корреляции между шкалами был выше в 1-й группе.

степени, хотя субъективно она недооценивала тяжесть своего состояния. При детальном расспросе женщин выяснено, что симптомы депрессивных расстройств имеются у них в течение нескольких месяцев, одна пациентка связывала возникновение нарушений цикла с имеющейся депрессией. В группе женщин с регулярным менструальным циклом депрессии не было выявлено.

По данным объективного и субъективного исследования у 2-х женщин (4,8 %) первой группы и у 1-й пациентки (3,6 %) второй группы выявлено генерализованное тревожное расстройство. Чувство тревожности беспокоило их в течение нескольких месяцев, года и более, сопровождалось сердцебиением, головокружением, потливостью и дискомфортом в эпигастральной области. У двух женщин тревожность присутствовала несколько лет, течение ее носило волнообразный характер; у одной женщины симптомы тревожных расстройств наблюдались в течение нескольких месяцев, но не было периодов ремиссии.

Эпизодическая пароксизмальная тревожность (умеренная) выявлялась с большей частотой, чем генерализованное тревожное расстройство — у 23-х из 70 женщин: 10 пациенток (23,8 %) с аменореей и олигоменореей и 13 женщин (46,4 %) с регуляр-

Как видно из таблицы, у 39 женщин из 42 (92,9 %) с аменореей и олигоменореей определены тревожные расстройства по шкале Спилбергера-Ханина: повышение уровня реактивной и личностной тревожности у 13 (31 %), изолированное повышение уровня личностной тревожности у 26 (61,9 %). В группе женщин с регулярным менструальным циклом тревожные расстройства выявлены у 27 (96,4 %): повышение уровня реактивной и личностной тревожности у 4-х (14,3 %), изолированное повышение уровня личностной тревожности у 23-х (82,1 %). При анализе личностной тревожности максимум балльной оценки приходился на группу пациенток с аменореей и олигоменореей — высокий уровень у 21 женщины (50 %), в то время как в группе сравнения данный уровень отмечался только у 8 женщин (28,6 %). Умеренная личностная тревожность чаще встречалась у женщин группы сравнения.

Отмечено, что у женщин с диагнозом депрессии имелось повышение уровня только личностной тревожности, а у тех, кто отмечал признаки депрессии только субъективно, — повышение уровня как реактивной, так и личностной тревожности.

Таким образом, у женщин с аменореей и олигоменореей чаще встречалось генерализованное тре-



возное расстройство, а у женщин с регулярным менструальным циклом — умеренная эпизодическая пароксизмальная тревожность. Депрессивный эпизод легкой степени выявлен только у женщин с аменореей. Женщины с аменореей и олигоменореей не связывали нарушение менструального цикла с тревожными расстройствами; одна пациентка считала депрессию причиной аменореи. В большинстве случаев (91 %) данные объективного и субъективного исследования совпадали.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология /Менделевич В.Д. — М., 2001. — 532 с.
2. Гинекология по Эмилю Новаку /Под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. — М., 2002. — 896 с.
3. Руководство ВОЗ по стандартизированному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар /Rowe P.J., Comhaire F.H., Hargreave T.B., Mellows H.J. — М., 1997. — 91 с.
4. Регуляция генеративной функции человека: Симпозиум ВОЗ, 1976 /Под ред. Л.С. Персианинова, И.А. Мануилова. — Копенгаген, 1978. — 464 с.
5. Montgomery, S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change /Montgomery S.A., Asberg M. //Br. J. Psychiatry. — 1979. — Vol. 134. — P. 382-389.
6. Zung, W.W.K. A self-rating depression scale / Zung, W.W.K. //Arch. Gen. Psychiatry. — 1965. — Vol. 12. — P. 63-70.





ПОНОМАРЕВА М.В., ЛУКИНА Н.А., АХМЕТЧИН А.Б.
МУЗ Клинический консультативный диагностический центр,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Различные нарушения менструального цикла, в том числе аменорея, являются актуальной проблемой для Кемеровской области. В России доля аменореи у женщин репродуктивного возраста в структуре всех заболеваний системы репродукции составляет 3,5 %. Доля аменореи в составе нарушений менструальной и генеративной функции — 10-15 %. Аналогичная ситуация наблюдается у жительниц Кемеровской области: так, в 2004 году доля аменореи у женщин репродуктивного возраста в структуре всех заболеваний системы репродукции составила 4,5 %; доля ее в составе нарушений менструальной и генеративной функции — 12 %. В структуре аменореи преобладает вторичная форма: по России и в Кемеровской области этот показатель равен 75 %.

До настоящего времени отсутствует единая, общепринятая классификация вторичной аменореи, что связано с многообразием этиологических и патогенетических вариантов ее развития. Деление аменореи на центральную, гипоталамо-гипофизарную, надпочечниковую, яичниковую и маточную не всегда приемлемо, поскольку аменорею можно рассматривать, скорее, как симптомокомплекс, тем более что данная патология сопутствует различным нарушениям функции желез внутренней секреции в 50 % случаев. Это затрудняет назначение рациональной терапии заболевания и профилактику рецидивов эпизодов аменореи. Все вышеизложенное определяет необходимость углубленного изучения причин, вызывающих вторичную аменорею, для проведения дифференцированного подхода к ее лечению и профилактике рецидивов, что и явилось *целью настоящей работы*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование 38 женщин, средний возраст которых составил 25,8 лет (от 17 до 33 лет), во время эпизодов вторичной аменореи, длительность которой на момент обращения пациенток составила от 6 месяцев до нескольких лет. В наблюдение не включались женщины с хирургической аменореей. Проводились сбор анамнеза, изучение паритета, стандартное общее и гинекологическое обследование, ультразвуковое исследование матки, яичников, щитовидной железы. Исследовано состояние гипофизарно-

надной, тиреотропно-тиреоидной систем и надпочечников; проведено рентгенографическое обследование черепа (состояния турецкого седла). Все пациентки консультированы офтальмологом (изучение полей зрения), эндокринологом; при наличии показаний — неврологом. Комплекс обследования мог быть расширен при выполнении рекомендаций специалистов.

Функциональные обследования и консультации специалистов проведены на базе различных отделов Клинического диагностического центра г. Кемерово. Изучение состояния гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и яичников осуществлено при исследовании содержания фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ), тиреотропного гормона (ТТГ), кортизола (К), дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС), свободного тироксина (FT₄), эстрадиола (E₂), прогестерона (ПГ) и тестостерона (Тс) в сыворотке венозной крови по общепринятой методике иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство обратившихся пациенток были жительницами города Кемерово (28 человек или 73,6 %); 10 обратившихся женщин (26,4 %) были жительницами Кемеровской области, представляя ее северную часть (города Мариинск, Салаир, Белово; Топкинский, Ленинск-Кузнецкий районы). Материальные и бытовые условия у всех пациенток были удовлетворительными. Все женщины проживали в благоустроенном жилье. Большинство пациенток (27 чел. или 71 %) проживали в зарегистрированном или гражданском браке.

Связь развития вторичной аменореи с продолжающимся пубертатным периодом, началом половой жизни, родами (по истечении периода лактации) не прослежена ни в одном из наблюдений. В двух наблюдениях 17-летних девушек развитие аменореи совпало с терапией вирусного энцефалита глюкокортикоидами и лечением по поводу гнойного мастита, включающим операцию и использование антибактериальных препаратов. Треть пациенток в возрасте 21-28 лет (12 чел. или 31,5 %) начало эпизода аменореи сопоставили с



психо-эмоциональными стрессами различного характера. Более половины наблюдавшихся женщин (24 чел. или 63,1 %) не отметили какой-либо видимой причины развития аменорей.

Средний возраст менархе у наблюдавшихся пациенток с аменореей не отличался от среднего, составляя 12,6 лет. Из сопутствующих нарушений менструального цикла дисменорея отмечена у 16 женщин (41,2 %); олигоменорея — у 6 человек (15,8 %). Длительность эпизодов аменорей от 6 месяцев до 1 года на момент обращения отмечена у 32-х женщин (84,2 %); от 1 года до нескольких лет — у 6 пациенток (15,8 %).

Половина наблюдавшихся женщин (19 чел. или 50 %) имели первичное и вторичное бесплодие. Из иной гинекологической патологии в анамнезе пациенток отмечены фибромиома малых размеров, уреоплазмоз, хламидиоз, эрозия шейки матки (по 2 наблюдения). В 11 случаях (28,9 %) при изучении анамнеза указаний на наличие гинекологической патологии не найдено.

При консультировании пациенток с вторичной аменореей терапевтом выявлены гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма, с ожирением I-й степени у 8 наблюдавшихся женщин (21 %). Любопытно, что при подсчете индекса массы тела (ИМТ) он, в среднем, оказался несколько выше нормы — 24,2; что соответствует предожирению. Из иной экстрагенитальной патологии при консультировании специалистами обнаружены симптомная гипертензия, субклинический гипотиреоз (по 2 случая); микропролактиннома гипофиза, хронический пиелонефрит, псориаз, снижение толерантности к глюкозе (по одному наблюдению). Более половины обследованных женщин (22 чел. или 57,8 %) признаны соматически здоровыми.

Полученные данные исследования содержания в сыворотке крови гормонов гипофиза, яичников и надпочечников представлены в таблице 1.

Таблица 1
Средняя концентрация гормонов гипофиза, яичников, щитовидной железы и надпочечников в сыворотке крови женщин с вторичной аменореей

Гормон	Показатель	Норма
ФСГ (мМЕ/л)	7,15	2,8-11,1
ЛГ (мМЕ/л)	11,9	2-11,3
Индекс ЛГ/ФСГ	2,88	1,52
ПРЛ (мМЕ/л)	488,6	98-784
ТТГ (мМЕ/л)	2,61	0,4-4
E ₂ (pg/ml)	102,2	34-160
ПГ (нмоль/л)	10,4	10,1-76,32
ТС (нмоль/мл)	2,5	2,3-4,1
ДЭАС-С (μmol/л)	4,8	0,9-11,7
К (нмоль/л)	499,5	138-690
FT ₄ (pmol/л)	14,3	10,3-24,5

Полученные результаты гормональных исследований свидетельствуют о повышении содержания ЛГ, что нашло отражение в индексе ЛГ/ФСГ (2,88), почти в два раза превышающем норму. Содержание периферических половых гормонов соответствовало пределам допустимых показателей, однако, при количестве E₂, соответствующем медиане, содержание ПГ находилось на нижней границе нормы. Это, возможно, свидетельствует об относительной недостаточности функции желтого тела при преобладании секреции эстрогенов. Поскольку нарушения секреции периферических женских половых гормонов реализуются в развитие вторичной аменореи, можно говорить о срыве процессов адаптации гипофизарно-гонадной системы.

Среднее содержание гормонов щитовидной железы и надпочечников соответствует пределам нормы и медиане для данных показателей. Это, возможно, свидетельствует о более устойчивых к стрессу (аменорея) адаптивных процессах в тиреотропно-тиреоидной системе и надпочечниках, поскольку данные системы ответственны за основные процессы жизнедеятельности организма. При ультразвуковом исследовании органов малого таза, средние размеры матки и яичников у наблюдавшихся женщин соответствовали среднестатистическим; средняя толщина М-эхо равнялась таковой в конце лютеиновой фазы при двухфазном менструальном цикле (табл. 2).

Таблица 2
Результаты ультразвукового исследования органов малого таза у женщин с вторичной аменореей (средние показатели в обследованной группе в мм)

Показатель	Величина
Длина левого яичника	3,45
Ширина левого яичника	2,22
Длина правого яичника	3,5
Ширина правого яичника	2,16
Длина матки	4,81
Ширина матки	4,22
Толщина матки	3,22
М-эхо	10,0

При проведении ультразвукового обследования, у 12 женщин (31,5 %) найдены признаки синдрома поликистозных яичников (СПКЯ); у 6 пациенток (15,8 %) диагностирована гипоплазия матки. По одному наблюдению отмечены интрамуральный миоматозный узел в диаметре 10 мм, доминантный фолликул, персистирующий фолликул, отсутствие фолликулярного резерва, фиброз в проекции придатков, варикозное расширение вен малого таза, ретродевиация матки. Уточнение диагноза при ультразвуковом обследо-



вании явилось важной составляющей индивидуальной программы ведения каждой из пациенток для лечения аменореи и профилактики ее рецидивов.

При проведении ультразвукового обследования щитовидной железы, отклонений средних показателей размеров органа от среднестатистических у пациенток с вторичной аменореей не найдено (табл. 3).

Таблица 3
Размеры щитовидной железы, определенные при УЗИ у пациенток с вторичной аменореей (средние показатели в обследованной группе в мм)

Показатель	Величина
Длина левой доли	49,0
Ширина левой доли	12,7
Толщина левой доли	14,5
Объем левой доли	4640
Длина правой доли	47,5
Ширина правой доли	13,4
Толщина правой доли	12,7
Объем правой доли	4782

При исследовании структуры щитовидной железы, однако, у трети пациенток (13 чел. или 34,2 %) найдены диффузные изменения структуры долей. Это, в соответствии с результатами исследования содержания гормонов щитовидной железы, потребовало включения в комплекс терапии препаратов йода и в одном случае — препаратов гормонов щитовидной железы. Лечение проводилось совместно с эндокринологом, под контролем состояния тиреотропно-тиреоидной системы.

При проведении рентгенографии области турецкого седла, у подавляющего большинства пациенток (34 чел. или 89,4 %) каких-либо изменений области турецкого седла, полей зрения не выявлено. По одному наблюдению отмечены наличие двухконтурности турецкого седла, обызвествления в ретроселлярном пространстве, синдрома «пустого» турецкого седла, гиперостоза лобной кости. При консультации офтальмолога, у двух пациенток с изменениями области турецкого седла выявлено битемпоральное снижение полей зрения на 5-10°, у них же определено наличие микропролактиномы гипофиза; а при ЭЭГ обнаружено раздражение диэнцефальных структур. Данная ситуация потребовала консультации нейрохирургов для уточнения причины возникших изменений.

Таким образом, при комплексном обследовании выявлены различные нарушения функционирования гипофизарно-гонадной, тиреотропно-тиреоидной систем и надпочечников. Однако и это не позволило окончательно утвердиться в

топической диагностике формы аменореи в ряде случаев. Так, например, у пациенток с СПКЯ мы могли наблюдать изменение функции щитовидной железы, гипоталамический синдром, нейроэндокринную форму с ожирением I-й степени, а также изменения турецкого седла и, даже, миому матки. Поэтому в диагнозе мы уточняли: «предположительно, яичниковая форма аменореи» или «предположительно, гипофизарная форма аменореи». Тем не менее, комплексное обследование позволило проводить индивидуальный подход в лечении данного патологического состояния у каждой из пациенток, с учетом состояния не только гипофизарно-гонадной, но и тиреотропно-тиреоидной системы и состояния надпочечников, совместно с терапевтом и эндокринологом.

При лечении аменореи использовались стандартные схемы, включающие эстрогены, гестагены, в том числе в режиме контрацепции и заместительной гормональной терапии (ЗГТ), клиновидную резекцию яичников с последующим моделированием менструального цикла и стимуляцией овуляции. Кроме того, применялись стандартные схемы назначения препаратов, подавляющих продукцию пролактина (при микропролактиноме гипофиза); препаратов йода и гормонов щитовидной железы; ведение пациенток в соответствии со стандартами при гипоталамическом синдроме и высоком риске развития сахарного диабета. Восстановление менструального цикла при проведении комплексного лечения произошло у 37 пациенток, у трех наступила беременность. Только у одной, с синдромом «пустого» турецкого седла, не отмечено восстановления менструальной функции, в данной ситуации мы применяли ЗГТ в непрерывном режиме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, комплексное обследование пациенток репродуктивного возраста с вторичной аменореей позволило назначить индивидуальное в каждом случае лечение данной патологии, совместно с терапевтами, эндокринологами и нейрохирургами, с учетом состояния гипофизарно-гонадной, тиреотропно-тиреоидной систем, надпочечников, матки. Сочетание различных видов патологии состояния гипофиза и органов-мишеней при вторичной аменорее требует выявления групп риска по развитию данной патологии, углубления исследования биохимических процессов синтеза гонадолиберина у женщин групп риска для прогнозирования наступления декомпенсации с возникновением аменореи. Это позволит провести профилактику возникновения аменореи, предупредить рецидивы данного патологического состояния.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Безнощенко, Г.В. Избранные лекции по гинекологии /Безнощенко Г.В. – Омск, 1999. – 392 с.
2. Дуда, И.В. Клиническая гинекология /Дуда И.В., Дуда Вл.И., Дуда В.И. – Минск, 1999. – Т. 2. – 379 с.
3. Манухин, И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии /Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. – М., 2001. – 247 с.





ПРОТАСОВА И.Н., ЦХАЙ В.Б., ПЕРЬЯНОВА О.В., МАКАРЕНКО Т.А.
*Красноярская государственная медицинская академия,
г. Красноярск*

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Обследованы 41 женщина с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. Проведенное исследование показало, что на современном этапе в развитии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки этиологическую роль играют как аэробные, так и анаэробные возбудители, с преобладанием анаэробных микроорганизмов. Препаратами выбора при лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки можно считать цефалоспорины II поколения, амоксициллин/клавулановую кислоту.

Ключевые слова: гнойные воспалительные заболевания придатков матки, микрофлора, антибактериальная терапия.

The 41 woman with purulent pelvic inflammatory disease was observed. Our clinical and microbiological investigation supported that the main ethiological role in purulent pelvic inflammatory disease belongs to anaerobic microorganisms and sometimes to associations of aerobic and anaerobic bacteria. Cephalosporins II generation and amoxycillin/clavulanic acid could be recommended to antibiotic therapy of purulent pelvic inflammatory disease.

Key words: purulent pelvic inflammatory disease, microflora, antibiotic therapy.

Воспалительные заболевания придатков матки, занимая ведущее место в структуре гинекологической патологии, являются одной из ведущих причин нарушения и утраты репродуктивной функции женщин [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

В последние годы во многих странах мира отмечено повышение частоты острых воспалительных заболеваний придатков матки на 13 % в общей популяции женщин репродуктивного возраста и на 25 % у женщин, использующих внутриматочные контрацептивы [7].

В России число больных сальпингоофоритом выросло с 1206,1 на 100 тыс. женщин в 1997 г. до 1360,6 в 1999 г. По сравнению с 1993 г., рост заболеваемости воспалительными процессами придатков матки составил 67 % [8].

По данным Н.В. Батуревич (1997), частота гнойных форм гнойных воспалительных заболеваний придатков матки у больных, поступивших в гинекологические учреждения г. Омска за период 1991-1994 гг., составила 4,5-12 % [4].

По данным М. Quan (1994) острые воспалительные заболевания придатков матки являются главной гинекологической проблемой в Соединенных Штатах — в течение года регистрируется более миллиона женщин с данной патологией; общие затраты на их лечение составляют около 4,2 миллиарда долларов [9]. G.R. Newkirk (1996) приводит данные о том, что каждая десятая женщина репродуктивного возраста в США страдает воспалительными заболеваниями придатков, причем у каждой четвертой из них отмечаются такие последствия, как бесплодие, эк-

топическая беременность, хронические тазовые боли [10].

По данным J. Ross (2001), воспаление придатков матки является одной из главных причин госпитализации — больные с данной патологией составляют 49 на 10000 случаев госпитализации в стационар; у 20 % из них развивается бесплодие, 20 % страдают хроническими тазовыми болями, у 10 % впоследствии возникает эктопическая беременность [11].

Несмотря на применение современных методов диагностики и терапии, частота воспалительных заболеваний придатков матки не имеет тенденции к снижению [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Не вызывает сомнения тот факт, что успех лечения больных с воспалительными заболеваниями гениталий во многом определяется рациональной этиотропной антибактериальной терапией [1, 2, 3].

В последние годы во многих публикациях [12, 13, 14] отражается преобладание анаэробных инфекций над аэробными. Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. с соавт. (1995) подчеркивают, что подавляющее большинство гнойных воспалительных заболеваний придатков матки обусловлено собственной условно-патогенной микрофлорой, среди которой в значительной степени преобладают облигатные анаэробные микроорганизмы [12]. В большинстве анаэробы, имеющие клиническое значение, являются частью собственной микрофлоры слизистых оболочек, где наряду с ними присутствуют аэробные и факультативно анаэробные бактерии, которые способствуют выживанию и росту строгих анаэробных бактерий



путем разрушения перекисей, создавая бескислородные условия [12].

Цель исследования — изучить особенности клинического течения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, видовой состав микрофлоры, выделенной у обследованных больных, и чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Были обследованы 41 женщина с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, поступившие в гинекологическое отделение Красноярской городской больницы скорой медицинской помощи в 2003–2004 гг. Средний возраст больных составил $37,04 \pm 1,51$ лет.

23 пациентки (56,1 %) были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, 19 (43,3 %) направлены из женских консультаций и поликлиник, 1 пациентка (2,4 %) обратилась сама.

При поступлении 39 больных (95,1 %) предъявляли жалобы на боли в нижних отделах живота, у всех больных отмечалось повышение температуры тела $37,2\text{--}40^\circ\text{C}$ (в среднем, до $38,4^\circ\text{C}$). У 19 больных (46,3 %) отмечался озноб, у 7 (17,1 %) — рвота, у 2-х (4,9 %) — жидкий стул, у 2-х (4,9 %) — учащенное мочеиспускание; 3 женщины (7,3 %) жаловались на гнойные выделения из половых путей.

В анамнезе у 17 женщин (41,5 %) отмечался хронический аднексит, у 2-х (4,9 %) — хронический эндометрит, 3 пациентки (7,3 %) отмечали в анамнезе трихомониаз, 2 (4,9 %) — гонорею. Не имели беременностей в анамнезе 4 пациентки (9,8 %), имели только роды 3 пациентки (7,3 %), аборт — 5 больных (12,2 %), роды и аборт — 29 женщин (70,7 %). В качестве контрацепции использовали внутриматочную спираль 20 женщин (48,8 %).

Хирургические вмешательства в анамнезе отмечали 10 женщин, из них двоим (4,9 %) было проведено кесарево сечение, одна больная (2,4 %) прооперирована по поводу внематочной беременности, 8 больным (19,5 %) произведена аппендэктомия. В 39 % случаев пациентки имели экстрагенитальную патологию: гипертоническая болезнь — у 3 больных (7,3 %), хронические заболевания почек и мочевыводящих путей — у 4 (9,8 %), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта — у 6 (14,6 %), хронические заболевания дыхательных путей — у 4 (9,8 %), заболевания центральной нервной системы — у 2-х больных (4,9 %).

Состояние больных при поступлении расценивалось как удовлетворительное у 3-х больных (7,3 %), средней тяжести — у 29 (70,7 %), тяжелое — у 7 (17,1 %), крайне тяжелое — у 1 больной

(2,4 %). При гинекологическом обследовании выявлены объемные образования различных размеров в области придатков у 34 больных (82,9 %), у 7 (17,1 %) пропальпировать матку и придатки не представлялось возможным из-за болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки.

При поступлении всем женщинам проводилось общеклиническое обследование: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи.

Анемия I–II степени при поступлении наблюдалась у 19 больных (46,3 %). Лейкоцитоз и СОЭ составили, в среднем, $11,4 \pm 0,65 \times 10^9/\text{л}$ и $45,7 \pm 2,97$ мм/ч, соответственно. Лимфопения наблюдалась у 37 больных (90,2 %). Лейкоцитарный индекс интоксикации составил, в среднем, $24,9 \pm 1,7$ (от 7,75 до 50,2). В биохимическом анализе крови более чем у половины пациенток отмечена диспротеинемия: так, у 26 больных (63,4 %) наблюдалось снижение уровня альбуминов, у 22 (53,7 %) — повышение глобулиновых фракций белка (альфа-1 и альфа-2 глобулинов). При этом содержание общего белка в плазме крови у 87,8 % больных оставалось в пределах нормы, и лишь у 12,2 % больных наблюдалась гипопроотеинемия. У 75,6 % больных наблюдалась гиперкоагуляция: уровень фибриногена превышал 4 г/л.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища произведена у 29 больных (70,7 %), при этом у 12 (29,3 %) при пункции был получен гной, у 6 (14,6 %) — серозный и серозно-геморрагический экссудат, у 11 больных (26,8 %) пунктат не получен.

После проведенного обследования, у 26 больных (63,4 %) были диагностированы односторонние гнойные tuboовариальные образования, у одной больной (2,4 %) — двухсторонние гнойные tuboовариальные образования, у 7 больных (17,1 %) — двухсторонние пиосальпинксы, у 4 больных (9,8 %) — односторонний пиосальпинкс, у 3 больных (7,3 %) — односторонний пиоварум.

Всем пациенткам проведено оперативное лечение: 8 больным (19,5 %) была произведена односторонняя аднексэктомия, 1-й больной (2,4 %) — двухсторонняя аднексэктомия, 19 больным (46,3 %) — аднексэктомия с одной стороны, тубэктомия с другой, 9 больным (21,9 %) — двухсторонняя тубэктомия, 1-й больной (2,4 %) — односторонняя тубэктомия, 3 больным (7,3 %) — гистерэктомия с придатками.

20 женщинам, прооперированным по поводу осложненных форм гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, было проведено бактериологическое исследование с определением антибиотикочувствительности выделенных культур микроорганизмов.

Для бактериологического исследования производился забор следующих материалов: со-



держимого цервикального канала, экссудата из брюшной полости, биоптатов из очага поражения. Содержимое из цервикального канала забиралось непосредственно перед операцией, материал из брюшной полости — во время операции. Посевы культивировали в аэробных и анаэробных условиях в течение 24-48 часов при температуре 37°C.

Идентификация выделенных культур проводилась с учетом морфо-тинкториальных, культуральных и биохимических свойств. Для идентификации анаэробных микроорганизмов применяли тест-системы rapid ID 32A с последующей компьютерной обработкой результатов (программа APIlab). Чувствительность аэробных культур к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтона с использованием стандартных дисков с антибиотиками. Антибиотикочувствительность анаэробных культур определяли с помощью систем ATB ANA.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

У 11 из 20 больных (55 %) из брюшной полости были выделены только анаэробные микроорганизмы, у 5 больных (25 %) — только факультативно аэробные микроорганизмы, у 2 больных (10 %) — ассоциации факультативно аэробных и анаэробных бактерий. Количество микроорганизмов на 1 г (мл) исследуемого материала составило от $< 10^3$ до 1×10^7 . Необходимо отметить, что в 14 случаях (70 %) микрофлора была выделена из тканей очага поражения (маточная труба и яичник), и лишь в трех случаях (15 %) — из очага поражения и экссудата из брюшной полости. У 2-х больных (10 %) результаты бак. посева были отрицательными.

Микрофлора цервикального канала у большинства обследованных больных была представлена микроорганизмами *Corynebacterium* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. (в том числе и анаэробными), дрожжеподобными грибами рода *Candida* в количестве 1×10^3 — 1×10^6 КОЕ/мл. Корреляции между микрофлорой цервикального канала и микрофлорой, выделенной из брюшной полости, не выявлено.

При исследовании антибиотикочувствительности выделенных анаэробных культур было выявлено, что 90,9 % из них устойчивы к метронидазолу, 18,1 % — к клиндамицину, 9,1 % — к амоксициллину, 9,1 % — к пенициллину. Все анаэробные культуры были чувствительны к цефалоспорином II-го поколения (цефотетан, цефокситин), тикарциллину, тикарциллин/клавулановой кислоте, амоксициллин/клавулановой кислоте, имипенему, хлорамфениколу. Выделенные аэробные культуры (*E. coli*, *Staphylococcus* spp.) были чувствительны к цефалоспорином II-го поколения (цефазолин), III-го поколения (цефотаксим,

цефтриаксон), IV-го поколения (цефамандол), ципрофлоксацину, линкомицину, амоксициллину, аминогликозидам (гентамицин, амикацин); устойчивы — к пенициллину, эритромицину.

Таким образом, проведенное исследование показало, что на современном этапе в развитии гнойных воспалительных заболеваний этиологическую роль играют как аэробные, так и анаэробные возбудители с преобладанием анаэробных микроорганизмов. Препаратами выбора при лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки можно считать цефалоспорины II-го поколения, амоксициллин/клавулановую кислоту. По первым результатам нашего исследования можно предположить, что общепринятая тактика назначения антибактериальной терапии по результатам микробиологического исследования отделяемого цервикального канала представляется нецелесообразной, так как микрофлора цервикального канала и микрофлора гнойных tuboовариальных образований не коррелируют между собой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснопольский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. — М., 1998. — 233 с.
2. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология /Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. — М., 2001. — 288 с.
3. Стрижаков, А.Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.Н. — М., 1996. — 256 с.
4. Simms, I. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? /Simms I., Stephenson J.M. //Sex. Transm. Inf. — 2000. — V. 76. — P. 80-87.
5. Westrom, L. Effect of pelvic inflammatory disease on fertility /Westrom L. //Venereology. — 1995. — V. 8, N 4. — P. 219-222.
6. Pelvic inflammatory disease and risk of ovarian cancer /Parazzini F., La Vecchia C., Negri E. et al. //Cancer Epidem. Biomarkers and Prevention. — 1996. — V. 5. — P. 667-669.
7. Батуревич, Н.В. Гнойное воспаление придатков матки /Н.В. Батуревич: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1997. — 23 с.
8. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза /Яглов В.В. //Гинекология. — 2001. — № 3. — С. 93-97.
9. Quan, M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management /Quan M. //J. Am. Board Fam. Pract. — 1994. — V. 7, N 2. — P. 110-123.
10. Newkirk, G.R. Pelvic inflammatory disease: a contemporary approach /Newkirk G.R. //Am. Fam. Physician. — 1996. — V. 53, N 4. — P. 1127-1135.
11. Ross, J. Pelvic inflammatory disease /Ross J. //Br. Med. J. — 2001. — V. 322. — P. 658-659.



-
12. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике /Цвелев Ю.В., Кочеровец В.И., Кира Е.Ф., Баскаков В.П. – СПб, 1995. – 320 с.
13. Sweet, R.L. Role of bacterial vaginosis in pelvic inflammatory disease /Sweet R.L. //Clin. Infect. Dis. – 1995. – V. 20 – P. 271-275.
14. Clinical and microbiological study of acute pelvic inflammatory disease /Ovalle A., Martinez M.A., Casals A. et al. //Rev. Chil. Obstet. Ginecol. – 1993. – V. 58, N 2. – P. 103-112.
- 



ПУШКАРЕВ В.А., КУЛАВСКИЙ В.А., ГАШИМОВА Д.Т.,
КУДАШКИНА Н.В., НИЗАМУТДИНОВ Р.Ф.
*Клинический республиканский онкологический диспансер,
Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

МЕТОД ФИТОПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (КУЛЬТИТОВ) ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ (ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ)

Проведено исследование по профилактике гнойно-септических осложнений после операции экстирпации матки у женщин группы высокой степени инфекционного риска, имеющих в анамнезе экстрагенитальные заболевания органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой и мочевыводящей систем, эндокринные и инфекционные болезни; гинекологические заболевания – хронические сальпингоофориты, метроэндометриты. С целью профилактики гнойно-септических осложнений после операции пангистерэктомии, предложен настой из трав для спринцевания за 5-7 дней до операции, а также вагинальные свечи на основе экстракта из семи разрешенных к применению лекарственных растений, обладающих противовоспалительным, антибактериальным и ранозаживляющим действием. Предложенный способ уменьшил частоту послеоперационных культиитов в 3,7 раза.

Ключевые слова: экстирпация матки, культииты, фитопрофилактика.

We've made an investigations on prevention of purulent septic complications after uterus extirpation of women with high infection risk: in the past they had extragenital diseases of respiratory, digestive, cardiovascular and urinary systems, endocrine and infectious diseases; they also had gynecologic diseases – chronic salpingo-oophoritis, metroendometritis. To prevent purulent septic complications after uterus extirpation we offered herbal infusion for syringing 5-7 days prior to the operation, we also offered vaginal suppositories made on the basis of 7 authorized medicinal plants, which have antiinflammatory, antibacterial and healing effects. The suggested method reduced number of purulent septic complications (culitis) to 3,7 times.

Key words: uterus extirpation, culitis (purulent septic complications), phytoprophylaxis.

Наиболее частыми осложнениями послеоперационного периода (операции экстирпации матки) являются воспалительные заболевания культи влагалища – культииты, частота которых может достигать 10-15 % [1, 2, 3, 4, 5].

Характерными клиническими проявлениями культиитов являются гиперемия слизистой, уплотнение, болезненность культи влагалища, в ряде случаев наблюдается гнойное отделяемое. Сочетание данной клинической картины с лихорадкой, болью внизу живота и лейкоцитозом свидетельствует о формировании флегмоны или абсцесса. Их возникновение бывает обусловлено инфицированием половых путей женщины, состоянием иммунологической реактивности организма, наличием в анамнезе экстрагенитальных и хронических гинекологических заболеваний [2, 3, 6, 7].

К группе больных с наиболее высокой степенью инфицирования относятся женщины, имеющие в анамнезе заболевания органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой и мочевыводящей систем, эндокринные и инфекционные болезни, а также гинекологические заболевания –

хронический сальпингоофорит, метроэндометрит, фибромиому матки [2, 6].

Кроме вышесказанного, формированию культиитов способствуют длительные операции, стрессовые ситуации, возникающие вследствие недостаточно адекватного обезболивания, не выполненная кровопотеря, травматизация тканей, приводящие к серьезным физиологическим изменениям в организме женщины [2, 4, 7].

Несомненно, обсеменению культи способствует состояние нормоценоза микрофлоры влагалища до операции и в раннем послеоперационном периоде, микрофлора уретры и нижних отделов прямой кишки. Образующаяся раневая поверхность культи влагалища, скопление лейкоцитов, сгустки крови оказывают существенное влияние, как на местное инфицирование послеоперационной раны, так и на общую интоксикацию организма ввиду попадания в кровяное русло бактериальных токсинов и продуктов распада размноженных тканей [2, 3, 4, 7].

Традиционным методом лечения инфекционных осложнений после пангистерэктомии является назначение антимикробной терапии, включа-



ющей антибиотиков широкого спектра действия с учетом анаэробной флоры. В тех случаях, когда наблюдаются обильные гнойные выделения из влагалища и пальпируется флюктуирующее образование, культя вскрывается и дренируется [2, 5, 7].

Однако широкое применение антибактериальных и дезинтоксикационных средств привело к изменению клинической картины гнойно-септических послеоперационных осложнений, что проявилось возникновением стертых форм течения инфекционного процесса, развитием тяжелых послеоперационных осложнений, вплоть до сепсиса и септикопиемии [2, 4].

Исходя из вышеизложенного целью исследования явилось:

- анализ частоты диагностирования воспалительных заболеваний у исследуемой категории женщин;
- бактериологическое и бактериоскопическое исследования содержимого влагалища и шейки матки до операции и влагалища — после;
- исследование антибактериальных свойств настоя и вагинальных свечей на основе экстракта из разрешенных к применению лекарственных растений;
- разработка способа профилактики гнойно-септических осложнений после операции пангистерэктомии у женщин «группы риска» с использованием лекарственных растений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явились 118 женщин, находящихся на стационарном лечении по поводу пангистерэктомии с диагнозом рак тела матки 1-й стадии в возрасте от 48 до 64 лет (средний возраст $54 \pm 3,3$ года). Это пациентки «группы риска» по возможности возникновения послеоперационных воспалительных осложнений — с отягощенным гинекологическим и экстрагенитальным анамнезом, имеющие заболевания эндокринной и сердечно-сосудистой патологии. Наблюдаемых женщин условно раздели на две группы: основную (60 человек) и контрольную (58 человек). Женщины, включенные в контрольную группу, получали традиционное пред- и послеоперационное лечение.

В основной группе, наряду с традиционной схемой лечения, проводилась профилактика ранних послеоперационных инфекционных осложнений (культитов) по предложенному нами методу с использованием настоя из трав и вагинальных свечей, приготовленных на основе экстракта из семи разрешенных к применению лекарственных растений, обладающих противовоспалительным, антибактериальным и ранозаживляющим действием, имеющих достаточную сырьевую базу на территории Республики Башкортостан. Сбор

из 7 видов лекарственного растительного сырья был разработан на кафедре фармакогнозии Башгосмедуниверситета. Растения, входящие в сбор, содержат различные группы биологически активных веществ (дубильные вещества, флавоноиды, эфирные масла и др.) и обладают широким спектром фармакологической активности [8].

Материалом для бактериологического и бактериоскопического исследования служило отделяемое из цервикального канала шейки матки и влагалища. В мазках отмечалось наличие лейкоцитов, слизи, фибрина, при обнаружении микроорганизмов — их отношение к окраске по Граму и морфологические особенности.

Выделение и идентификацию микрофлоры половых органов проводили по общепринятым методам. Исследуемый материал, взятый тампоном, засекали, используя штриховую технику посева, на половину чашки Петри, затем проводили посев тампоном на сахарный бульон. Посевы инкубировали при 37°C , просматривая ежедневно. При появлении роста на плотных средах, производили подсчет колоний различной морфологии, учитывая их соотношение. При помутнении бульона делали мазки (окраска по Граму) и, в соответствии с результатами микроскопии, производили высева на плотные питательные среды (кровяной агар, желточно-солевой агар, среду Эндо). Затем проводили видовую идентификацию микроорганизмов и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам. Отрицательный результат исследования фиксировался при отсутствии роста на всех питательных средах в течение 72 часов [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализируя экстрагенитальную патологию, сопутствующую основному заболеванию, установили, что большинство женщин имели в анамнезе заболевания органов дыхания — 44 (73,3 %) основной группы и 40 (69 %) контрольной; сердечно-сосудистые — 32 (53,3 %) основной группы и 31 (53,4 %) контрольной; органов пищеварения — 24 (40 %) основной группы и 25 (43,1 %) контрольной; эндокринные — 21 (35 %) основной группы и 18 (31 %) контрольной; мочевыводящей системы — 18 (30 %) основной группы и 13 (22,4 %) контрольной; инфекционные — 14 (23,3 %) основной группы и 13 (22,4 %) контрольной; анемию — 12 (20 %) основной группы и 14 (24,1 %) контрольной; другие заболевания имелись у 12 больных (20 %) основной группы и 13 (22,4 %) контрольной (табл. 1).

Анализ перенесенных ранее гинекологических заболеваний в исследуемых группах женщин показал следующие результаты: воспалительные заболевания женских половых органов (сальпин-



Таблица 1

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания у больных раком тела матки

Экстрагенитальные заболевания	Основная группа n = 60		Контрольная группа n = 58	
	абс.	%	абс.	%
Органов дыхания	44	73,3	40	69
Сердечно-сосудистые заболевания	32	53,3	31	53,4
Органов пищеварения	24	40	25	43,1
Эндокринные (ожирение)	21	35	18	31
Мочевыводящей системы	18	30	13	22,4
Инфекционные	14	23,3	13	22,4
Анемия	12	20	14	24,1
Другие	12	20	13	22,4

Примечание: $P > 0,05$.

гоофориты, метроэндометриты) преобладают в общей картине болезней. Так, в основной группе они были у 28 больных (46,7 %), в контрольной — у 26 (44,8 %), фибромиомы — у 17 (28,3 %) основной группы и 14 (24,1 %) контрольной, нарушения менструального цикла — у 13 (21,7 %) в основной и 13 (22,4 %) контрольной (табл. 2).

3,2 %, соответственно), ассоциации двух и более микроорганизмов ($8,3 \pm 2,5$ % и $6,9 \pm 2,5$ %, соответственно). Отсутствовал рост в $60 \pm 4,5$ % образцах основной группы и в $63,8 \pm 4,5$ % контрольной.

Во влагалищном содержимом до операции микробная флора обнаружена в основной группе у

Таблица 2

Данные анамнеза гинекологических заболеваний у изучаемых групп больных

Гинекологические заболевания	Основная группа n = 60		Контрольная группа n = 58	
	абс.	%	абс.	%
Воспалительные заболевания	28	46,7	26	44,8
Фибромиомы	17	28,3	14	24,1
Нарушения менструального цикла	13	21,7	13	22,4
Эрозии шейки матки	11	18,3	9	15,5
Другие	6	10	4	6,9

Примечание: $P > 0,05$.

Таким образом, на основании данных анамнеза и анализа историй болезни изучаемых больных с установленным диагнозом «Рак тела матки» обнаружено преобладание предшествующих воспалительных заболеваний женских половых органов и заболеваний органов дыхания.

У всех женщин основной и контрольной групп проводилось бактериоскопическое исследование содержимого влагалища и цервикального канала, за 5-7 дней до операции, и через 10-14 дней после. Все пациентки перед операцией имели 2-ю степень чистоты влагалища, отсутствовала специфическая флора. Характер микробной флоры у женщин основной группы до операции, как из шейки матки, так и из влагалища, был аналогичен микробной флоре у женщин контрольной группы ($P > 0,05$) (табл. 3).

В основной группе до операции условно-патогенные микроорганизмы обнаружены в материале из шейки матки у $40 \pm 4,5$ %, в контрольной — у $36,2 \pm 4,5$ %. Наиболее часто высевались эпидермальный стафилококк ($15 \pm 3,3$ % и $13,8 \pm$

$55 \pm 4,5$ % обследованных, в контрольной — у $50 \pm 4,6$ %. Наиболее часто высевались эпидермальный стафилококк ($26,7 \pm 4$ % и $24,1 \pm 4$ %, соответственно), кишечная палочка ($11,7 \pm 2,9$ % и $10,3 \pm 2,8$ %, соответственно). Рост отсутствовал в $45 \pm 4,5$ % исследованного материала основной группы и $50 \pm 4,6$ % контрольной.

В пред- и послеоперационном периодах больным, отнесенным к основной группе, наряду с традиционным лечением, проводилась обработка влагалища и послеоперационной культы по предложенному нами методу.

Способ применения: с целью санации влагалища в течение 5-7 дней перед операцией, 2 раза в сутки, проводилось спринцевание раствором, приготовленным из разрешенного к применению в медицинской практике лекарственного растительного сырья по известной фармакопейной методике. Вагинальные свечи вводили во влагалище после спринцевания на 6-7 часов [8].

Применение дополнительной обработки влагалища показало следующие результаты. При

Таблица 3

Количество выделенных штаммов при бактериологическом исследовании женщин до и после операции

Вид возбудителя	Группы	До операции				После операции	
		шейка матки		влагалище		влагалище	
		абс.	М ± m (%)	абс.	М ± m (%)	абс.	М ± m (%)
Эпидермальный стафилококк	Основная	9	15 ± 3,3	16	26,7 ± 4	9	15 ± 3,3
	Контрольная	8	13,8 ± 3,2	14	24,1 ± 4	13	22,4 ± 3,9
Золотистый стафилококк	Основная	4	6,7 ± 2,1	3	5 ± 2,1	2	3,3 ± 1,4
	Контрольная	3	5,2 ± 2,1	3	5,2 ± 3	4	6,9 ± 2,5
Кишечная палочка	Основная	4	6,7 ± 2,1	7	11,7 ± 2,9	2	2,3 ± 1,8
	Контрольная	5	8,6 ± 2,3	6	10,3 ± 2,8	5	8,6 ± 2,4
Стрептококк	Основная	2	3,3 ± 1,8	2	3,3 ± 1,8	1	1,7 ± 1,2
	Контрольная	1	1,7 ± 0,8	1	1,7 ± 0,8	2	3,5 ± 1,7
Кандиды	Основная	0	0	0	0	0	0
	Контрольная	0	0	1	1,7 ± 1,1	1	1,7 ± 0,8
Сочетание 2 и >м/о	Основная	5	8,3 ± 2,5	5	8,3 ± 2,5	3	5 ± 2,1
	Контрольная	4	6,9 ± 2,5	4	6,9 ± 2,5	4	6,9 ± 2,5
Не выяснены	Основная	36	60 ± 4,5	27	45 ± 4,5	43	71,7 ± 4,1
	контрольная	37	63,8 ± 4,5	29	50 ± 4,6	29	50 ± 4,6

Примечание: P > 0,05.

бактериологическом исследовании влагалищного содержимого в основной группе произошло достоверное снижение процента высеваемости микробов, с $55 \pm 4,5$ % перед операцией до $28,3 \pm 4,1$ % через 10-14 дней после (P < 0,01). Из влагалища чаще высеивались эпидермальный стафилококк ($15 \pm 3,3$ %), кишечная палочка ($3,3 \pm 1,8$ %), ассоциации двух и более микробов ($5 \pm 2,1$ %). У женщин контрольной группы изменений в показателях высеваемости микроорганизмов из влагалища до и после операции не произошло (соответственно, по $50 \pm 4,6$ % (P > 0,05)).

Послеоперационные осложнения (культиты) диагностированы у 7 больных (12,1 %) контрольной группы и у 2-х женщин (3,3 %) основной группы, что в 3,7 раза реже.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактика гнойно-септических осложнений (культитов) в послеоперационном периоде является актуальной проблемой, т.к. отмечается их высокая частота.

Наиболее часто послеоперационные культиты после экстирпации матки встречаются у женщин «группы риска», оперированных по поводу злокачественных опухолей и имеющих в анамнезе экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем, органов дыхания и пищеварения, эндокринные и инфекционные заболевания, а также гинекологические — хронический сальпингоофорит, метроэндометрит, фибромиому матки.

Предложенный способ профилактики гнойно-септических осложнений после пангистерэктомии прост, доступен в применении и эффективен для предотвращения осложнений. Несомненно, это связано с тем, что использованные лекарственные растения, оказывающие противовоспалительное, дезинфицирующее, бактерицидное и ранозаживляющее действие, в совокупности с антибактериальной терапией, создают более благоприятный фон для заживления раны, стимулируют местный иммунитет, повышают реактивность организма.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Identifying patients at high risk of surgical wound infection. A simple multivariate index of patient susceptibility and wound contamination /Haley R.W. et al. //Am. J. Epidemiol. — 1985. — N 121. — P. 206-215.
2. Бережа, Дж. Гинекология по Эмилию Новаку /Дж. Бережа, И. Адаши, П. Хиллард. — М., 2002. — 892 с.
3. Кулавский, В.А. Опухоли матки /Кулавский В.А., Пушкарёв В.А., Кулавский Е.В. — Уфа, 2004. — 383 с.
4. Кулаков, В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины /Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Аскольская С.И. — М., 1999. — 311 с.
5. Hirsch, H.A. Prophylactic antibiotics in obstetrics and gynecology /Hirsch H.A. //Am. J. Med. — 1985. — N 78. — P. 170-176.
6. Friedman, A.J. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas /Friedman A.J., Haas S.T. //Am. J. Obstet. Gynecol. — 1993. — N 168. — P. 751-755.



7. Risk factors for infection at the operative side after abdominal or vaginal hysterectomy /Shapiro M. et al. //N. Engl. J. Med. – 1982. – N 307. – P. 1661-1666.
8. Государственная Фармакопея СССР: XI изд., Т. 1-2. – М. 1987. – С. 145; 1990. – С. 154.
9. Приказ МЗ СССР № 535 от 22.04.1985 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в кли-нико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». – М., 1985. – 126 с.





РУДАКОВА Е.Б., РУДАКОВ Н.В., КАЛИНИНА О.Б., НАУМКИНА Е.В.,
МУН Ю.А., КОРЖУК О.В.

*Омская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница № 8,
г. Омск*

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЕК У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Актуальность проблемы послеоперационного спаечного процесса обусловлена тем, что практически все лапаротомные хирургические вмешательства сопровождаются образованием перитонеальных спаек и данная проблема имеет не только медицинское, но и социальное значение. Это особенно актуально в гинекологии, поскольку приводит к наступлению трубно-перитонеального бесплодия у пациенток репродуктивного возраста после оперативных вмешательств на органах малого таза. Так, по РФ частота бесплодия составляет 10-15 %, по Омской области до 20 %, и трубно-перитонеальное бесплодие достигает 56 % в структуре нарушений репродуктивной функции женщин. Выявление факторов риска, оказывающих непосредственное влияние на образование послеоперационных спаек, будет значительно содействовать профилактике данной патологии. И с этой точки зрения интересен как микробный пейзаж перитонеальной жидкости, так и особенности анамнеза пациенток.

Ключевые слова: послеоперационные спайки, перитонеальная жидкость, факторы риска.

Этиологические факторы, способствующие образованию послеоперационных спаек (ПОС), условно делятся на 2 группы: общие и интраоперационные. К общим или predisposing факторам Ковалев М.М. и соавт. (1984) и Рой В.П. и Поканевич В.В. (1985) относят генетические факторы (группа крови 0(I), наличие послеоперационной спаечной болезни у близких родственников), воздействие окружающей среды и комбинация наследственных и экзогенных факторов. В последнюю группу авторы включают антропологические особенности организма (конституция), склонность к образованию гипертрофических и келлоидных рубцов, аллергическую предрасположенность, системные заболевания соединительной ткани, нарушение функции и заболевания пищеварительного тракта до операции. Ряд авторов считают, что повышенная склонность к возникновению спаек обусловлена наследственной предрасположенностью у лиц с «фенотипом быстрого ацетилирования» (Мега-лашвили Р.Д., 1991), индивидуальной склонностью к спайкообразованию из-за аутоиммунной сенсibilизации брюшины [1]. Имеются различные точки зрения в отношении возраста, пола, роста и массы тела пациенток. Среди интраоперационных факторов имеют значение реактивность шовного материала, количество узлов, технические погрешности во время операции (гемостаз, чужеродный материал, избыточная коагуляция тканей, травматичность операции), кровотечение из раны, длительность гипертермической реакции, гнойные и инфекционные осложнения [2, 3].

Одним из ведущих факторов в патогенезе образования послеоперационных спаек является на-

личие инфекционного агента (схема), и нам представляется информативным изучение микробного пейзажа перитонеальной жидкости (ПЖ) в сопоставлении с данными микробиоценоза влагалищного отделяемого у пациенток, оперированных по поводу невоспалительных гинекологических заболеваний. Такие исследования в литературных источниках мы не обнаружили.

Цель исследования — выявление ранее мало изученных критериев прогнозирования степени выраженности спаечного процесса, силы их влияния на развитие послеоперационных спаек и сопоставление данных микробного пейзажа ПЖ с данными микробиологических исследований влагалищного отделяемого.

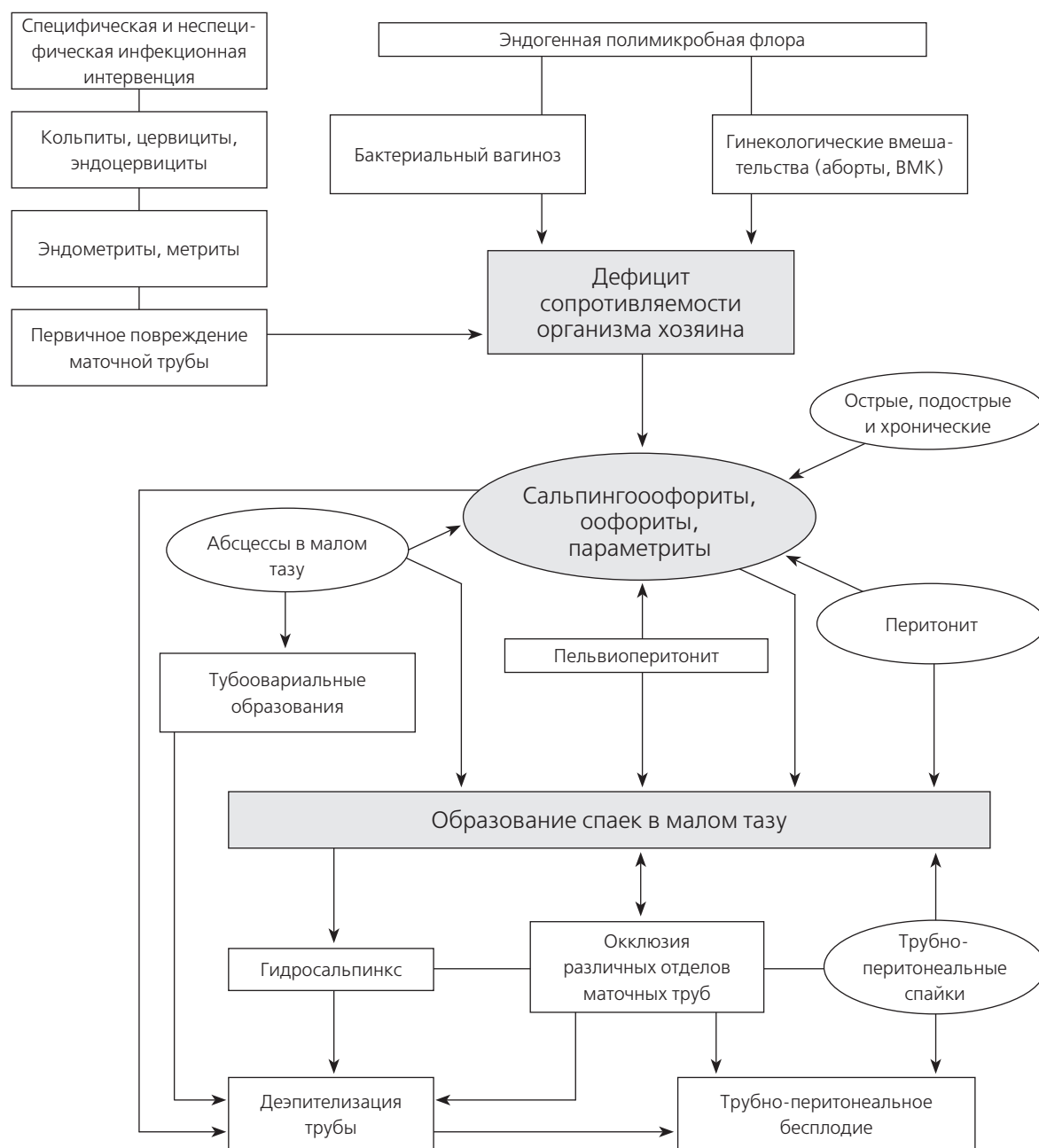
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выявления факторов риска развития послеоперационных спаек мы провели ретроспективный анализ 400 историй болезни пациенток, оперированных в 3-м гинекологическом отделении МУЗ ГБ № 8 г. Омска. Возраст пациенток варьировал от 19 до 35 лет, средний возраст составил $26,1 \pm 4,3$ года. Основное внимание уделялось антропометрическим показателям, группе крови и резус-фактору, наличию экстрагенитальной патологии, аллергологическому и генеалогическому анамнезу, наличию профессиональных вредностей и оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, а также гинекологическому анамнезу (менструальная, половая, репродуктивная функции, хронические воспалительные процессы) и лабораторным показателям (гемоглобин, эритроциты, лейкоци-



Схема 1.

**Патогенез образования спаек при воспалительном процессе в малом тазу
(механизм формирования спаек при воспалительных заболеваниях аналогичен патогенезу образования послеоперационных спаек).**



ты, протромбиновый индекс, фибриноген, время свертывания крови и время кровотечения).

У 40 пациенток, прооперированных лапаротомическим и лапароскопическим доступами, проведено микробиологическое исследование ПЖ. Предварительно, у всех пациенток были исключены инфекции, передаваемые половым

путем. Забор материала проводили с использованием анаэробной техники, материал засевали на расширенный набор питательных сред, предусматривающий выделение широкого круга факультативно-анаэробных, микроаэрофильных и облигатно-анаэробных микроорганизмов, а также мико- и уреаплазм; посеvy инкубировали аэроб-



но, в атмосфере повышенного содержания CO_2 , а также анаэробно с использованием Genbox Anaer до 5 суток. Полученное видовое разнообразие сравнивалось с бактериоскопическими результатами влажного отделяемого этих пациентов. Микроскопическую картину вагинальных мазков оценивали по классификации Кира Е.Ф. (1995) [2]. Спаечный процесс оценивали по шкале бальной системы оценки спаечного процесса по Мынбаеву О.А. (1997) [4]. Статистическую обработку материала осуществляли приемами вариационной статистики с определением средней арифметической, ее ошибки, достоверности различий по критерию Стьюдента, показателя силы влияния рассматриваемых факторов методом дисперсионного анализа [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При ретроспективном анализе историй болезни пациенток, прооперированных по поводу различных гинекологических заболеваний невоспалительной этиологии, средний возраст составил $26,1 \pm 4,3$ лет, средний рост — $164,6 \pm 0,3$ см, вес — $62,7 \pm 4,1$ кг, причем самая высокая масса тела отмечалась у пациенток с III-IV ст. выраженности спаечного процесса. В среднем, 33,3 % женщин имели 0(I) группу крови, 44,4 % АВ(IV) группу крови, 11,1 % В6(III), 11,2 % АВ(IV) группу крови. Четкой корреляционной связи между определенной группой крови и послеоперационным спаечным процессом не выявлено.

При анализе анамнестических данных выявлено, что 65,7 % пациенток перенесли в детстве следующие инфекционные заболевания: ветряная оспа, корь, скарлатина, эпидемический паротит. Почти 86 % пациенток отмечали наличие различной экстрагенитальной патологии: частые простудные заболевания (ОРЗ, грипп) 45,3 %, ангина и хронический тонзиллит 42,5 %, заболевания органов желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, гастрит, панкреатит) 32,5 %, сердечно-сосудистой системы (вегето-сосудистая дистония, артериальная гипертензия, дисгормональная миокардиодистрофия, врожденный порок сердца) 5,9 %, органов дыхания 13,6 %. Кроме того, у 10,5 % пациенток в анамнезе были другие экстрагенитальные заболевания: хроническая анемия, варикозная болезнь вен нижних конечностей, остеохондроз, миопия, хронический пиелонефрит.

23,8 % пациенток перенесли аппендэктомию (при этом отмечено, что аппендэктомия, перенесенная в детстве, практически не приводит к развитию спаечного процесса), а 14,6 % различные акушерско-гинекологические операции до проведения данного оперативного вмешательства. В 10,2 % случаев спаек в малом тазу не обна-

ружено, а в 89,8 % образовались послеоперационные спайки различной степени выраженности (14 % — I ст., 43,5 % — II ст., 33,6 % — III ст., 8,9 % — IV ст.).

В 93 % случаев пациентки перенесли различные гинекологические заболевания: 46,8 % воспалительные заболевания матки и придатков, 40,1 % эрозию шейки матки. Отмечена положительная корреляция между степенью выраженности спаек и числом случаев этих заболеваний, особенно при сочетании с ЗППП (хламидиоз, гонорея).

Анализ менструальной функции у обследованных пациенток показал отсутствие связи между характером менструальной функции и выраженностью ПОС в малом тазу. Напротив, обнаружена связь между показателями репродуктивной функции и степенью выраженности спаечного процесса. Так, 131 пациентка (32,8 %) страдали первичным или вторичным трубно-перитонеальным бесплодием. Достоверно, более высокие показатели невынашивания беременности (самопроизвольные и искусственные аборты) также наблюдались у пациенток со спаечным процессом органов малого таза.

Не обнаружено прямой связи между наличием спаечного процесса и отягощенным аллергологическим анамнезом, между спаечным процессом и наличием профессиональных вредностей у пациенток. При анализе генеалогического анамнеза ни одна из пациенток не отметила наличие спаечной болезни у близких родственников.

При анализе жалоб пациенток наиболее часто встречались: дисальгоменорея — 37,4 %, диспареуния — 20,5 %, ноющие боли внизу живота — 42,1 %. Причем, только последние две были характерны для пациенток со спаечным процессом органов малого таза.

Показатель силы влияния (η^2_x), его ошибка (m) и его достоверность Φ (преобразованный критерий Фишера) каждого из рассматриваемых факторов рассчитывались с использованием метода дисперсионного анализа. Результаты представлены в таблице 1.

При исследовании микробного пейзажа ПЖ все пациентки были разделены на 4 группы: 1-я группа — наличие спаечного процесса и рост микроорганизмов ПЖ; 2-я группа — наличие спаечного процесса и отсутствие роста микроорганизмов ПЖ; 3-я группа — отсутствует спаечный процесс и наличие роста микроорганизмов ПЖ; 4-я группа — отсутствует спаечный процесс и нет роста микроорганизмов ПЖ.

В каждой из групп микробный пейзаж был представлен следующими микроорганизмами (табл. 2).

В перитонеальной жидкости обследованных пациенток преобладали облигатно-анаэробные грамотрицательные палочки рода *Bacteroides*, анаэробные коринеформные бактерии, объеди-



Таблица 1

Сила влияния факторов, способствующих развитию ПОС

Факторы	Показатель силы влияния $\eta^2 = Cx/Cy$	Ошибка $m_{\eta^2} = (1 - \eta^2) \times r - 1/N - r$	Достоверность $\Phi = \eta^2 / m_{\eta^2}$
Перенесенные оперативные вмешательства	0,282 ± 0,01436	0,01436	19,6
Воспалительные заболевания органов малого таза	0,468 ± 0,021978	0,021978	21,2
Повышенная масса тела	0,148 ± 0,0206	0,0206	7,18
Экстрагенитальная патология	0,102 ± 0,0113	0,0113	9,02

Таблица 2

Характер микробного пейзажа перитонеальной жидкости пациенток, оперированных лапароскопическим и лапаротомическим доступами

Микробный пейзаж	Группы больных			
	1 группа (n = 12)	2 группа (n = 8)	3 группа (n = 10)	4 группа (n = 10)
<i>Staphyl. epidermidis</i>	3	-	2	-
<i>Staphyl. aureus</i>	1	-	-	-
<i>Bacteroides spp.</i>	3	-	5	-
<i>Pseudomonas putida</i>				
Анаэр. коринеформные бактерии	2	-	-	-
<i>Mycoplasma genitalium</i>	1	-	-	-
<i>Pseud. pseudoalcaligenes</i>	1	-	-	-
<i>Bifidobacterium spp.</i>	1	-	-	-
<i>Candida albicans</i>	1	-	-	-
<i>Enterococcus faecalis</i>	-	-	1	-
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	-	-	1	-
<i>Peptococcus spp.</i>	-	-	2	-

няющие роды *Eubacterium*, *Propionobacterium*, анаэробные кокки рода *Peptococcus*, а также факультативные анаэробы — в основном, эпидермальный стафилококк. В единичных случаях отмечался посев золотистого стафилококка, энтерококка, дрожжеподобных грибов рода *Candida*, неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов, а также бифидобактерий и генитальных микоплазм. При этом, микроскопическая картина нормоценоза и промежуточного типа микробиоценоза, в основном, соответствовала стерильным посевам ПЖ или отмечался высев условно-патогенных факультативно-анаэробных микроорганизмов (*S. epidermidis*, *E. faecalis*). При микроскопической картине бактериального вагиноза и кольпита стерильные посевы отмечались лишь в единичных случаях, при этом из ПЖ высевались облигатные анаэробы родов *Bacteroides*, *Peptococcus* в монокультурах или в ассоциации с факультативно-анаэробными микроорганизмами.

В 1-й группе исследуемой ПЖ наиболее часто встречались представители класса анаэробных бактерий — у 7 пациенток с I и II ст. выраженности спаечного процесса (у 6 из них данное вмешательство было первичным, у 1 пациентки в анам-

незе прервавшаяся внематочная беременность и холецистэктомия).

Во 2-й группе, при отсутствии роста микроорганизмов ПЖ, — достоверно выше степень распространения спаечного процесса: I ст. — 32,5 %, II ст. — 25 %, III ст. — 42,5 %. У 3-х из 8 пациенток (37,5 %) в анамнезе внематочная беременность и аппендэктомия.

В 3-й группе, при отсутствии спаечного процесса, микробный пейзаж представлен анаэробными грам-отрицательными палочками и *Staphylococcus epidermidis*. Наличие данных микроорганизмов в 4-х случаях отмечено у пациенток с хроническим воспалительным процессом органов малого таза, в 6 — сочеталось с избыточной массой тела и длительной субфебрильной температурой в послеоперационном периоде.

У пациенток 4-й группы преобладала группа крови АВ(II), нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи (44,4 %), у одной пациентки в анамнезе лапароскопическая тубэктомия, и ни в одном случае не отмечено избыточной массы тела; 7 пациенток (70 %) отметили хроническое воспаление придатков, при этом диагноз был установлен, опираясь только на субъективные жалобы пациентки, и лечение проводилось амбулаторно.



ОБСУЖДЕНИЕ

В брюшной полости человека обычно содержится от 5 до 20 мл серозного экссудата, который подвержен значительным колебаниям в зависимости от физиологического состояния организма. У женщин объем перитонеальной жидкости изменяется на протяжении менструального цикла, достигая максимальных значений после овуляции (Alfonsin A.E., Leiderman S., 1980). На первый взгляд, ПЖ является как бы смазочным материалом между париетальным и висцеральным листками брюшины, предупреждающим их слипание, но присутствие в нем клеточных элементов и различных биологически активных веществ превращает перитонеальную жидкость в одну из важнейших динамических функционально активных сред организма. Так, ПЖ содержит большое количество плазматических белков в концентрациях, составляющих примерно 50 % от их концентрации в плазме. В ПЖ присутствуют различные свободно флотирующие клетки: макрофаги, слущенные мезотелиальные клетки, которые затем превращаются в фибробласты; лимфоциты, эозинофилы, тучные клетки, а в воспалительном экссудате — большое количество полиморфно-ядерных лейкоцитов [4, 6].

При изучении микробного пейзажа ПЖ пациенток с наличием спаечного процесса органов малого таза было обнаружено, что лидирующее место занимают представители облигатно-анаэробной флоры родов *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Eubacterium*, *Propionobacterium*, *Bifidobacterium*, составляющие нормальную микрофлору кишечника, а также встречающиеся в незначительных количествах в норме во влагалище и преобладающие при бактериальном вагинозе. Присутствие данных микроорганизмов в ПЖ в сочетании с предрасполагающими факторами риска образования ПОС практически всегда приводит к развитию спаечного процесса. Эти знания и определяют выбор антимикробных средств в раннем послеоперационном периоде. Наличие анаэробных бактерий в ПЖ пациенток без спаечного процесса органов малого таза относит их в группу риска

образования ПОС при появлении соответствующих провоцирующих ситуаций.

При ретроспективном анализе историй болезни прооперированных пациенток, к предрасполагающим факторам риска образования ПОС можно отнести: избыточную массу тела, перенесенные раннее оперативные вмешательства (аппендэктомия, акушерско-гинекологические операции, особенно сопровождаемые кровопотерей), хронический воспалительный процесс матки и придатков в сочетании с ЗППП и сопровождающийся частыми сезонными обострениями без соответствующей этиопатогенетической стационарной терапии. Анализ жалоб, предъявляемых при поступлении на оперативное лечение, показал, что чаще всего пациентки с выраженным спаечным процессом (III-IV ст.) предъявляли жалобы на боли внизу живота, диспареунию и бесплодие. Спаечный процесс I-II ст. обычно протекает бессимптомно.

Достоверных различий между пациентками с наличием или отсутствием спаечного процесса по группе крови и резус-фактору, по разнообразной экстрагенитальной патологии, профессиональным вредностям, особенностям аллергологического и генеалогического анамнезов, а также клинико-лабораторным показателям нами не обнаружено.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Женчевский, Р.А. Спаечная болезнь /Женчевский Р.А. – М., 1989. – 260 с.
2. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз /Кира Е.Ф. – СПб, 2001. – 363 с.
3. Animal adhesion models: design, variables, and relevance /Diamond M.P., DeCherney A.H. et al. //Pelvic surgery. – 1997. – P. 65-70.
4. Кулаков, В.И. Послеоперационные спайки /Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. – М., 1998. – 527 с.
5. Денисов, А.П. Рабочая книга по статистике /Денисов А.П., Дробышев В.В., Сергеева В.С. – Омск, 2002. – 122 с.
6. Пальцев, М.А. Межклеточные взаимодействия /Пальцев М.А., Иванов А.А. – М., 1995. – 224 с.



РЫБНИКОВ С.В., АРТАМОНОВ В.А., ЧУНАРЕВ В.Ф.
*Железнодорожная больница,
г. Кемерово*

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

У 78 % больных, которым выполнена сальпинготомия и сальпингорафия, маточная труба оказалась проходимой, у 12 % проходимость трубы была затруднена, у 10 % пациенток труба была непроходимой в ампулярном отделе. У 32,1 % женщин, которым сальпинготомическое отверстие не ушивали, маточная труба проходима, у 27,7 % пациенток проходимость трубы нарушена, у 30,5 % труба непроходима, у 9,7 % больных сформировался трубно-перитонеальный свищ. У 90 % женщин проходимость оперированной маточной трубы не нарушена после выдавливания плодного яйца из фимбриального отдела, у остальных женщин проходимость трубы нарушена по типу фимоза.

Выполнение эндоскопической сальпинготомии с ушиванием дефекта при истмической и ампулярной локализации плодного яйца и выдавливание плодного яйца при его локализации в фимбриальном отделе позволяет улучшить результаты хирургического лечения внематочной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, эндохирургия.

In 95 female patients, to whom salpingotomy and salpingorrhaphy had been performed, tubal patency was found; in 12 % – tubal patency was laboured; in 10 % of patients there was an obstruction of the ampullar tube. In 32,1 % of women, to whom salpingotomic orifice was not sutured, tubal patency was found; in 27,7 % of patients tubal patency was disturbed; in 30,5 % the fallopian tube was obstructed and in 9,7 % of patients tubo-peritoneal fistula formed. In 90 % of women patency of operated fallopian tube was not disturbed after the fetal ovum had been squeezed out of the fimbrial region; in other women tubal patency was disturbed by phimosis. Performance of endoscopic salpingotomy with suture of the defect at isthmal and ampullar location of the fetal ovum and squeezing out of the fetal ovum at its location in the fimbrial region helps to increase the efficiency of surgical treatment of the ectopic pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, endosurgery.

Актуальность проблемы обусловлена, с одной стороны, тем, что внематочная беременность занимает ведущее место в структуре urgentных гинекологических заболеваний, а с другой, является одной из основных причин бесплодия трубно-перитонеального генеза [1, 2]. Диагностика и лечение внематочной беременности становятся особенно актуальными в настоящее время, когда ухудшаются медико-демографические показатели [2, 3]. В течение последних 10 лет наблюдается тенденция возрастания частоты внематочной беременности, что, возможно, связано с увеличением количества факторов, способствующих возникновению данной патологии, а также с улучшением диагностики внематочной беременности [1, 4].

Целью исследования является улучшение результатов эндохирургического лечения женщин с прогрессирующей трубной беременностью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 95 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст $29 \pm 1,1$ лет) с прогрессирующей трубной беременнос-

тью. Диагноз внематочной беременности был поставлен на основании данных клинической картины заболевания, количественного определения хорионического гонадотропина в плазме крови, трансвагинального УЗИ, а также подтвержден в ходе лапароскопии с последующим гистологическим исследованием элементов удаленного плодного яйца.

Характерными признаками обследованных больных с прогрессирующей трубной беременностью явились молодой возраст, наличие бесплодия в анамнезе, связь наступления внематочной беременности с различными факторами, среди которых ведущими являлись инфекция и оперативные вмешательства на органах малого таза. Более чем у половины обследованных женщин в анамнезе было бесплодие, у каждой 2-й – вторичное. Основной жалобой пациенток с прогрессирующей трубной беременностью при поступлении в стационар являлось нарушение менструального цикла у всех больных, в том числе у 82,1 % – задержка менструации, у 43,2% – менометроррагия. Боли различного характера и интенсивности в нижних отделах живота отмечены у 81 % обследованных женщин. Состояние всех пациенток при поступлении в стационар было удовлетворительным,



только у 5 женщин выявлено снижение артериального давления на 10-20 мм рт. ст.

Ранняя диагностика трубной беременности с использованием данных комплексного клинко-лабораторного обследования позволила провести оперативное лечение с помощью хирургической лапароскопии в сроки 3-5 нед. гестации всем обследованным больным. Лапароскопия позволила выявить наличие спаечного процесса в полости малого таза, оценить степень его выраженности. Степень выраженности спаечного процесса составила $2,81 \pm 0,11$ балла. У 87 пациенток (91,6 %) с внематочной беременностью выполнены консервативно-пластические операции на маточных трубах, а у 8 больных (8,4 %) проведено удаление маточной трубы в связи с нарушением целостности ее стенки или выраженными деструктивными изменениями. После сальпинголизиса, добившись достаточной и легкой подвижности пораженной маточной трубы, большинству больных (77 %) проведена линейная сальпинготомия и удаление плодного яйца. Сальпинготомию проводили путем рассечения стенки маточной трубы игольчатым монополярным электродом, с последующим извлечением плодного яйца из трубы. При возникновении кровотечения из ложа плодного яйца или стенки маточной трубы, для коагуляции использовали микробиполяр. Из них, в 76,1 % случаев проведено ушивание дефекта маточной трубы с интракорпоральным завязыванием узлов (викрил 5-0), в 23,9 % — коагуляция ложа плодного яйца без ушивания дефекта. У 23 % пациенток удаление плодного яйца из фимбриального отдела проведено путем выдавливания. Выдавливание плодного яйца из маточной трубы осуществляли двумя мягкими жимками, при помощи которых плодное яйцо выжималось в сторону ее дистального отдела. После выдавливания плодного яйца из трубы, промыли ее просвет раствором Рингера методом анте- и ретроградной гидротубации для удаления оставшихся мелких сгустков крови и частей плодного яйца.

Кроме оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности, была проведена хирургическая коррекция сопутствующей патологии органов малого таза. Сальпингоовариолизис по поводу спаечного процесса в малом тазу выполнен у 78 % больных, коагуляцию очагов эндометриоза выполнили почти в 20 % случаев, миомэктомию — в 5,7 %, удаление кист яичников — в 11,6 % случаев. На завершающем этапе лапароскопии проводили тщательную санацию брюшной полости с удалением крови, сгустков и перфузата, с последующим созданием гидроперитонеума. В послеоперационном периоде всем пациенткам в комплексную терапию были включены методы экстракорпоральной гемокоррекции, включающие дискретный плазмаферез, инкубацию аутогенной

клеточной массы с антибиотиком и глюкокортикоидом и ультрафиолетовое облучение крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Контрольная лапароскопия проведена 70 пациенткам спустя 3-5 мес. после оперативного лечения. При контрольной лапароскопии суммарная степень выраженности спаечного процесса составила $1,02 \pm 0,3$ балла, было выявлено, что у 78 % больных, которым выполнена сальпинготомия с ушиванием дефекта, маточная труба оказалась проходимой, у 12 % проходимость трубы была затруднена, у 10 % пациенток труба была непроходимой в ампулярном отделе. У 32,1 % женщин, которым сальпинготомическое отверстие не ушивали, маточная труба проходима, у 27,7 % пациенток проходимость трубы нарушена, у 30,5 % труба непроходима, у 9,7 % больных сформировался трубно-перитонеальный свищ. Почти у 90 % женщин проходимость оперированной маточной трубы не нарушена после выдавливания плодного яйца из фимбриального отдела, у остальных женщин, которым выполнена подобная операция, проходимость трубы нарушена по типу фимоза.

Наступление беременности у обследованных пациенток наблюдалось в 42,1 % случаев, у 28 женщин (29,5 %) беременность была маточной, а у 14 (12,6 %) внематочной. Отмечено несколько большее число случаев наступления маточной беременности у женщин с прогрессирующей трубной беременностью, перенесших сальпинготомию и сальпингографию, в сравнении с женщинами, которым при данной патологии выполнена коагуляция ложа без ушивания сальпинготомического отверстия.

Таким образом, выполнение эндоскопической сальпинготомии с ушиванием дефекта при истмической и ампулярной локализации плодного яйца, и выдавливание плодного яйца при его локализации в фимбриальном отделе, позволяет улучшить результаты хирургического лечения внематочной беременности в плане послеоперационной фертильности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери /Бурдули Г.М., Фролова О.Л. — М., 1997. — С. 78-87.
2. Цраева, И.Б. Восстановление репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью при лечении плазмаферезом и эндоваскулярным лазерным облучением крови /И.Б. Цраева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 1998. — 147 с.
3. Стрижаков, А.Н. Оперативная лапароскопия в гинекологии /Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. — М., 1995.
4. Monk B.J., Berman M.L., Monk F.L. //Am. Obst. Gynec. — 1994. — Vol. 170. — P. 1396-1403.



САНДАКОВА Е.А., ЛЕБЕДЕВА О.С., ЩЕРБИНИНА Е.В., ВЕРЕЩАГИНА Н.В.
*Пермская государственная медицинская академия,
г. Пермь*

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБОРТА, КАК РЕЗУЛЬТАТА РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Изучая социально-психологические аспекты аборта, как результата репродуктивного выбора, было проведено анонимное анкетирование 151 женщины, обратившейся по поводу прерывания беременности в сроке до 12 недель. Выявлен ряд особенностей репродуктивного поведения женщин: неустойчивые брачные отношения, малодетность, отсутствие нравственной оценки поведения у девушек-подростков, низкий уровень информированности женщин о контрацепции, незнание послеабортных осложнений. Женщины перекладывают ответственность за аборт на общество, которое поддерживает их репродуктивный выбор, не осуждает аборт. Необходимо изменить отношение общества к аборту, повысить престиж семьи, обращать особое внимание на половое воспитание подростков. Врачи должны информировать пациенток о современных методах контрацепции, возможных ближайших и отдаленных последствиях аборта.

Ключевые слова: аборт, репродуктивный выбор, репродуктивное поведение, контрацепция.

During the study of socio-psychological aspects of abortion, as a result of reproductive choice there was made an anonymous questionnaire of 151 women, who addressed to a doctor to stop their pregnancy (in a period before 12 weeks). There were founded some specific features of a women's reproductive behavior such as unstable marriage relationship, tendency of having one child in a family, ignorance of abortion's consequences, low information level about contraceptives, lack of moral values in behavior of women-teenagers. Women put responsibility for abortion on society, which supports their reproductive choice and doesn't blame people who make an abortion. It's necessary to change the attitude of the society towards abortion, to increase the prestige of a family, to pay a special attention to the sexual education of teenagers. Doctors should inform patients about the modern methods of contraception, possible short-term and long-term consequences of abortion.

Key words: abortion, reproductive choice, reproductive behavior, contraception.

Право на свободный репродуктивный выбор — это право каждой женщины на свободу при принятии решения по реализации своей репродуктивной функции. В результате этого каждая женщина может регулировать рождение детей с помощью современных средств контрацепции, а в случае наступления незапланированной беременности — прибегать к аборту, основанному на принципах доступной, эффективной и высококвалифицированной медицинской помощи [1]. Более 30 лет назад Всемирная организация здравоохранения признала аборт серьезной проблемой охраны здоровья женщин [2]. В связи с отрицательным влиянием искусственного аборта на репродуктивное здоровье женщин, особую медико-социальную значимость приобретают вопросы профилактики абортов. Важнейшим элементом их профилактики является широкое использование современных методов и средств контрацепции. Большая распространенность абортов и, как следствие, рост гинекологической заболеваемости и бесплодия, послужили основанием для изучения репродуктивного поведения как фактора, влияющего на уровень абортов. Анализ репродуктивных установок необходим так же для

понимания и прогнозирования тенденций рождаемости.

С этой целью нами было проведено анонимное анкетирование 151 женщины, обратившейся по поводу прерывания беременности в сроке до 12 недель в гинекологические отделения ГКБ № 7 и ГКБ № 6 города Перми в 2004 году. Разработанная анкета включала 26 вопросов, отвечая на которые, необходимо было выбрать один или несколько вариантов ответов или вписать собственный вариант. Вопросы были направлены на изучение репродуктивной установки на аборт.

Среди респонденток, пришедших на искусственное прерывание беременности, чаще всего встречались женщины наиболее благоприятного для реализации репродуктивной функции возраста — 20-29 лет (52,3 %). Каждая третья женщина, идущая на аборт, была 30 лет и старше (35,8 %), 11,2 % — 15-19 лет. Среднее специальное образование имели 41,7 % опрошенных женщин, незаконченное высшее и высшее — 40,5 %, 17,2 % — среднее образование. По роду деятельности среди заполнивших анкету больше всего было представителей интеллектуального и творческого труда — 37,2 %, рабочие, работники тор-



говли и сферы обслуживания составляли 22,6 %, 19,3 % приходилось на учащихся школ, училищ и студенток, 7,9 % женщин были безработными или домохозяйками.

Данные о семейном положении: замужем 45 % женщин, в гражданском браке проживало 22,5 % респонденток, не замужем — 26,5 %. Небольшой процент опрошенных составили разведенные — 5,3 %, т.е. в зарегистрированном браке состояли менее половины женщин, обратившихся для прерывания беременности. В результате исследования выявлено, что 40,4 % женщин начинали половую жизнь до совершеннолетия, 36,4 % — в 18-19 лет, 21,6 % — в возрасте 20-29 лет, а после 30 лет лишь 0,7 % женщин, пришедших на аборт. Настоящие данные подтверждают общероссийскую тенденцию раннего начала половой жизни [3]. В современной России выработалась стойкая установка на малочисленную семью с двумя детьми и даже одним ребенком [4]. В ходе нашего исследования выявлен аналогичный факт. На момент опроса одного ребенка имели 40,4 % женщин, 37,7 % не имели детей вообще, у 19,2 % опрошенных женщин было двое детей, и лишь у 1,3 % — три и более.

По данным ВОЗ, охват женщин средствами контрацепции является индикатором репродуктивного здоровья [1]. По результатам нашего исследования, 49 % женщин использовали средства предохранения от беременности, 37 % применяли их иногда и 14 % не пользовались контрацепцией вообще. Таким образом, более половины женщин не предохранялись от нежелательной беременности или использовали контрацептивы иногда. Большая часть женщин применяли «рутинные» малоэффективные методы: барьерный — 58 %, прерванный половой акт, календарный метод, спермициды — 57,6 %. Внутриматочную спираль использовали 13 % женщин. Лишь 10,6 % применяли гормональные контрацептивы, тогда как в Европе, по данным литературы, комбинированные оральные контрацептивы используют от 60 до 80 % женщин, а ВМС — 5 %.

Большинство женщин (72,2 %) считали, что аборт, в случае нежелательной беременности, более опасен для здоровья, нежели регулярное применение контрацептивов. Настораживает тот факт, что 22,5 % женщин затруднились ответить на этот вопрос, что свидетельствует о недостаточной информированности о современных возможностях контрацепции. Лишь 28 % считали свои знания о способах контрацепции достаточными, у 14,6 % данные знания вообще отсутствовали, а 56,3 % считали их неполными. Отвечая на вопрос об источниках информации по методам контрацепции, 53 % женщин называли медицинских работников, 49 % — печатные издания. Также, в качестве источника женщины указывали друзей и знакомых (24,5 %), средства массовой инфор-

мации (14 %). Почти в половине случаев выбор контрацепции происходил без участия врача. Возможно, по этой причине 22 % женщин не знали о надежных и безопасных методах контрацепции.

Во многих странах фертильность является основным критерием признания женщины в обществе [5]. По этой причине часто женщина не желает пользоваться контрацептивами. Данной точки зрения в нашем исследовании придерживались 8,6 % респонденток. Средства контрацепции были недоступны 12 % женщин из-за их дороговизны. По мнению ряда авторов, низкий уровень применения гормональных контрацептивов является результатом плохого материального положения [6]. Считают что, для снижения распространенности аборт до уровня экономически развитых стран необходимо обеспечить доступность современных методов контрацепции для 70-75 % женщин детородного возраста [2].

При изучении мнения женщин о причинах большого количества аборт в нашей стране, получена следующая картина. Низким уровнем жизни населения сложившуюся ситуацию объяснили 44,4 % женщин. Каждая вторая (50,1 %) связывала это с недостаточностью полового, а также религиозного воспитания, упадком морали и нравственности в обществе, изменениями в сексуальном поведении. Каждая четвертая (24,5 %) видела причину в слабой информированности о способах контрацепции. С низкой самооценкой женщин, отсутствием заботы о своем здоровье и усиливающейся алкоголизацией населения связывали высокий уровень аборт 37 % респонденток. Около 15 % опрошенных женщин видели причину большого числа аборт в стремлении к самореализации, карьерному росту, и около 8 % усматривали связь с установкой населения на малодетную семью.

В качестве причины, определившей репродуктивный выбор в пользу аборт, каждая четвертая женщина (25,8 %) называла наличие детей в семье, что отражает настрой на монодетную семью, чуть меньше — 24,5 % — плохие материально-бытовые условия, при этом большая часть опрошенных (68 %) оценивали свое материальное состояние как нормальное. Плохое и очень плохое материальное положение имели 21,2 % женщин, а хорошее и очень хорошее 10,6 %. Следовательно, связи финансового неблагополучия, как причины для прерывания беременности, с высоким уровнем аборт не прослеживается. Среди других причин указывались такие, как нежелание женщины и ее партнера иметь ребенка (21,3 %), невозможность совмещать учебу с воспитанием ребенка (13,4 %), незарегистрированный брак (12,6 %), конфликтные, напряженные отношения с мужем, партнером (8 %), беременность в результате случайной половой связи (6,6 %), неэффективный метод контрацепции — 6 %.



По данным нашего исследования, среди респонденток чаще всего встречались женщины, имевшие в анамнезе 2-3 аборта (31 %), 29 % — один медицинский аборт, 17,2 % — 4-5, а более 5 абORTов имели 7,4 % опрошенных. Впервые обратившихся для прерывания беременности было 14,6 %. Аборт продолжает оставаться основным способом планирования семьи [7]. Единоразово, испытав на себе этот инвазивный метод, женщина не меняет в силу каких либо причин принципы своего репродуктивного поведения. Ее не останавливают ни возможные последствия после аборта, ни нравственные аспекты этой «процедуры».

Безусловно, медицинский аборт затрагивает не только медико-социальные, но также нравственные устои жизни. Только половина женщин, пришедших на прерывание беременности (48,3 %), при принятии данного решения испытывала сомнения, которые были связаны с восприятием аборта как убийства (25 %), боязни совершить грех (6,6 %). У несовершеннолетних женщин, а так же у женщин с низким уровнем образования вообще отсутствовала нравственная оценка своего поступка. Страх перед абORTом 36 % женщин связывали с осложнением, 18 % — с болью, 11 % — с бесплодием в будущем. При принятии решения о прерывании беременности 63,6 % обсуждали проблему с партнером, 15 % с родителями, 14 % с врачом, 1/4 принимала решение самостоятельно. Таким образом, общество поддерживает аборт, не осуждает данный репродуктивный выбор.

В структуре причин материнской смертности удельный вес абORTов высок — в среднем, в 2002 году по России этот показатель составил 18,5 % [2]. По результатам нашего исследования, о том, что аборт может стать причиной смерти, знали 65 % женщин, а треть (30 %) опрошенных не имели об этом представления. По данным российских авторов, частота осложнений искусственного прерывания беременности колеблется от 1,6 % до 52 % [8]. О бесплодии как следствии аборта знали 71 % женщин, воспалительных заболеваний — 61,6 %, выкидышах — 45,7 %, кровотечениях — 40 %, перфорации матки — 27 %, эндокринных нарушениях — 14 %, онкопатологии — 12 %, отрицательном влиянии на здоровье будущих детей — 11 %. Ничего не знали об этом 6 % женщин, пришедших на аборт. Информация о последствиях аборта неполная, женщина знает только о наиболее распространенных осложнениях и крайне плохо информирована об отдаленных последствиях.

На вопрос «имеет ли для Вас значение срок беременности при абORTE?» 80 % ответили положительно. О том, что при большом сроке больше осложнений, предположили 47,7 %. Связывали аборт в больших сроках не с риском осложнений, а с убийством 41,7 %, т.е. половина женщин не приемлет аборт в больших сроках по нрав-

ственным критериям, а половина — по медицинским.

По результатам опроса установлено, что больше половины женщин (57 %) выразили потребность в послеабортном консультировании, 17,2 % нуждались в информации о методах контрацепции, 27 % задумывались о реабилитации после аборта. Остальная часть женщин считала, что знает о послеабортном периоде все (26,6 %), либо затруднялась ответить (16,5 %) на поставленный вопрос.

Анализ данных исследования позволяет определить ряд особенностей репродуктивного поведения женщин, обратившихся для прерывания беременности в сроке до 12 недель. Отмечается нестабильность современной семьи. Неустойчивые брачные отношения ориентируют супружеские пары на малолетнюю семью. Зачастую, нравственная оценка поведения у девушек-подростков отсутствует, что приводит к раннему началу половой жизни, наступлению нежелательной беременности и абОРТУ. Падение нравов, утрата духовных ценностей приводит к тому, что общество поддерживает репродуктивный выбор женщины в пользу прерывания беременности, не осуждает аборт, поэтому он до сих пор остается основным методом планирования семьи. Выявлен низкий уровень информированности женщин о контрацепции. Большая часть ориентирована на «рутинные» ненадежные методы предохранения от беременности. Женщины перекладывают ответственность за аборт на общество, так как основной причиной прерывания беременности называют низкий социальный уровень, хотя сами оценивают свое материальное положение как нормальное. Аборт в анамнезе не наводит женщину на мысль об изменении своего репродуктивного поведения. Если о ближайших осложнениях аборта респондентки, как правило, информированы, то об отдаленных знают единицы. Женщины нуждаются в послеабортном консультировании по вопросам контрацепции и реабилитации.

Для формирования правильной репродуктивной установки необходимо изменить отношение общества к абОРТУ, работать в направлении гармоничного развития института семьи, повышая его престиж. Ориентировать супружеские пары на планирование семьи, поддерживать и поощрять их при рождении ребенка, улучшая при этом материальное положение. Обратить особое внимание на половое воспитание детей и подростков, так как они начинают половую жизнь, не давая оценки нравственной стороне. Не последнюю роль в формировании репродуктивного поведения женщин играют медицинские работники. Врачи должны своевременно и в полном объеме информировать пациенток о современных методах контрацепции, возможных ближайших и отдаленных последствиях аборта, необходимости



послеабортного консультирования с целью реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Справочник фельдшера и акушерки. – 2004. – № 1. – С. 14-17.
2. Шарапова О.В., Балкаенко Н.Г. //Здравоохран. – 2004. – № 7. – С. 13-24.
3. Чичерин Л., Зубкова Н., Глыбина Т. //Врач. – 1999. – № 9. – С. 20-22.
4. Ярославцев А.С. //Пробл. соц. гиги., здрав. и ист. мед. – 2003. – № 5. – С. 14-16.
5. Осложнения при аборте //Всем. орг. здравоохран. – 1995. – С. 37-38.
6. Землянинова Е.В. //Главврач. – 2003. – № 2. – С. 38-40.
7. Газазян М.Г., Лунева И.С., Смирнов А.М., Лебедев А.С. //Рос. вест. акуш.-гинеколог. – 2001. – № 1. – С. 55-57.
8. Ткаченко Л.В., Раевский А.Г. //Гинекология. – 2004. – № 3. – С. 151-154.





ТИХОНОВСКАЯ О.А., ПЕТРОВА М.С., ЛОГВИНОВ С.В., БУХАРИНА И.Ю.,
ПЕТРОВ И.А., ПЕТРИНА Ю.В., ОКороков А.О., АЛИТКИНА Е.С.
*Сибирский государственный медицинский университет,
НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии ТНЦ СО РАМН,
г. Томск*

РОЛЬ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА И ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ В ИНДУКЦИИ Фолликулярных КИСТ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Проведено исследование морфологии фолликулярных кист яичников, индуцированных хорионическим гонадотропином (ХГ) и инсулином у половозрелых крыс. В течение 7-и суток подопытным животным вводили суперовуляторную дозу ХГ и инсулин в дозе, формирующей умеренную гиперинсулинемию. Животных выводили из эксперимента на 10-12-17-22-37-67-е сутки от начала введения гормонов. Показано, что суперовуляторная доза ХГ и умеренная гиперинсулинемия в 100 % случаев вызывают развитие кист яичников. Наиболее часто встречаются фолликулярные кисты, реже кисты желтых тел, лютеиновые кисты. Изучение морфологии яичников в динамике свидетельствует об обратимости изменений, их регрессировании в течение 60-и суток, что подтверждает функциональный характер кист.

Ключевые слова: морфология, яичники, кисты, гиперинсулинемия, хорионический гонадотропин.

The research of the morphology of ovarian follicular cysts induced by chorionic gonadotropin (CG) and insulin in puberal rats. After 7 days of treatment with superovulatory dose of CG and the dose of insulin initiating moderated hyperinsulinemia, experimental animals were killed on day 10-12-17-22-37-67. Moderated hyperinsulinemia and the superovulatory dose CG promote the growth of ovarian cysts in 100 % of cases. Most often there are follicular cysts, less often corpus luteum cysts and lutein cysts. Studying the ovaries morphology in dynamics testifies to convertibility of changes, their regressing during 60 days, that confirms functional character of cysts.

Key words: morphology, ovaries, cysts, hyperinsulinemia, chorionic gonadotropin.

Среди опухолевидных образований яичников более чем в 50 % случаев встречаются фолликулярные кисты [1]. Дисфункция любого звена нейроэндокринной системы может быть причиной образования фолликулярных кист. Одна из основных причин — дисбаланс лютеинизирующего гормона (ЛГ) [2]. При этом многие морфогенетические аспекты влияния гиперинсулинемии и суперовуляторной секреции хорионического гонадотропина (ХГ) на формирование овариальных кист изучены недостаточно.

В литературе имеются довольно многочисленные, но чрезвычайно разнородные, сведения о возможности возникновения фолликулярных кист в результате самых разнообразных воздействий [3, 4]. Вместе с тем, имеются лишь единичные работы, учитывающие значение инсулина и инсулиноподобных факторов роста [5, 6].

Цель исследования — изучить влияние суперовуляторной дозы хорионического гонадотропина и умеренной гиперинсулинемии в формировании фолликулярных кист яичников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Эксперимент выполнен на 36 белых беспородных половозрелых крысах-самках массой 180-

200 г, находящихся в фазах покоя (метэструс, диэструс) эстрального цикла, который контролировался кольпоцитологически. Опыты проведены на базе отдела экспериментальной физиологии и хирургии центральной научно-исследовательской лаборатории, кафедре гистологии, эмбриологии и цитологии Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ). Эксперимент согласован с этическим комитетом ГОУ ВПО СибГМУ (протокол № 15 от 26.01.2004 г.).

Выбор крыс в качестве экспериментального материала обусловлен тем, что у данных лабораторных животных закономерности регуляции овариального цикла наиболее близки таковым у женщин [4].

Животным основной группы ($n = 24$) при помощи инсулинового шприца внутримышечно в ягодичную область, исключая ранение магистральных сосудов и нервных пучков, вводили суперовуляторную дозу ХГ. Аналогичным образом вводили инсулин в дозе, формирующей умеренную гиперинсулинемию. Указанные препараты вводили ежедневно в течение 7 дней в первой половине дня до 12 часов. Контролем служили интактные животные ($n = 12$).

Ежедневно всех животных осматривали, отмечали их общее состояние, поведение, пищевую



возбудимость и двигательную активность, измеряли массу тела и проводили кольпоцитологическое исследование для диагностики фазы эстрального цикла. После 7-дневного введения ХГ и инсулина у всех крыс наступал непрерывный эструс.

Животных выводили из эксперимента декапитацией под ингаляционным наркозом парами эфира в соответствии с правилами работы с экспериментальными животными на 3-5-10-15-30-60-е сутки после окончания введения препаратов. При аутопсии визуально оценивали состояние яичников, измеряли размеры, отмечали их цвет, характер структуры коркового слоя, наличие фолликулов, кист, кровоизлияний.

Тотчас после взятия, яичники фиксировали в жидкости Карнуа и нейтральном формалине, заливали в парафин и, после приготовления серийных срезов толщиной 5-6 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону. Гистологические исследования проводили на кафедре гистологии, эмбриологии и цитологии СибГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При введении суперовуляторной дозы ХГ и инсулина в течение семи суток двигательная активность крыс была не изменена, по поведению они не отличались от контрольной группы животных. К 10-12-м суткам после введения гормонов отмечалось достоверное увеличение массы тела животных ($p < 0,05$). На 3-5-е сутки эксперимента, при вскрытии брюшной полости животных, обнаруживалось увеличение в размерах яичников до 0,9-1,0 см (рис. 1а), выраженный крупнокистозный

рисунок коркового слоя, многочисленные фолликулы, кисты, содержащие прозрачный секрет (рис. 1б, 1в), в части кист имели место кровоизлияния (рис. 1г). Кисты имели размеры от 0,5 до 2 и более миллиметров в диаметре. У одних крыс яичники были увеличены и содержали крупные кисты разной величины, у других они были меньше по величине и имели большее число мелких кист. Обращало на себя внимание резкое полнокровие сосудов (при незначительном механическом воздействии на яичники возникало кровотечение), гиперемия и утолщение маточных рогов. Яичники были темно окрашены, свободно лежали в брюшной полости.

На 10-15-е сутки после введения гормонов описываемая картина сохранялась. Яичники имели прежние размеры и цвет, были бугристые. Экссудата, спаечного процесса в брюшной полости не было. Во многих фолликулах визуализировались кровоизлияния. Сохранялись гиперемия и утолщение маточных рогов.

На 30-е и 60-е сутки эксперимента яичники несколько уменьшались в размере, но сохраняли бугристую поверхность. Менее часто выявлялись фолликулы, кисты. В части фолликулов имелись кровоизлияния.

При детальном гистологическом изучении яичников, содержащих кисты, удалось установить, что в своем развитии фолликулярные кисты, возможно, проходили ряд определенных стадий. Фолликулы в яичниках увеличивались в размерах, главным образом за счет увеличения полости. Эти образования имели вид кистозно-растянутых, так называемых персистирующих фолликулов. Затем размеры полости еще более увеличивались, яйцеклетка подвергалась некробозу, окончательному распаду, и персистирующий фолликул превращался в фолликулярную кисту. В яичниках белых крыс, на 3-5-е сутки после окончания введения ХГ и инсулина, формировались кисты на этапе граафова пузырька (рис. 2а, 2б). Полость кисты содержала либо однородный, либо мелкозернистый бледно окрашивающийся секрет, не отличимый от секрета нормального фолликула. В тех кистах, где обнаруживались кровоизлияния, просвет содержал агглютинированные и подверженные частичному лизису эритроциты. Стенка кисты на этой стадии развития была выстлана 6-12 рядами хорошо сохранившихся гранулезных клеток. Признаков атрофии, дегенерации или распада гранулезы, как правило, не наблюдалось. Ядра клеток были несколько более компактными, чем в норме, имели округлую или овальную форму и были окружены узким ободком

Макроскопический вид яичников крыс (после фиксации в жидкости Карнуа) на 3-и сутки после окончания введения ХГ и инсулина: а — увеличение яичника в размере; б, в — выраженный крупнокистозный рисунок коркового слоя, многочисленные фолликулы, кисты; г — кровоизлияния в кисты.

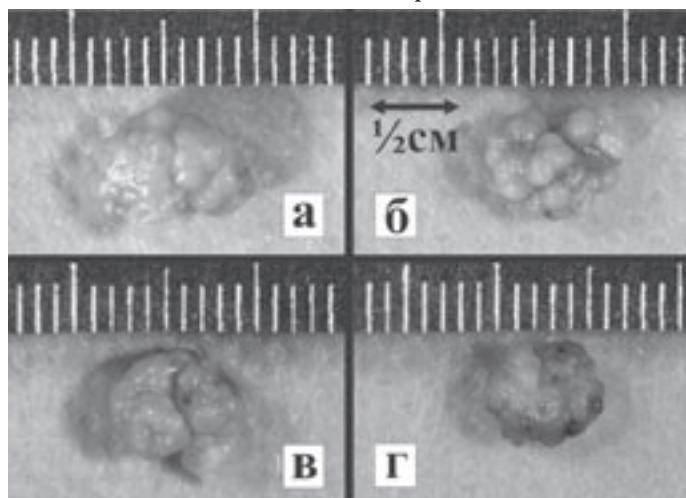
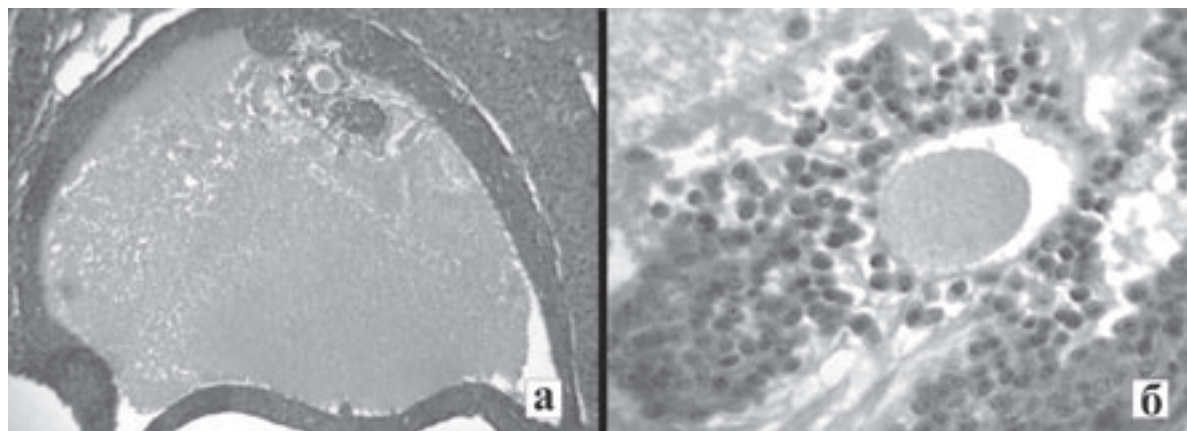




Рис. 2.

а — формирование кисты на этапе граафова пузырька на 3-и сутки после окончания введения ХГ и инсулина; **б** — (фрагмент предыдущего) гомогенизация овоцита, дискомплексация фолликулярного эпителия в области яйценосного бугорка, отрыв части эпителиоцитов в полость фолликула. Окраска гематоксилином-эозином. Ув.: **а** — 120; **б** — 600.



слабо базофильной цитоплазмы. Внутренняя тека утолщалась, клетки ее увеличивались в размерах, ядра набухали, приобретали округлую форму и становились светлыми; цитоплазма клеток подвергалась вакуолизации. Наружная оболочка заметно не изменялась. Выше описанная картина косвенно могла свидетельствовать о стероидной активности таких кист.

Дальнейшая судьба фолликулярных кист была различной. В одних кистах появлялись дегенеративные и атрофические изменения гранулезных клеток. Они сводились к вакуолизации цитоплазмы, пикнозу или распаду ядер на мелкие глыбки и слущиванию клеток в просвет кисты. Толщина атрофичной гранулезы уменьшалась до одного-двух рядов клеток. Затем исчезали последние остатки гранулезы, и киста превращалась в ретенционную полость, резко растянутую гомогенным веществом и выстланную одним-двумя рядами резко уплощенных клеток. Снаружи эти полости были окружены узким кольцом вытянутых фибробластоподобных клеток с небольшим количеством цитоплазмы, которые представляли собой резко атрофичные theca externa и interna. Такие кисты, потерявшие свои специфические секреторные элементы — гранулезу и теку, могли соответствовать кистам, лишенным стероидной активности. Описанные кисты на 3-е сутки эксперимента были единичными.

Значительно увеличивалось количество атретических фолликулов. Атретизии подвергались фолликулы на разных стадиях развития, поэтому обнаруживались атретические фолликулы и кисты разной величины. В большей части кист отме-

чалась полная дегенерация и цитоллиз овоцитов, дискомплексация фолликулярного эпителия, в части эпителиоцитов — фрагментация ядра и цитоплазмы (рис. 3). Обнаруживались вторичные фолликулы, где овоцит был сохранен, однако структура его оказывалась нарушенной: имели место очаговый отек цитоплазмы, невыраженные явления дискомплексации фолликулярного эпителия (рис. 4). В других кистах отмечалось явление псевдодробления овоцитов, при этом бластомеры, как правило, были неравномерны.

Наряду с атретическими фолликулами, обнаруживалось небольшое количество неизмененных фолликулов, вступающих в стадию роста. Выяв-

Рис. 3.

Кистозно-атрезирующийся фолликул. Полная дегенерация и цитоллиз овоцита, дискомплексация фолликулярного эпителия, гипертрофия внутренней теки на 3-и сутки после окончания введения ХГ и инсулина. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. 600.

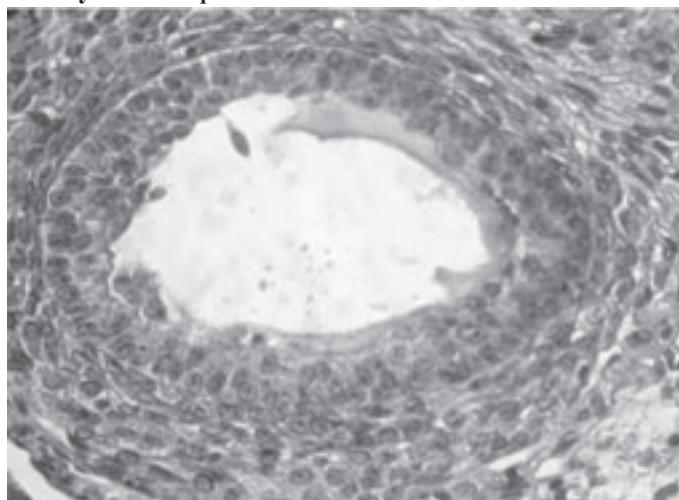
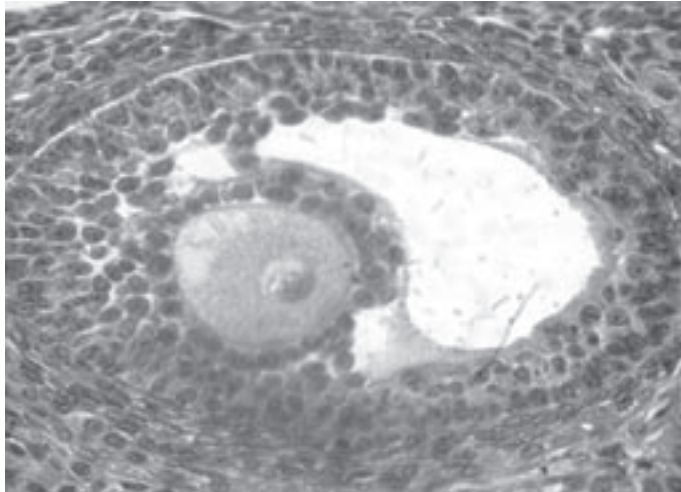




Рис. 4.
Вторичный фолликул. Структура овоцита нарушена:
очаговый отек цитоплазмы, невыраженные явления
дискомплексации фолликулярного эпителия на 3-и сутки
после окончания введения ХГ и инсулина. Окраска
гематоксилином-эозином. Ув. 600.



лялись сохранившие целостность примордиальные фолликулы. Количество третичных фолликулов было снижено. В фолликулярном эпителии в большом количестве встречались апоптотические тельца.

В клетках гранулезы и внутренней оболочки других кист очень рано происходило накопление липоидных веществ. В просвете кист, наряду с оксифильными массами, выявлялся клеточный детрит. Такие кисты были выстланы одним слоем плоских клеток, в части кист имело место выселение мононуклеаров в полость фолликула. Также отмечались выраженная гипертрофия клеток внутренней теки и железистый метаморфоз. В процессе лютеинизации образовывались большие клетки с округлым пузырькообразным ядром и вакуолизированной цитоплазмой. Обычно лютеинизация начиналась с клеток theca interna, богатой сосудами, а затем уже распространялась на гранулезные клетки. Иногда лютеинизации подвергались лишь отдельные участки стенки кисты, и тогда киста имела смешанное строение. Однако чаще эти изменения отмечались на всем протяжении ее стенки. В некоторых кистах, наряду с лютеинизацией, наблюдались распад и десквамация части гранулезных клеток, непосредственно примыкающих к полости кисты. В результате всех вышеуказанных процессов, развивались кисты с лютеинизированной стенкой, эволюция таких кист в дальнейшем сводилась к процессам дегенерации и атрофии, вследствие чего они могли превращаться в кисты, лишенные стероидной активности.

Обычно в одном и том же яичнике крысы можно было видеть одновременно несколько кист,

находившихся на разных этапах развития: типичные фолликулярные кисты с многослойной гранулезной выстилкой (по-видимому, обладающие стероидной активностью), кисты, подвергающиеся лютеинизации или полностью лютеинизированные, подвергающиеся атрофии, и, наконец, запустевшие кисты, по-видимому, лишенные стероидной активности. Это может косвенно свидетельствовать о том, что фолликулярная киста проходила определенный путь развития. По-видимому, вначале киста обладала стероидной активностью, которая постепенно падала. Другие фолликулярные кисты начинали развиваться позже и своей активностью замещали выпадающую функцию более старых кист. Подтверждением сказанного являлось и то обстоятельство, что в яичниках подопытных крыс с увеличением сроков эксперимента незначительно уменьшалось число кист с выраженной гранулезой и нарастало число запустевших кист.

Наряду с фолликулярными кистами, в яичниках подопытных крыс наблюдались желтые тела, кисты желтых тел. Как правило, такие кисты были единичными; иногда в одном яичнике, наряду с фолликулярными кистами, обнаруживались 2-3 кисты желтых тел. В отдельных случаях в центре указанных желтых тел удавалось наблюдать резко расширенные кровеносные сосуды, просвет которых был заполнен агглютированными эритроцитами или тромбами (рис. 5). Размер кисты желтого тела обычно несколько превышал размер нормального сформировавшегося желтого тела. Полость кисты содержала гомогенный, интенсивно красящийся эозином секрет. Стенка кисты состояла из нескольких рядов (до 20-30 рядов) лютеиновых клеток. По своим размерам и морфологии эти клетки почти ничем не отличались от лютеиновых клеток нормального желтого тела: клетки располагались радиальными тяжами, разделенными тонкими прослойками соединительной ткани с хорошо развитой капиллярной сетью. На границе лютеиновых клеток с полостью кисты располагался слой вытянутых клеток. В некоторых кистах можно было наблюдать атрофию лютеиновой выстилки, в связи с чем толщина ее резко уменьшалась.

Кровеносные сосуды коркового и мозгового вещества были расширены и гиперемированы. Наблюдалось прикраевое расположение лейкоцитарных элементов, миграция части лейкоцитов через сосудистую стенку и, как следствие, слабо выраженная лейкоцитарная инфильтрация периваскулярной соединительной ткани.

На 10-15-е сутки эксперимента гистологическая картина яичников крыс, в целом, мало чем



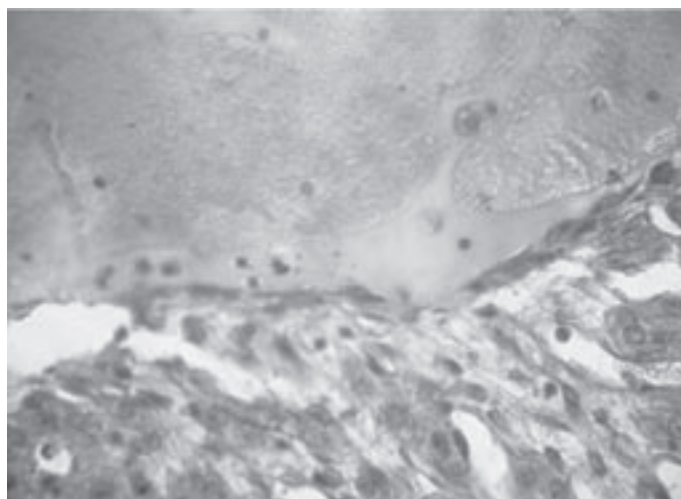
отличалась от описанной на 3-е сутки опыта. Обращало на себя внимание довольно значительное содержание в яичнике кистозно-атрезированных фолликулов с деструктивно измененным в виде кариопикноза и кариорексиса фолликулярным эпителием. Ооциты в подобных фолликулах были дегенеративно изменены, либо подвергнуты гомогенизации и распаду, в отдельных срезах отмечался отрыв яйцеклеточного бугорка. Генеративные элементы были представлены примордиальными фолликулами, имеющими обычное строение, единичными растущими фолликулами на стадии первичных, вторичных, реже третичных. Выявлялось достаточно много мелких атретических тел и фолликулов, кист желтых тел.

Через 30-60 суток после введения гормонов наблюдалась гиперемия сосудов мозгового вещества. Больших кистозных полостей не было, но сохранялись мелкие кистозно-атрезировавшиеся фолликулы. Процессы образования новых атретических фолликулов шли на убыль. Чаще, чем в предыдущие сроки, обнаруживались растущие фолликулы. Однако зернистый слой, особенно у вторичных фолликулов, в отличие от контроля (интактные животные), весьма часто содержал клетки, характеризующиеся повышенной конденсацией хроматина, гиперхромией кариоплазмы, деформацией клеточных контуров. Часть клеток была пикноморфна. Наряду с этим, в фолликулярном эпителии были нередки картины митоза. Ооциты также характеризовались нарушениями различной степени выраженности: локальным отеком цитоплазмы, повышенной конденсацией хроматина, деформацией ядерной оболочки. В большом количестве встречались желтые тела. Содержание интерстициальной железистой ткани, гормонопродуцирующих клеток, атретических тел снижалось, по сравнению с предыдущими сроками.

ОБСУЖДЕНИЕ

Показано, что умеренная гиперинсулинемия и суперувulatoryные дозы ХГ в 100 % случаев вызывают развитие множественных фолликулярных кист яичников в эксперименте. Изучение морфологии яичников в динамике свидетельствует об обратимости описанных выше явлений — регрессе кист в течение 60-и суток после введения ХГ и инсулина, что подтверждает их функциональный характер. Яичники с экспериментальными множественными кистами имеют характерные морфологические особенности: размеры яичников увеличены за счет различных по величине кист, поверхность которых гладкая, блестящая, имеет

Рис. 5.
Массивное кровоизлияние в полость кисты желтого тела с формированием тромбов на 3-и сутки после окончания введения ХГ и инсулина. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. 600.



серовоздушную окраску, стенки тонкие, чаще однокамерные, содержащие прозрачный секрет, реже секрет коричневого цвета (кровоизлияние). При гистологическом изучении яичников выявляются кисты на разных стадиях развития. Наиболее часто встречаются фолликулярные кисты, реже кисты желтого тела, кисты с лютеинизированной стенкой. Описанные кисты морфологически соответствуют таковым у женщин. По-видимому, процесс образования кист проходит ряд стадий.

Обсуждая возможные механизмы кистообразования, можно предположить, что ХГ, являясь структурным аналогом ЛГ, реализует свое действие на уровне тека-клеток. Избыточная стимуляция ХГ приводит в начале к даун-регуляции ЛГ-рецепторов, а затем к гиперплазии тека-клеток, приводящей к гиперандрогении [5, 6]. С одной стороны, гиперандрогения усиливает выработку эстрогенов (формируется гиперэстрогения), что проявляется непрерывным эструсом у подопытных животных. С другой, повышенный синтез андрогенов препятствует нормальному развитию фолликулов, нарушает процесс селекции доминантного фолликула и вызывает образование множества кистозно-атрезировавшихся фолликулов [5, 7]. Возможно, гиперстимуляция ЛГ-рецепторов сопровождается также повреждением ФСГ-рецепторов в клетках гранулезы, снижением эффективности воздействия ФСГ на растущие фолликулы [8]. Кроме того, согласно современным представлениям об овариальном стероидогенезе, в индукции фолликулярных кист большое значение уделяется гиперинсулинемии [8]. Так, основным механизмом развития гиперчувствительности клеток теки к ХГ является способность инсулина и инсулиноподобных фак-



торов роста I и II блокировать гомологическую десенситизацию ЛГ-рецепторов, что усиливает продукцию андрогенов тека-клетками, а также вызывает преждевременную лютеинизацию гранулезы, способствуя остановке роста фолликулов и их атрезии [7]. Кроме того, инсулин, вероятно, усиливает эффект гонадотропного релизинг-гормона на продукцию эндогенного ЛГ гипофизом [7, 8].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Серов, В.Н. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников /В.Н. Серов, Л.И. Кудрявцева. – М., 1999. – 152 с.
2. Дубровина, С.О. Концентрация стероидных гормонов в пунктате первичных и рецидивирующих кист яичников /Дубровина С.О. //VI Рос. форум «Мать и Дитя»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 343-344.
3. Szukiewicz, D. Polycystic ovary syndrome – searching for an animal model /Szukiewicz D., Uilenbroek J.T. //J. Med. – 1998. – Vol. 29, № 5-6. – P. 259-275.
4. Лазарев, Н.И. Экспериментальные модели эндокринных гинекологических заболеваний /Лазарев Н.И., Ирд Е.А., Смирнова И.О. – М., 1976. – 117 с.
5. Bogovich, K. Insulin has a biphasic effect on the ability of human chorionic gonadotropin to induce ovarian cysts in the rat /Bogovich K., Clemons J., Poretsky L. //Metab. – 1999. – Vol. 48, № 8. – P. 995-1002.
6. Poretsky, L. Hyperinsulinemia and human chorionic gonadotropin synergistically promote the growth of ovarian follicular cysts in rats /Poretsky L., Clemons J., Bogovich K. //Metab. – 1992. – Vol. 41, № 8. – P. 903-910.
7. Тихомиров, А.Л. Синдром поликистозных яичников: факты, теории, гипотезы /Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. //Фарматека. – 2003. – Т. 74, № 11. – С. 8-19.
8. The insulin-related ovarian regulatory system in health and disease /Poretsky L., Cataldo N.A., Rosenwaks Z., Giudice L.C. //Endocr. Rev. – 1999. – Vol. 20, № 4. – P. 535-582.





УТКИН Е.В., ПОДОНИНА Н.М.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 2,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В настоящей работе проведен сравнительный анализ особенностей клинического течения воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) за последние 10 лет (1993-1994 гг. – 587 больных и 2003-2004 гг. – 528 больных). Доказана необходимость использования стартовой антибактериальной терапии с использованием препаратов, эффективных в отношении анаэробной флоры и возбудителей инфекций, передающихся половым путем.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, клиника, терапия.

In the present work the comparative analysis of features of clinical current of pelvic inflammatory disease (PID) for last 10 years (1993-1994 years – 587 patients and 2003-2004 years – 528 patients). The necessity of use starting antibacterial of therapy with use of preparations, effective in the relation of anaerobic flora and activators of infections transmitted by a sexual way is proved.

Key words: pelvic inflammatory disease, clinic, therapy.

В настоящее время воспалительные заболевания придатков матки доминируют в структуре гинекологической заболеваемости и оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Именно эта патология является наиболее частой причиной нарушения менструальной, детородной, сексуальной функций женского организма, и составляет главную медицинскую, социальную проблему, а также одну из наиболее важных экономических проблем во всем мире [1, 2, 3, 4].

Пациентки, страдающие воспалительными заболеваниями, составляют 60-65 % амбулаторных и около 30 % стационарных гинекологических больных [5, 6]. Последствия даже перенесенного банального острого воспалительного процесса придатков матки остаются достаточно серьезными: 24 % пациенток отмечают сохранение тазового болевого синдрома в течение 6 месяцев и более после лечения, 43 % имеют эпизоды обострений воспалительного процесса, а 40 % остаются бесплодными [7].

За последнее десятилетие во всех странах мира констатирован рост числа воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), на 13 % в общей популяции и на 25 % у женщин, использующих внутриматочные средства контрацепции, при этом в три раза увеличилась частота тубоовариальных образований воспалительной этиологии [6, 8].

Внедрение современных инвазивных диагностических и лечебных методов, к сожалению, способствовало росту инфекционных процессов гениталий, возбудителями которых являются условно-патогенные микроорганизмы [9]. Воспалительные процессы, вызванные эндогенной флорой, как правило, характеризуются стертой клинической симптоматикой, торпидным течением с частыми обострениями [2, 4, 10]. В то же время, длительная персистенция бактериального агента в очаге воспаления способствует дальнейшему прогрессирующему снижению иммунологической реактивности макроорганизма [11].

Несмотря на широкое применение антибактериальных препаратов, иммуномодуляторов, физиотерапевтических методов терапии, острые ВЗОМТ в современное время нередко приобретают затяжное течение, переходят в хронические формы и чаще других гинекологических заболеваний вызывают временную, а иногда и стойкую утрату трудоспособности [10].

Каждое десятилетие вносит свои изменения в этиологические и клинические аспекты данной проблемы. Традиционный подход к ведению больных с ВЗОМТ, рекомендованный 10-20 лет назад, широко применяется во многих стационарах и сегодня. Стартовыми препаратами в этом случае являются комбинации пенициллинов с аминогликозидами, либо цефалоспорины 1-го поколения. Такая схема лечения обеспечивает клинический эффект у 70-90 % больных. В то же время, риск развития угрожающих жизни осложнений (образование абсцессов, прогрессирование пельвиоперитонита) с тяжелыми медицинскими, социальными и экономическими последствиями подвергаются 10-30 % женщин, у которых указанная терапия оказывается неэффективной [12].

С учетом всего вышеперечисленного, для уточнения современных особенностей и тенденций в клиническом течении ВЗОМТ и принципах их терапии, был проведен сравнительный анализ результатов клинического обследования



больных, получавших лечение в отделении гинекологии ГKB № 2 г. Кемерово по поводу ВЗОМТ в 1993-1994 гг. (587 больных) и в 2003-2004 гг. (528 больных). Структура заболеваемости ВЗОМТ представлена в таблице.

Нарушение генеративной функции в 2003-2004 гг. было констатировано в 15,5 % случаев (против 7 % в 1993-1994 гг.) и при этом только у шестипяти пациенток бесплодие было первичным.

Произошли существенные изменения и в эти-

Таблица
Структура заболеваемости ВЗОМТ

Возраст	Сальпинг-оофорит		Сальпинг-оофорит в сочетании с эндометритом		Тубоовариальные образования		Сочетание сальпинг-оофорита с пельвиоперитонитом		Всего	
	1993-1994	2003-2004	1993-1994	2003-2004	1993-1994	2003-2004	1993-1994	2003-2004	1993-1994	2003-2004
До 20 лет	97	61	65	29	4	-	7	8	173	98
21-25	92	101	45	28	17	-	18	9	171	138
26-30	29	57	23	12	5	9	6	27	64	105
31-35	59	37	41	5	2	17	9	27	111	86
Старше 36 лет	27	24	11	5	22	38	8	34	68	101
Всего:	304	280	185	79	50	64	48	105	587	528

Сравнительный анализ свидетельствует, что наиболее часто встречающейся формой ВЗОМТ по-прежнему остается сальпингоофорит, причем пик заболеваемости данной патологией приходится на возрастную группу от 21 до 25 лет, тогда как в 1993-1994 гг. эта патология чаще всего встречалась в возрастной группе до 20 лет. Следует отметить, что если в 1993-1994 гг. преобладали острые формы сальпингоофоритов (48,4 %), то в 2003-2004 гг. доля острых форм уменьшилась до 25,4 %, а преобладающей формой является обострение хронического воспалительного процесса (209 случаев из 280 – 74,6 %). Помимо этого, значительно увеличилось количество случаев заболевания с тяжелым течением (31,8 % в 2003-2004 гг. против 16,4 % в 1993-1994 гг.). При этом значительно увеличилась частота деструктивных форм (12,1 % в 2003-2004 гг. и 8,5 % в 1993-1994 гг.), а наиболее часто они встречались в возрастной группе старше 36 лет. Чаще всего подобные формы заболевания (48,4 %) развивались на фоне использования внутриматочной контрацепции. Отсутствие в настоящее время деструктивных форм у пациенток в возрасте до 25 лет можно объяснить снижением популярности данного вида контрацепции у молодых женщин.

Заслуживают внимания данные, полученные при анализе терапии тубоовариальных образований. Если в 1993-1994 гг. всем 50 женщинам было проведено оперативное лечение с удалением придатков матки или маточных труб, то в 2003-2004 гг. такие операции были проведены только в 65,6 % случаев, а 18,8 % выполненных оперативных вмешательств были органосохраняющими, с использованием эндоскопических технологий.

ологической структуре ВЗОМТ. Если в 1993-1994 гг. микробные ассоциации 2-3 возбудителей (стафилококки, кишечная палочка, стрептококки, протей, грибы) составляли 18,6 %, то на современном этапе в генезе данной патологии преобладает микст-инфекция, в которой преобладают возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), на долю которых приходится 35,6 %. При этом, частота гонококковой инфекции составляет всего 5,5 %, а в качестве компонентов микробных ассоциаций появились такие микроорганизмы, как хламидии и микоплазмы. Причем, доля хламидийной инфекции довольно значительна – 18,5 %. Появились и такие, ранее не встречавшиеся, компоненты микробных ассоциаций, как *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium*, *Gardnerella vaginalis*. Резко возросла частота дисбиотических состояний влагалища, которая на сегодняшний день составляет 72,8 %.

Отмеченное возрастание условно-патогенной флоры в развитии ВЗОМТ свидетельствует о том, что воспалительные заболевания придатков матки в настоящее время чаще всего развиваются на фоне нарушения естественных факторов защиты. Основную роль в этом процессе в большинстве случаев играет нерациональная антибактериальная терапия. Так, 67 % пациенток, у которых определялись ассоциации условно-патогенных микроорганизмов, до поступления в стационар самостоятельно принимали антибактериальные препараты широкого спектра действия.

В условиях изменившейся социально-экономической ситуации в нашей стране изменился и социальный статус пациенток, страдающих ВЗОМТ. Более чем в 10 раз увеличилась доля



неработающих женщин, тогда как количество занятых физическим трудом уменьшилось почти в 2 раза.

Таким образом, проведенный анализ выявил ряд особенностей в структуре и клиническом течении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин на современном этапе, что, в свою очередь, требует изменения традиционных подходов к тактике их лечения:

1. Увеличилась частота тяжелого течения воспалительных заболеваний, что во многом связано с несоблюдением методов профилактики и проведением нерациональной терапии до момента поступления в стационар. В связи с этим, антибактериальная терапия в амбулаторных условиях должна иметь ограниченное применение. Следует придерживаться следующего принципа — если лечение заболевания требует парентерального введения антибиотиков, то пациентка нуждается в стационарном лечении.

2. Увеличилось количество деструктивных форм ВЗОМТ, чему в наибольшей мере способствует использование внутриматочной контрацепции. Следовательно, необходим более строгий подход к применению данного способа контрацепции, с обязательным соблюдением всех правил и условий. С учетом значительного числа тяжелых осложнений, метод внутриматочной контрацепции может быть рекомендован в современных условиях только женщинам, реализовавшим свою репродуктивную функцию.

3. Значительно возросла роль возбудителей ИППП в структуре микробных ассоциаций (более чем в 4 раза, по сравнению с 1993-1994 гг.). Следовательно, проводимая антибактериальная терапия в обязательном порядке должна охватывать спектр чувствительности таких микроорганизмов, как хламидии, гонококки и микоплазмы, а также воздействовать на анаэробную флору и трихомонады.

4. Возросшая частота нарушений генеративной функции, как осложнения ВЗОМТ, необходимость проведения рациональной терапии при минимальных диагностических критериях воспалительного процесса, особенно это касается молодых пациенток, которые еще не реализовали свою репродуктивную функцию.

5. Клиническая эффективность консервативных методов лечения деструктивных форм ВЗОМТ в большинстве случаев оказывается не-

эффективной, поэтому основным методом лечения данной патологии остается хирургический. С внедрением в практику работы эндоскопической техники, появилась возможность выполнения органосохраняющих операций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснопольский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. — М., 1999. — 233 с.
2. Paavonen, J. Immunopathogenesis of pelvic inflammatory disease and infertility — what do we know and shell we do? /Paavonen J. //J. Br. Fer. Soc. — 1996. — Vol. 1, N 1. — P. 42-45.
3. Washington, E. Preventing and managing pelvic inflammatory disease: key questions, practices and evidence /Washington E., Berg A.O. //J. Fam. Pract. — 1996. — Vol. 43, N 3. — P. 283-293.
4. Beigi, R.H. Pelvic inflammatory disease: new diagnostic criteria and treatment /Beigi R.H., Wiesenfeld H.C. //Obstet. Gynec. Clin. North Am. — 2003. — Vol. 30, N 4. — P. 777-793.
5. Савельева, Г.М. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин /Савельева Г.М., Антонова Л.В. — М., 1987. — 160 с.
6. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология /Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. — М., 2001. — 288 с.
7. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. A retrospective cohort study /Safrin S., Schachter J., Dathrouge D., Sweet R.L. //Am. J. Obstet. Gynec. — 1992. — Vol. 166, N 4. — P. 1300-1305.
8. Krivak, T.C. Tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management /Krivak T.C., Cooksey C., Propst A.M. //Compr. Ther. — 2004. — Vol. 30, N 2. — P. 93-100.
9. Стрижаков, А.Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. — М., 1996. — 256 с.
10. Занько, С.Н. Хронические воспалительные заболевания придатков матки /Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я. — Витебск, 1998. — 168 с.
11. Факторы персистенции микрофлоры при воспалительных заболеваниях внутренних женских половых органов /Бухарин О.В., Константинова О.Д., Черкасов С.В., Кремлева Е.В. //Вест. Рос. асс. ак-гинеколог. — 1998. — № 3. — С. 62-65.
12. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза /Яглов В.В. //Гинекология. — 2001. — Т. 3, № 3. — С. 93-97.



УШАКОВА Г.А., ЕЛГИНА С.И., НАЗАРЕНКО М.Ю.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК В РЕГИОНЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ И КОНЦЕПЦИЯ ЕГО СОХРАНЕНИЯ

Основываясь на принципах системного подхода, разработана концепция сохранения репродуктивного здоровья девочек. Информационными тестами оценки состояния репродуктивного здоровья девочек являются разработанные регионарные «Стандарты и оценочные таблицы физического и полового развития школьниц 7-17 лет», «Пакет прогностических программ основных форм нарушения становления менструальной функции», а также их компьютерная версия. Разработана организационная и функциональная структура системы охраны репродуктивного здоровья девочек. Внедрение предложенной системы профилактики нарушений репродуктивного здоровья у девочек на региональном уровне показало ее реальность, доступность и высокую эффективность.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, девочки 7-17 лет, система профилактики нарушений.

We developed girls' reproductive health preservation conception based on the principals of systematical approach. The informative tests of reproductive health condition estimation are developed regional «Standards and estimative tables of physical and sexual development of 7-17 years age schoolgirls» and «Prognostic program package of basic forms menstrual function development breathes» and also their computer version. Organizational and functional structure of girls' reproductive health protection system was also developed. Introduction of girls' reproductive health prepositional preventive system on the regional level points to reality, availability and high efficiency.

Key words: reproductive health, girls 7-17 years old, the preventive system.

Одной из неблагоприятных демографических особенностей современной России является уменьшение численности детей и их доли в общей структуре населения. Так, в Кемеровской области абсолютная численность детей от 0 до 14 лет уменьшилась с 691,6 тысяч в 1996 г. до 512,4 тысяч в 2001 г., а их доля в общей структуре населения — с 22,6 % до 17,3 %.

Сегодняшние дети будут поддерживать основной уровень рождаемости в 2010-2020 гг. Основным принципом сохранения медико-биологического потенциала рождаемости должен быть принцип сохранения репродуктивного здоровья каждой девочки и каждого мальчика, начиная с рождения, включая все этапы становления и реализации репродуктивной программы.

Наше исследование основано на материалах официальной статистики и собственных данных изучения состояния репродуктивного здоровья девочек 7-17 лет, охватившего период с 1979 г. до 2004 г.

Располагая этими данными, мы попытались сформулировать концепцию сохранения репродуктивного потенциала современной популяции девочек и механизма ее реализации, что явилось основной целью исследования.

Для решения поставленных задач исследовано репродуктивное здоровье школьниц 7-17 лет, обучающихся в общеобразовательных школах горо-

дов Кемеровской области в 1979-80 гг. (2141 девочка), в 1993-94 гг. (3043 девочки), в 2003-04 гг. (3050 девочек).

Состояние репродуктивного здоровья изучено на основании оценки физического и полового развития, становления менструальной функции, распространенности и структуры гинекологических заболеваний. Исследованы следующие показатели физического развития: рост стоя, окружность грудной клетки, масса тела, основные размеры костного таза. Для комплексной оценки физического развития составлены шкалы регрессии по росту для массы тела, окружности грудной клетки, основного поперечного и прямого размера таза [1]. Интегрированная оценка гармоничности физического развития имела следующие градации: гармоничное физическое развитие, ухудшенное дисгармоничное, плохое дисгармоничное, общая задержка физического развития [2, 3, 4, 5]. Комплексная оценка костного таза проведена по схеме: соответствие размеров таза росту, отставание размеров таза от роста, суженный таз, размеры таза «вне стандарта» [4].

Половое развитие исследовано на основании последовательности появления и выраженности вторичных половых признаков. Для каждого возраста определен стандарт половой формулы. Комплексная оценка полового развития имела следующие градации: соответствие полового раз-



вития возрасту, умеренное несоответствие, значительное несоответствие, резкое несоответствие [4, 5, 6]. При изучении становления менструальной функции учтены такие ее особенности: ранний и поздний возраст менархе, длительный период установления ритма менструаций, альгодисменорея, ювенильное кровотечение.

Динамика основных показателей физического развития девочек 7-17 лет представлена в таблице 1.

десятилетие произошло резкое ухудшение показателей: значительно уменьшилась доля девочек с гармоничным физическим развитием за счет увеличения доли с ухудшенным дисгармоничным, плохим дисгармоничным и с общей задержкой физического развития.

Важной характеристикой физического и полового развития является развитие костного таза (табл. 2).

Таблица 1

Показатели роста, массы тела и окружности грудной клетки у девочек 7-17 лет в различные годы обследования ($M \pm m$)

Возраст в годах	1979-1980 гг.			1993-1994 гг.			2003-2004 гг.		
	Рост, см	Масса, кг	ОГК, см	Рост, см	Масса, кг	ОГК, см	Рост, см	Масса, кг	ОГК, см
7	124,2 ± 0,5	24,2 ± 0,4	64,0 ± 0,3	121,3 ± 0,5*	22,0 ± 0,3*	59,3 ± 0,3*	121,3 ± 0,4**	23,5 ± 0,3	58,8 ± 0,3**
8	129,5 ± 0,4	24,7 ± 0,4	66,4 ± 0,3	127,9 ± 0,6*	25,7 ± 0,4	61,3 ± 0,5*	125,5 ± 0,4**	24,6 ± 0,2	60,0 ± 0,2**
9	132,9 ± 0,5	29,8 ± 0,5	68,6 ± 0,4	132,9 ± 0,4	27,7 ± 0,4*	63,1 ± 0,3*	130,0 ± 0,7**	27,0 ± 0,3**	62,6 ± 0,3**
10	138,7 ± 0,6	34,9 ± 0,7	72,5 ± 0,6	139,5 ± 0,61	32,5 ± 0,5*	67,0 ± 0,4*	135,5 ± 0,5**	31,3 ± 0,4**	65,5 ± 0,5**
11	143,3 ± 0,7	40,2 ± 0,6	72,7 ± 0,5	154,3 ± 0,5*	35,7 ± 0,4*	68,7 ± 0,4*	142,5 ± 0,4	34,9 ± 0,5**	67,6 ± 0,3**
12	150,5 ± 0,7	42,9 ± 0,8	71,9 ± 0,5	150,3 ± 0,4	39,8 ± 0,5*	71,9 ± 0,4	148,3 ± 0,5**	39,5 ± 0,4**	71,4 ± 0,4
13	157,4 ± 0,6	51,0 ± 1,0	75,9 ± 0,6	156,4 ± 0,7	45,9 ± 0,8*	75,5 ± 0,5	154,8 ± 0,4**	44,1 ± 0,4**	75,6 ± 0,4
14	160,3 ± 0,6	51,8 ± 0,8	74,3 ± 0,7	158,9 ± 0,5	49,3 ± 0,7*	78,1 ± 0,4*	158,7 ± 0,3**	48,8 ± 0,4**	79,1 ± 0,4**
15	161,9 ± 0,5	55,7 ± 0,9	78,2 ± 0,6	160,9 ± 0,5	52,6 ± 0,7*	78,3 ± 0,4	161,8 ± 0,3	51,6 ± 0,3**	80,4 ± 0,3**
16	162,5 ± 0,5	56,2 ± 0,7	80,1 ± 0,5	162,2 ± 0,4	55,2 ± 0,6	79,7 ± 0,4	163,8 ± 0,3**	54,0 ± 0,4**	81,6 ± 0,3**
17	162,2 ± 0,5	56,2 ± 0,7	80,0 ± 0,5	164,4 ± 0,6*	56,6 ± 0,8	81,1 ± 0,5	164,1 ± 0,3**	55,2 ± 0,4	81,8 ± 0,4**

Примечание: ОГК — окружность грудной клетки; * — достоверность различий при сравнении показателей в 1979-80 гг. и 1993-94 гг., $p < 0,05$; ** — достоверность различий при сравнении показателей в 1979-80 гг. и 2003-04 гг., $p < 0,05$.

При сравнении антропометрических показателей у сверстниц 7-17 лет, полученных в различные годы исследования, отмечены различия по росту, массе тела, окружности грудной клетки в большинстве возрастных групп, наиболее заметной является тенденция к снижению массы тела.

Оценка гармоничности физического развития позволяет более глубоко оценить основные антропометрические показатели (рис. 1).

Дисгармоничное физическое развитие в различных возрастных группах имеют до 25 % девочек в разные годы исследования. К 17 годам, когда индивидуальные возрастные различия менее выражены, наилучшие показатели имеют девочки, обследованные в 1979-80 гг. В последующее

При сравнении основных размеров таза у сверстниц 7-17 лет, полученных в различные годы обследования, отмечены различия в большинстве возрастно-половых групп, прослеживается тенденция к уменьшению прямого размера.

Комплексная оценка таза, проведенная по шкалам регрессии по росту, свидетельствует о снижении доли девочек, основные размеры таза которых соответствуют росту (рис. 2).

Обращает на себя внимание увеличение доли девочек, размеры таза которых находятся «вне стандарта».

Возраст начала полового созревания девочек в течение последних 25 лет приходится, в основном, на 10-12 лет. Последовательность появле-



Таблица 2

Показатели основных размеров таза (*D. trochanterica*, *C. externa*) у девочек 7-17 лет в различные годы обследования ($M \pm m$)

Возраст в годах	1979-80 гг.		1993-94 гг.		2003-04 гг.	
	Trochanterica	C. externa	Trochanterica	C. externa	Trochanterica	C. externa
7	20,3 ± 0,1	13,1 ± 0,1	20,1 ± 0,1	12,4 ± 0,1*	19,8 ± 0,1**	12,6 ± 0,1**
8	21,7 ± 0,1	14,2 ± 0,1	21,5 ± 0,1	12,4 ± 0,1*	20,7 ± 0,1**	13,0 ± 0,1**
9	22,0 ± 0,2	14,6 ± 0,1	22,0 ± 0,1	13,5 ± 0,1*	21,6 ± 0,1	13,5 ± 0,1**
10	23,8 ± 0,1	15,3 ± 0,1	23,8 ± 0,1	15,2 ± 0,1	22,8 ± 0,1**	14,0 ± 0,1**
11	24,6 ± 0,1	16,4 ± 0,1	24,6 ± 0,1	15,2 ± 0,1	24,0 ± 0,1**	14,6 ± 0,1**
12	26,6 ± 0,1	16,3 ± 0,1	26,1 ± 0,1*	15,3 ± 0,1*	25,3 ± 0,1**	15,2 ± 0,1**
13	28,4 ± 0,2	16,8 ± 0,1	27,0 ± 0,2*	15,9 ± 0,1*	26,8 ± 0,1**	16,1 ± 0,1**
14	29,3 ± 0,2	17,1 ± 0,1	28,3 ± 0,1*	17,0 ± 0,1	28,1 ± 0,1**	16,7 ± 0,1**
15	29,9 ± 0,1	18,4 ± 0,1	29,0 ± 0,1*	17,3 ± 0,1*	28,9 ± 0,1**	16,9 ± 0,1**
16	29,8 ± 0,2	18,5 ± 0,1	29,8 ± 0,1	17,6 ± 0,1*	29,0 ± 0,1**	17,3 ± 0,1**
17	30,2 ± 0,1	18,6 ± 0,1	30,4 ± 0,1	18,1 ± 0,1*	29,1 ± 0,4**	17,2 ± 0,1**

Примечание: * — достоверность различий при сравнении показателей в 1979-80 гг. и 1993-94 гг., $p < 0,05$; ** — достоверность различий при сравнении показателей в 1979-80 гг. и 2003-04 гг., $p < 0,05$.

Рис. 1.

Сравнительная оценка гармоничности физического развития 17-летних сверстниц в различные годы.

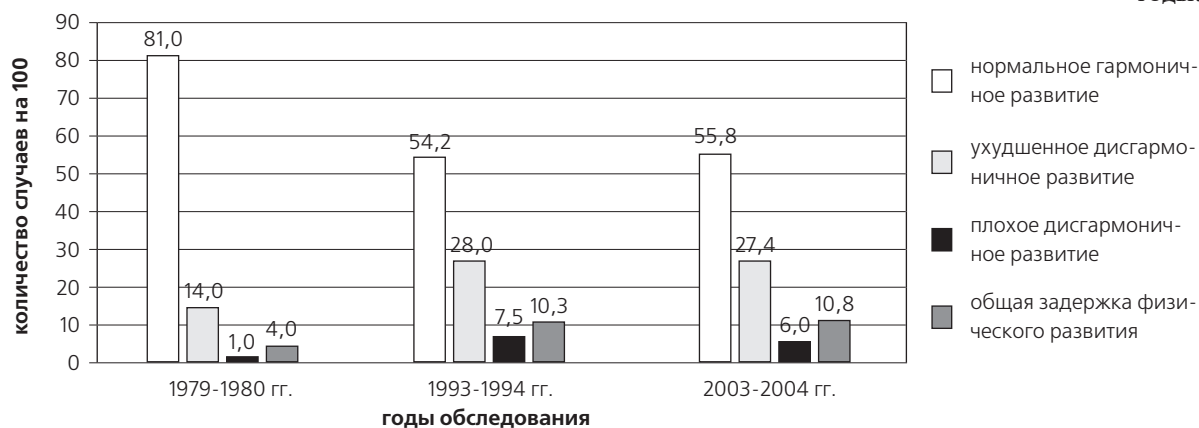


Рис. 2.

Комплексная оценка размеров таза девочек 17 лет в различные годы исследования.





ния вторичных половых признаков не нарушена. Окончательной выраженности вторичные половые признаки достигают только к 17 годам.

По разработанным возрастным стандартам половых формул проведена комплексная оценка полового развития девочек 7-17 лет. Обращает на себя внимание, что в первый период полового созревания преобладают опережающие темпы развития вторичных половых признаков, во второй половине — отставание. К 17 годам соответствие полового развития возрасту имели 85 % девочек в 1979-80 гг.; 86,5 % — в 1993-94 гг.; 82,7 % — в 2003-04 гг.; умеренное отставание в соответствующие годы имели 15 %; 13,5 %; 15,8 % обследованных. Значительное отставание имели 1,4 % девочек, обследованных в последнее десятилетие.

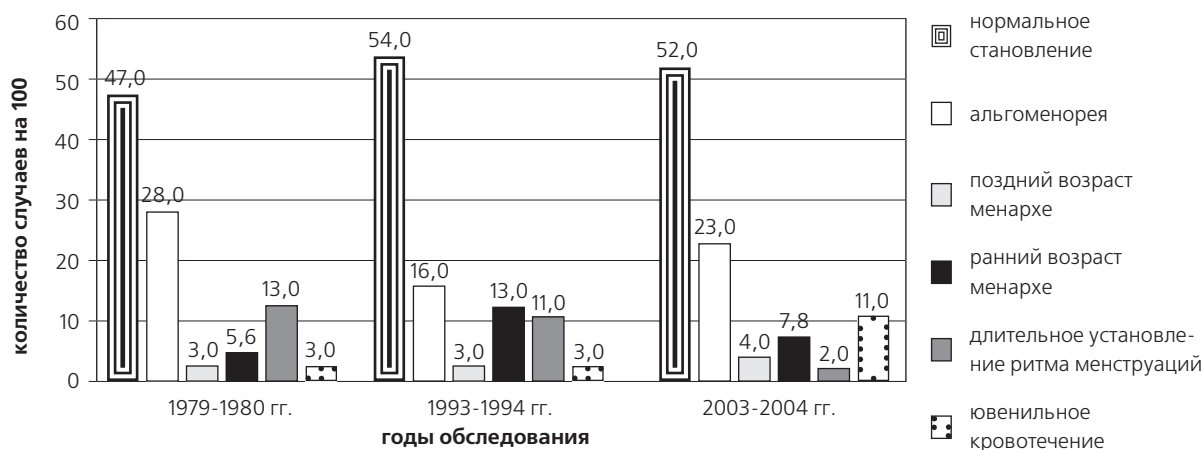
Становление менструальной функции в период полового созревания является интегрированным показателем состояния системы репродукции. Частота нормального ее становления и основные формы нарушения представлены на рисунке 3.

место в последнее время вышли заболевания эндокринной системы.

По данным профилактического осмотра девочек от года до 15 лет, проведенного в 2003-2004 гг., те или иные нарушения в состоянии репродуктивной системы обнаружены у 29,1 %. В структуре гинекологической заболеваемости первое место занимают воспалительные заболевания. На их долю приходится от 40 до 50 % всей гинекологической патологии. Воспалительные заболевания встречаются, в основном, у девочек дошкольного возраста и в большинстве случаев являются вторичными, то есть возникают как следствие фоновых заболеваний (экссудативно-катаральный диатез, нарушение питания по типу паратрофии, дисбактериоз кишечника, обменные нефропатии).

Второе место занимают синехии наружных гениталий, на их долю приходится 20,5 %. В основном синехии выявляются у девочек первого года жизни — 80 %, в возрасте от 1 до 3 лет — 15 %, и

Рис. 3.
Становление менструальной функции и основные формы ее нарушения (распространенность на 100 девочек, обследованных в разные годы).



На протяжении 25 лет нормальное становление менструальной функции отмечено не более чем у половины девочек. Отмечается увеличение частоты альгоменореи у девочек, обследованных в 2003-04 гг. в сравнении с 1993-94 гг. Относительно стабильной остается частота позднего возраста менархе. Отмечается повышение частоты раннего возраста менархе. Длительность установления ритма менструаций имеет тенденцию к снижению. Самым неблагоприятным является увеличение распространенности одной из наиболее тяжелых форм нарушения менструальной функции — ювенильного кровотечения. Не исключено, что изменения в структуре нарушений менструального цикла у девочек связаны с изменениями структуры соматической патологии — на первое

лишь около 5 % — в возрасте старше 3 лет. Следует отметить, что почти 80 % девочек имеют полные синехии, что препятствует нормальному оттоку мочи, вызывает застой ее в области вульвы и способствует возникновению воспалительных процессов не только гениталий, но и мочевыводящей системы.

Третье место занимает большая группа нарушений менструальной функции, в которую включены: ювенильные кровотечения, альгоменорея, ранний возраст менархе. На долю этой патологии приходится около 13 % всех заболеваний. Далее, по мере уменьшения удельного веса, идут травмы гениталий — на их долю приходится более 9 % всех случаев, новообразования — 3,4 %, патология молочных желез — 2,5 %, нарушение темпов



полового развития — 1,9 %, кожные заболевания вульвы — 1,7 %, прочие заболевания — 1,6 %.

Почти все девочки с гинекологическими заболеваниями имеют соматическую патологию, которая является либо сопутствующей, либо основной.

Таким образом, современная популяция детей характеризуется высокой распространенностью патологических изменений репродуктивной системы в период ее становления, усложнением ее структуры. При многолетнем наблюдении отмечается ухудшение многих ее важных показателей.

Концепция сохранения репродуктивного здоровья девочек разработана на методологических принципах системного подхода. Профилактика нарушений становления репродуктивной системы у девочек предполагает постоянное наблюдение за ее становлением, прогнозирование возможных нарушений и своевременное их предупреждение. С позиций системного подхода, профилактика нарушений становления репродуктивной системы — это осуществление внешнего управления организмом, а стало быть, на нее распространяются принципиальные положения общей теории управления. Как любая система управления, профилактика нарушений репродуктивной системы предусматривает наличие объекта управления, которым является детский организм, и управляющей подсистемы — комплекса организационных и лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению нарушений [7, 8].

Профилактика нарушений репродуктивной системы предполагает последовательность основных процессов: определение состояния объекта управления «на входе», выработку для этого состояния оптимального управляющего воздействия, определение объекта управления «на выходе». Информация о состоянии объекта управления, как «на входе», так и «на выходе», должна быть представлена интегрированной клинической оценкой, достаточно полно ее характеризующей. Для девочек 7-17 лет такую возможность представляют разработанные региональные «Стандарты и оценочные таблицы физического и полового развития школьников 7-17 лет» [4, 9].

Профилактика нарушений становления репродуктивной системы у детей может быть полноценной, если в ее основе лежит прогностический принцип. Поэтому в единой системе управления необходимо осуществлять и прогнозирование. Это возможно при установлении количественной связи между распространенностью основных форм нарушений менструальной функции, основного интегрального показателя системы репродукции в пубертатном периоде, и факторами риска. Прогнозирование может быть осуществлено с помощью различных математических методов. Используя метод нормированных интенсивных

показателей (один из методов распознавания образов), мы разработали «Пакет прогностических программ основных форм нарушения становления менструальной функции» [10].

В условиях сплошной диспансеризации детей осуществить профилактику нарушения становления репродуктивной системы каждой девочки можно, лишь используя современные средства вычислительной техники. Компьютерная версия «Оценочно-прогностических программ для школьников 7-17 лет», «Стандартов и оценочных таблиц физического и полового развития школьников 7-17 лет» разработана для персонального компьютера в содружестве с программистами [10].

Организационно система профилактики нарушений репродуктивного здоровья детей включает в себя акушерские стационары, детские поликлиники, женские консультации. В организационной структуре определены диспансеризуемые контингенты и программы их обследования; ведущие учреждения, осуществляющие наблюдение, и их задачи; ответственные за диспансеризацию и их функциональные задачи; система документооборота.

Функциональная структура динамического наблюдения включает в себя организацию медицинских осмотров, необходимое обследование, определение групп дифференцированного диспансерного наблюдения по оценочно-прогностическим программам, выполнение рекомендаций по диспансерному наблюдению, включая диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, оценку качества диспансеризации [9].

Таким образом, в первые десятилетия нового века в активную фазу репродукции вступит малочисленная популяция женщин, имеющая серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем. Для того чтобы уменьшить остроту этих проблем, профилактика нарушений репродуктивного здоровья должна осуществляться уже сегодня.

Внедрение предложенной системы профилактики нарушений репродуктивного здоровья у девочек на региональном уровне показало ее реальность, доступность и высокую эффективность.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ставицкая, А.Б. Методика исследования физического развития детей и подростков /Ставицкая А.Б., Арон Д.И. — М., 1959. — 74 с.
2. Антропова М.В., Бородкина Г.В., Кузнецова Л.М. и др. //Здрав. Рос. Фед. — 1995. — № 1. — С. 125.
3. Баклаенко Н.Г., Гаврилова Л.В. //Здравоохран. — 2000. — № 7. — С. 26-33.
4. Ушакова, Г.А. Демография и репродуктивное здоровье женского населения Кузбасса /Ушакова Г.А., Елгина С.И., Сурков Н.И. — Кемерово, 1997. — 71 с.



5. Яковлева Э.Б., Железная Р.А., Серебрянская Т.В. //Педиатрия. – 1999. – № 1. – С. 87-89.
 6. Сметанин В.Н., Швачкина В.И. //Здрав. Рос. Фед. – № 1. – С. 31-32.
 7. Кузьмина Н.И., Жучкова О.В. //Пробл. здор. жен. и детей Сибири. – 1996. – № 3. – С. 8-9.
 8. Юрьев В.К. //Пробл. соц. гиг., здравоохран. и ист. мед. – 2000. – № 4. – С. 4-5.
 9. Ушакова, Г.А. Проблемы сохранения медико-биологического потенциала воспроизводства населения в регионе /Ушакова Г.А., Елгина С.И. – Кемерово, 1999. – 109 с.
 10. Ушакова, Г.А. Компьютерные технологии в работе детского и подросткового гинеколога /Ушакова Г.А., Елгина С.И. //Пути развития современной гинекологии: Сб. тез. – М., 1995. – С. 95-96.
- 



УШАКОВА Г.А., ТЕЛЕНКОВА Ж.Н., ЕЛГИНА С.И.
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК – КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ И ПУТИ ЕГО СОХРАНЕНИЯ

Изучение состояния физического и полового развития, соматической и гинекологической заболеваемости, становления менструальной функции проведено у 2085 девочек в возрасте 7-17 лет, коренных жительниц Горной Шории. Репродуктивное здоровье девочек характеризуется комплексом неблагоприятных показателей: низкими средними значениями основных антропометрических показателей, включая размеры костного таза, снижением частоты гармоничного физического развития; высокой распространенностью соматической патологии, гинекологических заболеваний с преобладанием в структуре нарушений менструальной функции. Проведенное исследование позволило разработать оценочно-прогностическую систему и программу профилактики основных форм нарушения становления репродуктивного здоровья девочек, коренных жительниц Горной Шории, в пубертатном периоде.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, девочки – коренные жители Горной Шории, программа профилактики.

The studying of physical and sexual development, somatic and gynecologic morbidity, menstrual function formation was conducted on the group of 2085 girls at the age of 7-17 years who were scanty nationality of Mountain Shoria. Girls reproductive health is characterized by unfavorable indexes: low middle basic anthropometric significances; high somatic and gynecologic pathology with prevalence of menstrual function breaches. This studying allowed to develop the estimative-prognostic system and preventive program of the basic forms of breaches in native girls reproductive health development at the pubertal period.

Key words: reproductive health, girls – native residents of Mountain Shoria, prevention` program.

Демографическая ситуация с коренными малочисленными народами России в настоящее время является катастрофической. Россия встала перед исторической дилеммой: или эти народы, давшие человеческому обществу уникальный опыт выживания в экстремальных климатических условиях, выработавшие гармоничную с окружающим миром систему этнических и эстетических ценностей, выйдут в третьем тысячелетии на новый виток своего развития или они канут в Лету.

Большинство коренных малочисленных народов подвержены ассимиляции, что обусловлено их проживанием в инациональном окружении. Исследования, проведенные в конце 80-х годов, показывают, что юкагирский генофонд может быть утрачен через одно – два поколения. В связи с неблагоприятными демографическими сдвигами, усилился интерес к состоянию репродуктивного здоровья девочек и подростков – представителей коренных народов России. Через несколько лет, вступив в репродуктивный возраст, они будут нести основную нагрузку в воспроизводстве населения.

Одним из коренных малочисленных народов Кузбасса являются шорцы, проживающие на юге Кемеровской области в горно-таежной местности, получившей в начале XX века название Горная

Шория. По данным всероссийской переписи населения 2002 года, численность шорцев составила 14 тыс. человек.

В настоящее время в литературе нет исследований, посвященных изучению репродуктивного здоровья девочек – коренных жителей Горной Шории, не разработана система охраны репродуктивного здоровья.

Изучение основных показателей репродуктивного здоровья девочек – представителей коренного населения Горной Шории, разработка путей его сохранения является своевременным и актуальным.

Изучение состояния физического и полового развития, соматической и гинекологической заболеваемости, становления менструальной функции проведено у 2085 девочек в возрасте 7-17 лет, коренных жительниц Горной Шории, которые, в зависимости от этнической принадлежности, были разделены на две группы: первая – шорки (981 девочки), вторая – русские (1104 девочки).

Установлено, что основные антропометрические показатели (рост, масса тела, окружность грудной клетки) во всех возрастных группах девочек-шорок имели более низкие средние значения, чем у русских девочек. Аналогичные данные, свидетельствующие о снижении показателей массы и длины тела у коренных народов Эвен-



кии, Таймыра и Заполярья, приводятся в литературе [1, 2, 3, 4, 5].

Средние значения всех четырех размеров таза (*d. spinarum*, *d. cristarum*, *d. trochanterica*, *con. externa*) были также ниже у шорок, по сравнению с русскими ровесницами.

Комплексная оценка показателей физического развития и размеров костного таза девочек показала, что частота гармоничного физического развития в группах девочек различной этнической принадлежности достоверно не отличалась. Для шорок данный показатель составил $68,9 \pm 1,4$ %, для русских девочек — $70,6 \pm 1,5$ %. Плохое дисгармоничное развитие у шорок было достоверно ниже, чем у русских: $8,6 \pm 0,8$ %; $4 \pm 0,6$ % ($p < 0,001$). Показатели комплексной оценки пельвиометрии также достоверно не отличались в обеих группах. Размеры таза соответствовали росту у шорок — $62,0 \pm 1,5$ %, у русских — $63,9 \pm 1,4$ %.

Исследование полового развития девочек Горной Шории позволило установить, что последовательность появления вторичных половых признаков среди шорок и русских была не нарушена, однако у русских наблюдалась тенденция к более раннему их развитию. Это соответствует результатам исследования населения Эвенкии и Заполярья, в которых указывается на более медленное и слабовыраженное развитие вторичных половых признаков у коренных народов, в сравнении с русскими, за счет генетических особенностей [3, 6].

Комплексная оценка полового развития девочек по разработанным стандартам показала, что возрастному стандарту полового развития соответствовало $75,0 \pm 1,4$ % шорок и $71,2 \pm 1,4$ % русских. Доля девочек со значительным и резким отставанием полового развития также не различалась в обеих группах и составила $2,1 \pm 0,5$ %, $1,1 \pm 0,3$ % в группе шорок и $2,3 \pm 0,5$ %, $1,3 \pm 0,3$ % в группе русских.

Средний возраст менархе не зависел от этнической принадлежности и составил для шорок 12,9 лет, для русских — 12,9 года. Отсутствие различий в сроках менархе у девочек объясняется длительным проживанием тех и других на территории Горной Шории. Эта закономерность также наблюдалась у коренных (13,5 лет) и русских жительниц (13,3 года) Заполярья [3]. Коренное нерусское население России (ненцы, коми, карелы, якуты, буряты, ханты, манси, чукчи, коряки, ительмены) имеет более поздний возраст менархе, по сравнению с русским населением.

Показатели становления менструальной функции у шорок, в сравнении с русскими, имели отличия: чаще встречался сразу установившийся менструальный цикл: 47,4 %, 36 % ($p < 0,01$) и умеренная менструация: 94,6 % и 88,8 % ($p < 0,001$); реже отмечался неустановившийся менструальный цикл: 12,2 % и 17,2 %

($p < 0,05$) и гиперменорея: 3,6 % и 9,3 % ($p < 0,001$), выше частота нормальной продолжительности менструаций — $67,8 \pm 0,9$ % и $61,0 \pm 0,9$ % ($p < 0,05$).

Соматическая патология достаточно высокая в обеих группах: среди девочек-шорок — 1033 %, среди русских девочек — 1076 %. Первое место по распространенности соматической патологии заняли болезни эндокринной системы. В структуре болезней эндокринной системы у шорок достоверно чаще, чем у русских встречались заболевания щитовидной железы: $95,6 \pm 1,0$ %, $87,7 \pm 1,6$ % ($p < 0,001$) и достоверно реже — нарушения обмена веществ: $4,4 \pm 1$ %, $12,1 \pm 1,6$ % ($p < 0,001$). Второе место по распространенности соматической патологии у девочек-шорок заняли болезни опорно-двигательного аппарата, у русских — болезни органов дыхания. Структура болезней опорно-двигательного аппарата в обеих группах представлена преимущественно плоскостопием, сколиозом, кифозом, нарушением осанки. В структуре болезней органов дыхания преобладали хронический фарингит, назофарингит: в первой группе $54,7 \pm 3,5$ %, во второй группе $47,9 \pm 3$ %, хронические болезни миндалин (хронический тонзиллит): $31,1 \pm 2,8$ %, $24,4 \pm 3$ %; хронический бронхит: $19,6 \pm 2,4$ %, $20,9 \pm 2,9$ %, соответственно. В отличие от второй, в первой группе не встречались гипоплазия нанизм, болезнь Шляптера, бронхиальная астма, мочекаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, миокардиодистрофия.

Распространенность гинекологической заболеваемости среди девочек-шорок составила 164,1 на 1000 населения, среди русских девочек — 170,3. Первое место в структуре гинекологической заболеваемости в обеих группах заняли нарушения менструального цикла: у шорок $65,8 \pm 3,7$ %, у русских $66,5 \pm 3,4$ %. В структуре нарушений менструального цикла преобладала альгодисменорея: у шорок $55,4 \pm 5$ %, у русских $53,6 \pm 4,5$ %, опсоменорея составила $11,9 \pm 3,2$ % и $10,4 \pm 2,7$ %, пройоменорея — $10,9 \pm 3,1$ % и $8,8 \pm 2,5$ %, а гипоменструальный синдром — $9,6 \pm 2,6$ % и $9,9 \pm 3,0$ %, соответственно. Ювенильные маточные кровотечения и вторичная аменорея встречались только у русских. Второе место в структуре гинекологической заболеваемости заняли воспалительные заболевания: у шорок $26,7 \pm 3,5$ %, у русских $21,3 \pm 3$ %. В структуре воспалительных заболеваний преобладали кольпиты: $41,9 \pm 7,5$ % и $42,5 \pm 7,8$ %, соответственно. Третье место в структуре гинекологической заболеваемости заняли нарушения полового развития: $3,1 \pm 1,4$ % в основной группе и $4,8 \pm 1,6$ % - в группе сравнения. У девочек-шорок среди нарушений полового развития встречалась только задержка полового развития, а у русских — задержка и возрастное опережение полового развития.



Становление менструальной функции девочек является интегрированным показателем репродуктивного здоровья девочек, и оно проанализировано в зависимости от медико-биологических, социально-гигиенических факторов. Эти факторы оказывают разнонаправленное действие на системы, регулирующие становление менструальной функции, и проявляются в различных формах нарушения. Выявлены наиболее значимые факторы: место жительства, состав семьи, возраст родителей, профессия, состояние здоровья родителей, течение беременности, количество родов у матери, характер перенесенных заболеваний и группа здоровья девочки, наличие вредных привычек у родителей. Внутри самих факторов практически для всех форм нарушения становления менструальной функции девочек неблагоприятными являются: неполная семья, возраст родителей старше 30 лет и наличие вредных привычек у них, отклонения в состоянии здоровья матери и осложненное течение беременности, отклонения в состоянии здоровья отца, большое количество перенесенных девочкой заболеваний в детстве, III-IV группы здоровья девочки.

С помощью метода нормированных интенсивных показателей составлены прогностические карты риска нарушений становления менструальной функции в период полового созревания. Индивидуальная оценка степени риска того или иного нарушения позволяет определить индивидуальную программу лечебно-профилактических мероприятий.

Итогом исследования явилась разработанная система информации о становлении репродуктивной системы девочек в форме стандартов и оценочно-прогностических таблиц физического и полового развития девочек 7-17 лет — коренных жителей Горной Шории, и пакета оценочно-прогностических форм нарушения менструальной функции.

Эффективное использование на популяционном уровне разработанных методов оценки репродуктивного здоровья девочек, проведение индивидуальных программ лечебно-профилактических мероприятий возможно лишь при разра-

ботке организационной и функциональной структуры системы профилактики репродуктивного здоровья девочек. В организационной структуре определены ведущие учреждения, осуществляющие наблюдение, и их задачи; ответственные за диспансеризуемые контингенты и их функциональные обязанности. В функциональной структуре отражены организация медицинских осмотров; оценка данных обследования, полученных на профилактических осмотрах; определение группы дифференцированного наблюдения и индивидуальной лечебно-профилактической программы.

Внедрение в практику методов оценки репродуктивного здоровья, своевременная профилактика и адекватное лечение нарушений — реальный путь сохранения репродуктивного здоровья девочек, представителей коренного населения Горной Шории.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аккер, Л.В. Состояние физического здоровья девочек-подростков Алтайского края /Аккер Л.В., Хохлова Т.Б., Кемф Н.Г. //Мат. II Рос. форума «Мать и дитя». — 2000. — С. 392-393.
2. Емельянова, Н.Н. Динамика роста и развития сельских школьников чувашей на рубеже XX-XXI столетий /Н.Н. Емельянова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Н-Новгород, 2000. — 24 с.
3. Овсянникова, Б.Э. Половое и физическое развитие девочек в условиях Сибири и Заполярья /Б.Э. Овсянникова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иваново, 1986. — 19 с.
4. Самсонова, О.Я. К вопросу полового развития девочек Удмуртской АССР /О.Я. Самсонова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ижевск, 1969. — 29 с.
5. Хохлова, Т.Б. Становление репродуктивного здоровья девочек-подростков, коренных жительниц Горного Алтая /Т.Б. Хохлова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Барнаул, 2000. — 24 с.
6. Сивкова, О.М. Особенности полового развития детей у малочисленных народов Севера в регионах с зобной эндемией /О.М. Сивкова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 1994. — 23 с.



ФОКИН Ю.А., ЦХАЙ В.Б., МОДЕСТОВ А.А.
*Красноярская государственная медицинская академия,
Городская больница № 4,
г. Красноярск*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА АБОРТОВ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

В статье представлены статистические данные о показателях аборт у женщин в Красноярском крае. За последние 5 лет отмечается уменьшение общего количества аборт, уменьшение показателя распространенности аборт среди женщин фертильного возраста, снизилось число нелегальных аборт, увеличивается число женщин, использующих гормональную контрацепцию.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, аборт, контрацепция.

The article presents the results of statistics research abortions among the women in Krasnoyarsk region. For the latest five years total number of legal induced abortions decrease, as well decreases the number of abortions among women aged 15-49 years, decreases the number of illegal abortion, increases the number of women associated with hormonal contraception.

Kew words: reproductive health, abortion, contraception.

Негативные демографические процессы в России обусловлены рядом причин, где, наряду с традиционными социально-экономическими, значительную роль играют негативные репродуктивные установки на молодую семью, начало которых относится к 70-м годам прошлого века. Основные детерминанты репродуктивного поведения современной популяции женщин характеризуются ранним началом половой жизни, определенным временным интервалом между этим эпизодом и вступлением в брак, и преимущественной установкой на рождение одного ребенка в семье.

Число аборт на 1000 родов в России превышает соответствующий показатель других стран со схожим уровнем рождаемости в 10 раз. Несмотря на то, что за последние 10 лет (1999-2001 гг.), как абсолютное число аборт, так и число аборт на 10000 женщин фертильного возраста сократилось вдвое, абортами по-прежнему заканчивается большая часть беременностей — 64,2 % [1, 2].

Вместе с тем, по данным В.И. Кулакова (2003, 2004) за последние 3 года в РФ имеет место снижение абсолютного числа аборт на 11,3 % и, что особенно важно, в возрастной группе подростков до 14 лет — на 30,4 %, 15-19 лет на 15,9 %, криминальных аборт на 13,3 %, материнской смертности после аборт на 16,2 % [1, 3]. В стране продолжает снижаться число коек для производства аборт, с 4,8 тыс. в 2002 г. до 4,4 тыс. в 2003 г., что обусловлено как снижением числа аборт, так и внедрением альтернативных технологий прерывания беременности в ранние сроки в амбулаторных условиях [1].

В отдельных регионах России, где проводится активная работа по планированию семьи,

и большая доля женщин репродуктивного возраста использует современные средства контрацепции, показатель распространенности аборт значительно ниже среднероссийского. Так, в Самарской области в 2001 г. распространенность аборт на 1000 женщин фертильного возраста сократилась до 38,2 (с 40,9 в 2000 г.), при одновременном увеличении доли женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции, до 43,8 % [4].

Проблема состояния здоровья населения России, в том числе Сибирских регионов, вышла за медико-социальные рамки и приобрела общенациональный, общегосударственный характер. По данным И.П. Артюхова с соавт. (2000), сложившаяся в настоящее время в Сибири медико-демографическая ситуация является следствием негативных тенденций, сформировавшихся в предшествующие десятилетия. В Красноярском крае эта ситуация носит неустойчивый, мало управляемый характер, с негативными тенденциями, особенно в сельской местности. В целом же эти закономерности присущи странам с социально-экономическим развитием переходного периода и регионам неустойчивого развития [5].

В последнее десятилетие в Красноярском крае успешно реализуются федеральные и краевые целевые программы, направленные на улучшение репродуктивного здоровья женского населения («Безопасное материнство и детство», «Охрана здоровья матери и ребенка», «Планирование семьи») [6].

Под руководством ведущих ученых Красноярской государственной медицинской академии (на кафедре перинатологии, акушерства и гинекологии и кафедре медицинского страхования, маркетинга и менеджмента) были разработаны и



внедрены в повседневную практику новые комплексные медико-организационные технологии, направленные на улучшение репродуктивного здоровья женского населения, снижение показателей аборт, материнской и перинатальной смертности [1, 2, 7].

Проведенный анализ динамики показателей аборт в Красноярском крае за последние пять лет (1999-2003 гг.) выявил наметившиеся позитивные тенденции. Так, абсолютное число аборт снизилось на 17,8 %, с 56913 в 1999 г. до 46770 в 2003 г. Показатель распространенности аборт на 1000 женщин фертильного возраста (15-49 лет) снизился с 71,0 до 55,0 (средний показатель по РФ в 2002 г. составил 45,8).

В течение последних пяти лет наметилась стойкая тенденция в снижении показателя соотношения числа аборт к числу рожденных детей. Если в 1999 г. этот показатель составлял 230,4, то в 2003 г. — 141,8. Снижение данного показателя обусловлено как снижением общего количества аборт, так и наметившейся тенденцией увеличения рождаемости.

Как позитивный момент, следует рассматривать снижение на 19,2 % абсолютного числа аборт, произведенных по медицинским показаниям в поздние сроки (до 22 нед.) беременности — с 987 в 1999 г. до 798 в 2003 г. (табл. 1). Одновременно произошло снижение числа аборт, произведенных по социальным показаниям в поздние сроки беременности — с 1337 в 1999 г. до 1028 в 2003 г.

Как негативные факторы можно отметить следующие: стабильность возрастной структуры аборт — до 71,7 % в 2003 году прерываний беременностей произведено у женщин наиболее активного репродуктивного возраста 20-35 лет; не имеет тенденции к снижению доля женщин, прерывающих первую беременность (11,9 % в 2003 г.) — ежегодно первую беременность прерывают более 5 тысяч женщин; стабильно высокий процент самопроизвольных аборт, что указывает на ухудшение репродуктивного и соматического здоровья женского населения края.

Многие зарубежные и отечественные специалисты отмечают повышенную сексуальную активность современных подростков. Разумеется, что у этого контингента женщин беременность чаще всего являлась нежеланной. В связи с этим, проблема аборт у девочек-подростков в возрасте до 19 лет вызывает особую озабоченность у всех специалистов.

Согласно данным краевого центра планирования семьи и репродукции от 2004 г. [6, 8], в Красноярском крае показатель частоты аборт у девочек-подростков за последние 5 лет не имеет тенденции к уменьшению и превышает среднероссийский показатель (по краю — 42,6 на 1000 девушек-подростков, в РФ — 33,8). Стабильной, на уровне 18-22 %, остается доля мини-аборт в этой возрастной группе. Практически половина от общего количества девочек-подростков в возрасте 15-19 лет прерывает беременность повторно (табл. 2).

Таблица 1
Структура аборт в Красноярском крае

Показатели		1999	2000	2001	2002	2003
Мед. АБ (включая мини-аборт)	абс.	52350	47592	42622	49725	46770
	отн.	92,0	89,0	84,2	84,4	82,8
Мини-аборт	абс.	18292	16849	15687	15572	1452
	отн.	32,1	31,5	31,0	31,3	31,1
АБ по мед. показаниям	абс.	987	687	810	752	798
	отн.	1,7	1,3	1,6	1,5	1,7
АБ по социальным показаниям	абс.	1337	1302	1305	1496	1028
	отн.	2,3	2,4	2,6	3,0	2,2
АБ неуточненные	абс.	1260	1207	1152	1031	1760
	отн.	2,2	2,2	2,2	2,1	
АБ криминальные	абс.	209	108	158	69	48
	отн.	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1
АБ самопроизвольные	абс.	4560	4630	4574	4429	4397
	отн.	8,0	8,6	9,0	8,9	9,4

Число криминальных аборт за анализируемый период времени снизилось в 4,3 раза (с 209 в 1999 г. до 48 в 2003 г.), что связано как с увеличением доступности медицинского аборт, так и с повышением эффективности медико-организационной и профилактической работы, особенно в группе, так называемых, «социально неблагополучных» женщин.

Одной из основных причин высокой частоты аборт является недостаточный охват современными методами контрацепции женщин репродуктивного возраста. Так, по данным официальной статистики, в Красноярском крае только 25,8 % женщин (в г. Красноярске — 29,9 %) фертильного возраста используют эффективные способы контрацепции. Наиболее распространенным мето-



Таблица 2
Динамика показателей распространенности абортс у девочек-подростков 15-19 лет в Красноярском крае

Показатели	Годы				
	1998	1999	2000	2001	2002
Всего абортс (включая мини-абортс)	6487	5823	5537	5448	5869
В том числе мини-абортс	1185	1288	1001	1029	1330
Показатель АБ на 1000 девушек-подростков	48,3	43,4	40,8	40,6	42,6
АБ у первобеременных	2680	2077	2792	2789	3099
% первобеременных	41,3	35,6	50,4	51,2	52,8

дом у жительниц Красноярского края (14,9 %) и г. Красноярска (16,0 %) остается внутриматочная контрацепция. Охват гормональной контрацепции имеет тенденцию к ежегодному увеличению, и составил по Красноярскому краю в 2002 г. 10,9 %, по г. Красноярску — 13,7 % (в 2002 г. по РФ — 7,6 %).

В крае очень малочисленная доля женщин фертильного возраста, выполнивших свою репродуктивную функцию, выполняют хирургическую контрацепцию — на уровне 0,05-0,07 %. При этом, хирургическая стерилизация с применением лапароскопической аппаратуры была выполнена не более чем у каждой седьмой пациентки, подвергшейся хирургической стерилизации.

Таким образом, несмотря на то, что в настоящее время в Красноярском крае разработаны комплексные мероприятия по улучшению репродуктивного здоровья женского населения, снижению числа производимых абортс, внедрены стандарты консультирования по вопросам планирования семьи, проблема абортс все еще далека от своего окончательного решения. Мы солидарны с мнением большинства ведущих отечественных специалистов, что в России только комплекс медико-социальных мероприятий с целенаправленным и методическим проведением программы полового воспитания обеспечит в перспективе снижение числа нежеланных беременностей и абортс, особенно у несовершеннолетних, сохранит их здоровье и репродуктивную функцию. Данные проведенных нами научных исследований свидетельствуют о необходимости консультирования по вопросам планирования семьи и контрацепции, с учетом репродуктивных целей пациентки в период после абортс. Для реализации региональных программ необходимо скоординировать деятельность раз-

личных государственных и общественных учреждений, организаций и специалистов, а также обеспечить их полноценное финансирование.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России: медицинские, социальные и демографические проблемы /Кулаков В.И. //Поликлиническая гинекология /Под ред. В.Н. Прилепской. — М., 2004. — С. 190-201.
2. Ткаченко, Л.В. Основные пути профилактики абортс и их осложнений /Ткаченко Л.В. //Ж. практ. врача акуш.-гинеко. — 2003. — № 2. — С. 17-20.
3. Кулаков, В.И. Пути совершенствования акушерско-гинекологической помощи в стране /Кулаков В.И. //Мать и дитя: Мат. V Рос. форума. — М., 2003. — С. 3-4.
4. Оптимизация организационных технологий для снижения репродуктивных потерь /Антимонова М.Ю., Линева О.И., Вдовенко С.В. и др. //Ж. практ. врача акуш.-гинеко. — 2004. — № 4. — С. 30-43.
5. Артюхов, И.П. Медико-демографические проблемы здоровья населения Красноярского края /Артюхов И.П., Виноградов К.А., Корчагин Е.Е. //Сиб. мед. журн. — 2000. — С. 60-64.
6. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2003 году /ГУЗ Адм. Кр.-ярск. края. — Красноярск, 2004. — С. 72-80.
7. Низамеева, Г.З. Социально-гигиенические аспекты репродуктивного поведения беременных женщин — жительниц г. Красноярска /Г.З. Низамеева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 24 с.
8. Щукина, О.В. Абортс у девушек подростков в Красноярском крае /Щукина О.В., Кривцова Н.В., Глинская Т.Г. //Вест. перинат., акуш. и гинеко. — 2004. — Вып. 11. — С. 512-517.



ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ПРОТИВОИНФЕКЦИОННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

С целью выяснения особенностей противoinфекционного гуморального иммунитета у беременных, определены титры антител классов А и G к видоспецифичному эпитопу главного белка наружной мембраны (MOMP) *Chlamydia trachomatis*, изучены сочетания уровня этих антител с антителами к общему эпитопу MOMP *Chlamydia psittaci* и *pneumonia*, противовирусными антителами TORCH комплекса – (Herpes simplex, Cytomegalovirus, Rubella). Не имели антител к хламидийной инфекции 34 % исследованной выборки. В сыворотке крови беременных обнаружено явное доминирование IgG ко всем видам хламидий. Одновременное присутствие в сыворотке IgG и IgA встречается в зависимости от вида от 2,5 % до 7 %. При хламидофиллезах в 10 % случаев зарегистрирована изолированная выработка IgM. Серопозитивность к вирусным инфекциям обнаружена в 96 % для Herpes simplex, 90 % для Cytomegalovirus и почти 86 % для Rubella. В 11 % случаев найдены серологические маркеры обострения краснушной инфекции. Частота совместной активации хламидиоза и вирусной инфекции не превышала 1 %. Результаты подтверждают невозможность адекватной диагностики хламидийной инфекции при беременности, основанной лишь на определении титра антител к MOMP. Специфичность серологической диагностики возрастает при использовании хламидийных белков pgp3 и HSP60. Возможности гуморального иммунитета в защите фетоплацентарного комплекса при урогенитальном хламидиозе во время беременности ограничены.

Ключевые слова: хламидиоз; беременность; гуморальный иммунитет.

In order to find out peculiarities pregnant's anti-infective humoral immunity titers of antibodies classes A and G to species-specific epitope of the main protein of the external membrane (MOMP) *Chlamydia trachomatis* had been determined, combinations of the level of these antibodies with antibodies of the class G to general epitope MOMP *Chlamydia psittaci* and *pneumonia* had been studied by the anti-infective antibodies of the TORCH complex – (Herpes simplex, Cytomegalovirus, Rubella). 34 % of investigated sampling had no antibodies to chlamydia infection. In pregnant's serum had been found obvious IgG domination to all kinds of chlamydia infection. Simultaneously detection of IgG and IgA in the serum had been determined depending on a kind from 2,5 % to 7 %. At a chlamydophillosis in 10 % of all cases isolated production IgA had been registered. Seroposition to virus infection had been found to 9,6 % of Herpes simplex, 90 % of cytomegalovirus and almost 86 % of Rubella. In 11 % of all cases serologic markers of aggravation of Rubella had been revealed. Frequency of joint chlamydiosis and virus infection activation had not exceeded 1 %. Results confirm an impossibility of adequate diagnostics of *Chlamydia* infection at pregnancy based only on detection of antibody's titers to MOMP. Specificity of serologic diagnostics increases with using of *Chlamydia* proteins pgp3 and HSP60. Possibilities of humoral immunity in defence of fetoplacental complex at a urogenital chlamydiosis are limited during pregnancy.

Key words: chlamydiosis, pregnancy, humoral immunity.

Особенности противoinфекционного иммунитета у беременной необходимо учитывать при определении формы и стадии процесса, поиске возможности профилактики осложнений. Среди специфических иммунных механизмов, которые смогут защитить эмбрион от инфекции, особое место занимает гуморальный иммунитет, как имеющий явное преимущество в ходе гестационного процесса. Невозможно персистирование в организме всех микробов для поддержания иммунитета [1]. Основой противoinфекционной защиты плода должна быть транс-

плацентарная передача антител, наработанных материнскими плазматическими клетками по сигналу дендритной клетки в контакте с комплексом антиген – антитело. Исследованиями доказана особая роль В-лимфоцитов памяти в протективном иммунитете [2].

Считается, что определение титра специфических антител при хламидийной инфекции у беременных и новорожденных позволяет решить несколько проблем. Это один из надежных диагностических тестов, позволяющих выделить группу повышенного инфекционного риска. За-



регистрировано достоверно большее количество осложнений течения беременности и родов у серопозитивных к *Chlamydia trachomatis* женщин [3], хотя сведения о распространенности хламидийной инфекции среди беременных и их новорожденных детей различаются по данным разных авторов.

Целью представленной работы стало определение титра антител классов А и G к видоспецифичному эпитопу главного белка наружной мембраны (MOMP) *Chlamydia trachomatis*, изучение сочетания уровня этих антител с антителами к общему эпитопу MOMP *Chlamydia psittaci* и пневмония, противовирусными антителами TORCH комплекса (Herpes simplex, Cytomegalovirus, Rubella).

В исследование включены методом сплошной выборки 665 пар родильниц (средний возраст 24,4 года) и их новорожденных детей. Критериями исключения из исследования были преждевременные роды, наличие у матери венерических заболеваний в течение беременности и состояний, способных изменить антителопродукцию — аллергических реакций, аутоиммунных заболеваний и тяжелого гестоза. Учитывая цель исследования, из клинической группы исключены беременные, ранее проходившие лечение урогенитального хламидиоза.

Определение титра антител проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест-систем ХламиБест *C.trachomatis*-IgG-стрип, ХламиБест *C.trachomatis*-IgA-стрип, ХламиБест-IgG-стрип, ВектоВПГ-IgG-стрип, ВектоВПГ-IgM-стрип, ВектоЦМВ-IgG-стрип, ВектоЦМВ-IgM-стрип, ВектоРубелла-IgG-стрип. Исследование пары сывороток мать/плод проводилось одновременно в соседних лунках плашки для ИФА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Не имели антител к хламидийной инфекции лишь 34 % исследованной выборки. Небольшой процент сомнительных результатов (рис. 1), так называемой «серой зоны», характеризует достаточную специфичность диагностических тест-систем. Учитывая отсутствие в представленной выборке лиц, ранее лечивших хламидиоз, преимущество определенных классов и титр антител можно напрямую связывать с формой и стадией инфекционного процесса и состоянием гуморального иммунитета беременной.

В сыворотке крови родильниц обнаружено явное доминирование IgG ко всем видам хламидий. Вероятность генитального заражения в последние месяцы беременности уменьшается.

Это отражается на небольшом количестве (2,5 %) изолированной наработки IgA, которую можно с известной долей допущения трактовать как первичное инфицирование. Обострение хронической урогенитальной инфекции, серологическими маркерами которого может быть одновременное обнаружение в сыворотке IgG и IgA, встречается почти в три раза чаще (7,1 %).

Антителопродукция, стимулированная *Chlamydia*, напротив, отличалась сравнительно редким (2,6 %) присутствием в сыворотке маркеров активации хронической инфекции и частым (10,4 %) — изолированных IgM, «сил быстрого реагирования» (рис. 2). Необходимо отметить сложность интерпретации уровня специфических IgM при беременности. Вероятно, столь значительный прирост можно отчасти объяснить и общим усилением продукции иммуноглобулинов этого класса.

Что отражает это распределение? Является эта картина специфичной для хламидиоза, или это гравидарное влияние на регуляцию гуморального иммунитета? Сравним титры антихламидийных

Рис. 1.
Сравнительная оценка гармоничности физического развития 17-летних сверстниц в различные годы.

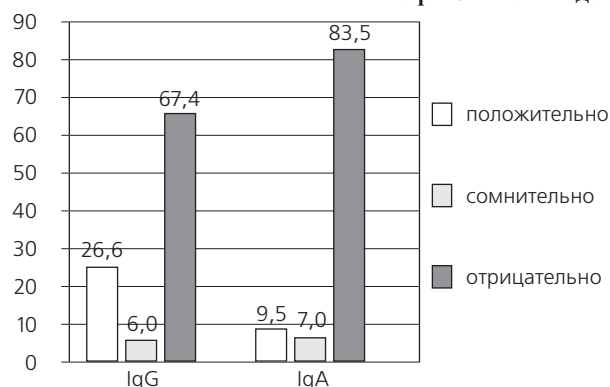
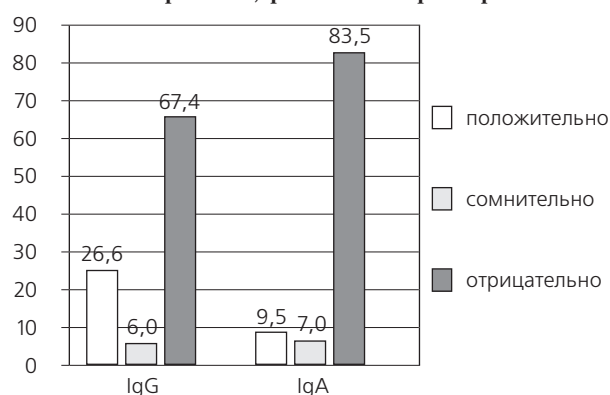


Рис. 2.
Распространенность антител к *Chlamydia psittaci*, пневмония при беременности





антител с антителами к TORCH (табл. 1). Преобладание IgG здесь выражено еще более явно. В данной популяции оказался довольно высок уровень серопозитивности к Rubella. При этом анамнестические указания на перенесенную в детстве коревую краснуху есть едва ли у 10-15 % беременных. Встречаемость маркеров активации хронической герпесвирусной инфекции невысока, а для краснухи этот показатель чуть менее 10 %, хотя вряд ли можно предположить реальное существование такой частоты реактивации хронической краснушной инфекции при доношенной беременности. Серологическая картина острых герпесвирусных инфекций (изолированная наработка IgM) практически полностью отсутствует.

борку из популяции беременных для профилактики внутриутробной инфекции? И это при том, что ПЦР анализ или культура клеток дадут нам не более 8-10 % положительных результатов [5] и только у 3 % новорожденных можно будет увидеть какую-либо симптоматику в первые месяцы жизни [4]. Нам кажется, что определение титра антител только к главному белку наружной мембраны *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydia psittaci* и пневмония не дает достаточной информации в плане диагностики внутриутробной хламидийной инфекции. Неинформативен будет и перинатальный прогноз. Причина этого кроется в механизме антителопродукции. МОМР практически всегда представлен на мембране. Будет это активная форма

Таблица 1

Серологическая характеристика распространенности вирусных инфекций среди беременных

Класс антител	Результат	Cytomegalovirus n = 625	Rubella n = 625	Herpes simpl. I, II n = 625
IgG	положительный	568 (90,9 %)	537 (85,9 %)	604 (96,6 %)
	отрицательный	40 (6,4 %)	60 (9,6 %)	18 (2,9 %)
	сомнительный	17 (2,7 %)	28 (4,5 %)	3 (0,5 %)
IgM	положительный	49 (7,8 %)	73 (11,7 %)	20 (3,2 %)
	отрицательный	546 (87,4 %)	496 (79,3 %)	566 (90,6 %)
	сомнительный	30 (4,8 %)	56 (9 %)	39 (6,2 %)
IgM+ IgG +		44 (7 %)	60 (9,6 %)	20 (3,2 %)
IgM+ IgG -		5 (0,8 %)	13 (2,1 %)	0

Нет никакой связи между обнаружением маркеров активации хламидийной инфекции и обострением вирусной. 3/4 случаев наработки антихламидийных IgG не сопровождаются наработкой ранних (IgM, IgA) классов противовирусных антител. По данным, приведенным в таблице 2 видно, что частота совместной активации хламидиоза и вирусных инфекций составляет менее 1 %.

Таблица 2

Серологические маркеры сочетанной активации уrogenитального хламидиоза и вирусных инфекций при доношенной беременности

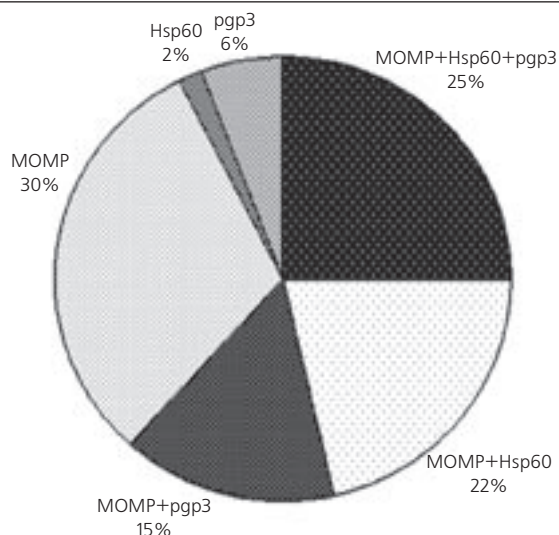
	n	кол-во	%
IgA Chlamidia trachomatis	665	63	9,5
IgA Chlamidia trachomatis + IgM Cytomegalovirus	625	4	0,6
IgA Chlamidia trachomatis + IgM Rubella	625	5	0,8
IgA Chlamidia trachomatis + IgM Herpes simplex I, II	625	3	0,5

Полученные результаты хотелось бы обсудить в свете их клинической ценности. Значительная доля серопозитивных к хламидиозу лиц в популяции — факт известный и часто публикуемый. Как и в настоящем исследовании, некоторые авторы нашли серонегативными только 30 % рожениц [4]. Но что значит получить 60-70-процентную вы-

или персистентная, прогрессирует ли восходящее инфицирование или развивается иммунокомплексная болезнь сосудов в маточно-плацентарной области — в крови можно будет найти антитела к МОМР. Низкие титры антител класса G часто расцениваются как иммунологическая память о перенесенной инфекции («серологические шрамы»), хотя при этом нет достоверной информации о возможности «самоизлечения» хламидиоза.

Таким образом, если пациентка не проходила ранее терапии макролидами или тетрациклинами, мы не можем, ориентируясь только на низкий титр антител к МОМР, говорить об остаточном стерильном иммунитете и отличить его от персистентной формы хламидиоза. Более информативным является определение антител к плазмидному белку *Chlamydia trachomatis* pgp3 и белку теплового шока HSP60. Изучение спектра специфических антител представляет значительный интерес. Полученные результаты могут быть сопоставлены с клиническими данными, поскольку спектр антител во многом определяется стадией инфекционного процесса, напряженностью местного и системного иммунитета. Варианты сочетаний представлены в диаграмме на рис. 3.

Изолированная продукция IgG на МОМР зарегистрирована в трети всех наблюдений, тогда как изолированная продукция антител на другие белки — явление достаточно редкое. В 25 % случа-



ев установлена продукция всего спектра антител. Несколько реже определена наработка антител к двум белкам — к MOMP и HSP60 или к MOMP и pgp3. Следует отметить, что сочетание антител к белку теплового шока HSP60 и к белку pgp3 без антител к MOMP не встретилось ни в одном наблюдении. Таким образом, использование спектра антихламидийных антител позволяет дифференцировать форму хламидийной инфекции.

Отсутствие возможности у крупномолекулярных IgM и IgA проходить через плацентарный барьер и неспособность иммунной системы новорожденного к полноценной продукции собственных антител определяет значимость поступления высокоспецифичных IgG из материнской крови. Необходимость эта усугубляется незрелостью у новорожденного ребенка, особенно недоношенного, системы интерферонов и прочих реакций клеточного иммунитета [6].

При анализе течения беременности и состояния новорожденных от матерей с урогенитальным хламидиозом обращает на себя внимание возможность одновременного наличия инфекционных осложнений и высокого титра антител, что позволяет усомниться в надежности протективного гуморального иммунитета. На чем может быть основана неэффективность антител? Во-первых, на неспецифичности мишени, если эпитопом выступает не белок, а липополисахарид, имеющий большой процент гомологии с другими микроорганизмами. Другой причиной неуспеха гуморального иммунитета может стать разница в трансплацентарном переносе различных субклассов иммуноглобулинов класса G. Так, IgG2, к которым относятся большинство антибактериальных антител, требуют активного транспорта, чтобы достичь необходимой концентрации [7]. Хламидийная инфекция мобилизует клеточный иммунитет в организме матери по Th1

пути. Клетки этого клона практически не накапливаются в лимфузах, а проходят в очаг воспаления, активируют выработку умеренного количества IgG2 изотипа антител и формируют клетки памяти, обнаруживаемые после инфекции [8]. Такой сценарий развития событий можно предположить в случае внутриутробной инфекции при бессимптомной форме заболевания у матери.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают невозможность адекватной диагностики хламидийной инфекции при беременности, основанной лишь на определении титра антител к MOMP. Специфичность серологической диагностики возрастает при использовании хламидийных белков pgp3 и HSP60. Следует особо отметить ограниченные возможности гуморального иммунитета в защите фетоплацентарного комплекса при урогенитальном хламидиозе во время беременности. Выбор оптимальной тактики иммунотерапии при угрозе внутриутробной инфекции должен проводиться с учетом гравидарных изменений иммунитета и иммунопатологических механизмов конкретного возбудителя.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Zinkernagel, R.M. Что недостает иммунологии для понимания иммунитета? /Zinkernagel R.M. //Аллергол. и иммунол. — 2001. — Т. 2, № 1. — С. 7-15.
2. B- and T-cells in the Follicular Fluid and Peripheral Blood of Patients Undergoing IVF/ET Procedures /Vujisic S., Lepej S.Z., Aksamija A. et al. //Am. J. Reprod. Immunol. — 2004. — Vol. 52, N 6. — P. 379-385.
3. Chlamydia trachomatis seropositivity during pregnancy is associated with perinatal complications /Gencay M., Koskineniemi M., Saikku P. et al. //Clin. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 21. — P. 424-426.
4. Врожденная хламидийная инфекция (частота контаминации и инфекции) /Самсыгина Г.А., Бекарова А.М., Скирда Т.А. и др. //Мат. III съ. Рос. асс. спец. перинат. мед. — М., 2000. — С. 243-245.
5. Савичева, А.М. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия /Савичева А.М., Башмакова М.А. /Под ред. Айламазяна Э.К. — Н-Новгород, 1998. — 182 с.
6. Малиновская, В.В. Система интерферона и ее роль в противоинфекционной защите плода и новорожденного /Малиновская В.В. //Мат. III съ. Рос. асс. спец. перинат. мед. — М., 2000. — С. 71-72.
7. Transplacental passage of intravenous immunoglobulin in the last trimester of pregnancy /Sidiropoulos D., Herrmann U., Morell A. et al. //J. Pediatr. — 1986. — Vol. 109. — P. 505-508.
8. Hawkins, R.A. Chlamydia trachomatis-specific Th2 clone does not provide protection against a genital infection and displays reduced trafficking to the infected genital mucosa /Hawkins R.A., Rank R.G., Kelly K.A. //Inf. Immun. — 2002. — Vol. 70, N 9. — P. 5132-5139.



ЯВОРСКАЯ С.Д., ФАДЕЕВА Н.И., ИВАНОВ Е.Г.
Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ

В течение 4-17 лет велось клиническое наблюдение за 42 пациентками после благополучного завершения беременности, наступившей после длительной коррекции гиперпролактинемии и лечения бесплодия в браке. Выявлено, что благополучное завершение индуцированной беременности у пациенток с функциональной гиперпролактинемией в большинстве случаев способствовало нормализации уровня пролактина и восстановлению менструальной функции в 77 % случаев, а репродуктивной – только в 27 % случаев. У пациенток с микроаденомами гипофиза гиперпролактинемия сохранялась и сочеталась в 90 % случаев с выраженными нарушениями менструальной и репродуктивной функций.

Ключевые слова: бесплодие, гиперпролактинемия, роды, отдаленные результаты.

We have followed clinically during 4-17 years 42 patients after successful termination of pregnancy, achieved by prolonged correction of hyperprolactinemia and treatment of infertility. It was found, that successful termination of induced pregnancy in patients with functional hyperprolactinemia in most cases contributed to normalization of prolactin level and restoration of menstrual function in 77 % of cases. Reproductive function was restored only in 27 % of cases. Hyperprolactinemia in patients with microadenomas of pituitary gland was persistent and combined with distinct disturbances of menstrual and reproductive functions.

Keywords: infertility, hyperprolactinemia, delivery, remote results.

В условиях экономической нестабильности, падения рождаемости и высокого уровня общей смертности, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую социальную значимость. На состояние репродуктивного здоровья существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения. Скачок заболеваемости органов репродуктивной системы и соматической патологии у женщин, регистрируемый в последние годы, несомненно, привел к увеличению частоты осложненного течения беременности и родов, росту числа бездетных браков [1].

Частота бесплодных браков в России, по данным эпидемиологических исследований 1995-2000 гг., колеблется в пределах 8-17,8 % и имеет тенденцию к увеличению [1, 2, 3]. Наиболее частой причиной нарушения женской фертильности является гиперпролактинемия различного генеза, которая имеет место не менее 20 % всех случаев бесплодия и не менее 40 % случаев эндокринного бесплодия [2, 4, 5].

Многоцентровые исследования, проведенные в 70-90 гг. XX века практически решили проблему диагностики и терапии бесплодия в браке, обусловленного гиперпролактинемией [2, 3]. Коррекция гиперпролактинемических состояний препаратами, ингибирующими секрецию пролактина, в настоящее время представляется высокоэффективной. Но, несмотря на успехи в решении проблемы бесплодия у женщин с гиперпролактине-

мией, вынашивание беременности, наступившей после успешного лечения эндокринного бесплодия, всегда связано с высоким риском для матери и плода [2, 6]. В связи с этим, особо важной задачей является изучение особенностей течения беременности и разработка особой тактики ведения таких беременных женщин [6].

Наименее решенными аспектами данной проблемы, на наш взгляд, являются вопросы, касающиеся отдаленных последствий длительного лечения бесплодия, вынашивания беременности, родов и последующей лактации для соматического и репродуктивного здоровья этих женщин.

Целью работы явилось определение прогностических критериев нормализации взаимоотношений в системе гипофиз – яичники – матка после родов у пациенток с гиперпролактинемией в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением в течение 4-17 лет после благополучного завершения беременности, наступившей вследствие лечения бесплодия, обусловленного гиперпролактинемией, находились 42 пациентки в возрасте от 28 до 41 года.

В сыворотке крови определяли концентрацию пролактина, ТТГ, ТЗ, Т4 методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных тест-наборов на анализаторе COBAS CORE. В качестве нормативов использованы по-



казатели лаборатории клинической иммунологии и биохимии Алтайского диагностического центра для здоровых фертильных женщин с регулярным менструальным циклом.

Для изучения состояния гипоталамо-гипофизарной области проводили магнитно-резонансную томографию головного мозга (МРТ) с помощью томографа напряженностью магнитного поля 0,5 Тесла.

Ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желез и щитовидной железы выполняли с использованием стандартных ультразвуковых датчиков 3,5 МГц и 7,0-10,0 МГц.

Статистическую обработку проводили с использованием пакета статистических программ «Статистика» на основании вычисления коэффициента корреляции (r) и критерия достоверности Стьюдента (t), согласно которому различия сопоставляемых средних величин считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все обследуемые женщины ранее наблюдались и проходили лечение по поводу бесплодия в браке. При обследовании у них был выявлен синдром гиперпролактинемии. Микроаденомы гипофиза были диагностированы в 19,4 % случаев, у остальных пациенток гиперпролактинемия расценивалась как функциональная. Нарушение уровней и соотношений ФСГ и ЛГ имело место в 40,5 % случаев, чаще в сторону снижения их исходного уровня. У каждой третьей пациентки (32,8 %) гиперпролактинемия сочеталась с субклиническим гипотиреозом, практически у каждой четвертой (23,7 %) — с гирсутизмом на фоне умеренной гиперандрогении. При ультразвуковом исследовании органов малого таза практически каждая вторая пациентка имела гипопластичную матку (42,2 %) и вторичные поликистозные яичники (45 : 8). Признаки фиброзно-кистозной болезни, с наличием или без очаговых изменений, и ранние инволютивные изменения в молочных железах, не соответствующие возрасту, обнаружены в 66,8 % случаев. Зависимости между ультразвуковой картиной состояния молочных желез и уровнем пролактина не установлено.

Лечение больных включало применение парлодела по непрерывной схеме, сочетание терапии парлоделом с клостилбегитом, L-тироксином и/или дексаметазоном. Проводилась реабилитация гипопластичной матки и улучшение кровоснабжения органов малого таза с помощью преформированных факторов [6]. В итоге, у всех женщин наступила беременность, которая закончилась родами.

Течение беременности у женщин, леченных по поводу бесплодия и гиперпролактинемии, не

отличалось от такового у здоровых женщин аналогичного возраста, но тяжелые формы поздних гестозов преобладали у женщин с гиперпролактинемией, что было обусловлено достоверно более частым выявлением у них эндокринной патологии: нейроэндокринного синдрома и нарушения функции щитовидной железы [6].

В 72,1 % случаев беременность закончилась своевременными родами. Практически каждая вторая женщина (45,1 %) родоразрешена путем операции кесарева сечения, более чем у 70 % показаниями явились возраст женщины и длительное бесплодие в анамнезе. После родов лактация была подавлена у 17 % женщин, кормили грудью 83 %.

Через 4-17 лет после индуцированной беременности и родов нормализация уровня пролактина произошла только у половины женщин (52,6 %). По данным МРТ головного мозга, морфологические изменения в гипофизе выявлены у 20 пациенток (48 %). Микроаденомы гипофиза у 15 из них (36,8 %). Средний уровень пролактина у пациенток с верифицированными аденомами гипофиза составил 5402 ± 868 мМЕ/л. Высокий уровень пролактина в 9 случаях сочетался с аменореей и в 4-х случаях с гипоменструальным синдромом. Повторная беременность наступила у 7 пациенток, причем в 5 случаях на фоне повторного лечения препаратами бромокриптина.

У 5 пациенток (12,3 %) обнаружены другие изменения в гипофизе («пустое» турецкое седло, «малое» турецкое седло, кисты гипофиза и др.). Средний уровень пролактина в этой группе составил 1233 ± 494 мМЕ/л и у 4-х женщин сочетался с аменореей и вторичным бесплодием. У одной пациентки с «закрытым» типом турецкого седла, на фоне коррекции опсоменореи агонистами дофамина, наступили две беременности, закончившиеся самопроизвольными абортami.

У 22 пациенток (52 %) с неизменным интактным гипофизом средний уровень пролактина составил 495 ± 182 мМЕ/л. Регулярный менструальный цикл восстановился у 17 женщин, у остальных сохранялась опсоменорея. Повторная беременность наступила у 8 пациенток, причем у 6 уже без лечения.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза состояние матки и яичников у женщин с регулярными менструальными циклами было в пределах возрастной нормы. У пациенток с высоким уровнем пролактина и аменореей отмечались явления гипоплазии матки и яичников, степень которых коррелировала с длительностью аменорей.

Т.е., благополучное завершение индуцированной беременности у пациенток с гиперпролактинемией при наличии интактного гипофиза в большинстве случаев способствовало нормализации уровня пролактина и восстановлению менструальной функции в 77 % случаев, а репро-



дуктивной лишь в 27 % случаев. У пациенток с морфологическими изменениями гипофиза гиперпролактинемия после родов сохранилась и сочеталась в 90 % случаев с выраженными нарушениями менструальной и репродуктивной функций. Сохраняющаяся гиперпролактинемия у пациенток с микроаденомами гипофиза довольно часто сочетается с другими нарушениями эндокринного гомеостаза [2, 4, 5].

Проведенная оценка состояния щитовидной железы у пациенток с гиперпролактинемией показала, что морфологические изменения щитовидной железы в виде ее гиперплазии 1 и 2 степени имеются в 72 % случаев, в том числе с узлообразованием в 18 % случаев. Нарушение функции щитовидной железы у женщин с морфологическими изменениями в ее структуре в виде субклинического гипотиреоза выявлено в 52 % случаев. Средний уровень ТТГ в этой группе женщин составил $3,4 \pm 0,3$ мМЕ/л, Т3 — $0,94 \pm 0,21$ нг/мл, Т4 — $47,9 \pm 5,2$ нг/мл.

Кроме этого, у пациенток с микроаденомами гипофиза выраженные функциональные и морфологические изменения выявлены еще в одном органе репродукции, имеющем высокую гормональную зависимость — молочной железе. Галакторея различной степени выраженности диагностирована в 96 % случаев, явления фиброзно-кистозной болезни в 92 % случаев. Из них, фиброзно-кистозная болезнь с преобладанием фиброзного компонента в 26 % случаев, смешанная форма в 9 % случаев.

ВЫВОД

Таким образом, благополучное завершение индуцированной беременности у пациенток с гиперпролактинемией функционального генеза

в большинстве случаев способствует самостоятельной нормализации уровня пролактина и восстановлению менструальной функции. Тогда как репродуктивная функция восстанавливается у этих женщин только в 27 % случаев. У пациенток с гиперпролактинемией центрального генеза гиперпролактинемия после родов чаще всего возобновляется и сопровождается выраженными нарушениями во всех органах репродукции. Поэтому проблема возобновления гиперпролактинемии после прекращения адекватной ее коррекции агонистами дофамина нуждается в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России /Кулаков В.И. //Акуш. и гинекол. — 2002. — № 2. — С. 4-7.
2. Овсянникова, Т.В. Патогенез, клиника, диагностика и отдаленные результаты лечения бесплодия при гиперпролактинемии у женщин /Т.В. Овсянникова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1990. — 43 с.
3. Течение и исход беременности, индуцированной каберголином /Романцова Т.И., Мельниченко Г.А., Сонова Е.А. и др. //Акуш. и гинекол. — 2000. — № 6. — С. 50-51.
4. Корнеева, И.Е. Клиника, диагностика и лечение бесплодия у женщин с функциональной гиперпролактинемией /И.Е. Корнеева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 26 с.
5. Сецернирующие молочные железы и галакторея /Шихман С.М., Яворская С.Д., Гонопольская Т.А. и др. — Барнаул, 2001. — 126 с.
6. Яворская, С.Д. Поэтапная коррекция нарушений репродуктивной функции у женщин с гиперпролактинемией /Яворская С.Д.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Барнаул, 1998. — 23 с.



ТЕЗИСЫ





АХМЕТЧИН А.Б., КОЛПИНСКИЙ Г.И., ЗВЯГИНА О.В., КОЧЕТКОВА Н.Н.,
Пономарева М.В.
МУЗ Городской клинический диагностический центр,
г. Кемерово

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЙОДОДЕФИЦИТА – УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

Вопросы патогенеза и диагностики гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), несмотря на значительное количество работ, посвященных данному вопросу, привлекают большое внимание исследователей. Вероятно, это объясняется тем, что ГПЭ нередко предшествует раку эндометрия в климактерический период, заболеваемость которым увеличивается в последнее время. Также ГПЭ часто возникает при различных гормональных нарушениях в детородном возрасте, в том числе в 28 % при развитии (ВБ) внематочной беременности.

Большое значение при развитии гиперплазии эндометрия оказывает нарушение функции щитовидной железы (ЩЖ), которая является одним из важнейших звеньев нейроэндокринной системы, оказывающей существенное влияние на репродуктивную функцию женщины. Изучение состояния здоровья женщин, имеющих ГПЭ и патологию ЩЖ, весьма актуально для проживающих в йодо-дефицитном регионе. По данным многих авторов известно, что длительный дефицит йода в окружающей среде влияет на функциональное состояние ЩЖ, что ведет к изменению гонадотропной функции гипофиза и процессах овуляции, ведущим к нарушению секреции половых гормонов, а также развитию транзиторных нарушений в маточном менструальном цикле, которые в последующем ведут к стойким нарушениям секреции гормонов, ГПЭ, предраку и раку эндометрия.

Цель исследования – определение диагностической значимости УЗ исследования ЩЖ при ГПЭ, имеющих патологию ВДЖ. Для решения этой задачи был проведен анализ анамнестических, клинических данных, определение функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы по данным УЗИ, содержанию гонадотропных, тиреоидных и половых гормонов в сыворотке крови, данным УЗ картины ЩЖ, данным гистероскопии и гистологического исследования соскоба эндометрия.

Обследовано 340 женщин репродуктивного возраста, обратившихся в отделение УЗД по поводу маточного кровотечения, дисфункциональных маточных кровотечений, явившихся следствием гиперпластической трансформации эндометрия различной степени тяжести. Нарушение функции ЩЖ отмечено у 172 женщин. Патологические из-

менения объема и экоструктуры ткани ЩЖ выявлены при УЗИ у всех женщин с нарушением ее функции. Структура заболеваемости распределялась следующим образом: диффузный зоб 1-2 ст. в 62 случаях, с гипопункцией – в 55 случаях, в том числе аутоиммунный тиреоидит с гипопункцией в 8 случаях, с гиперфункцией – в 27 случаях, с аденомой ЩЖ в состоянии эутиреоза – в 5 случаях.

Больные гипотиреозом предъявляли жалобы на слабость, быструю утомляемость, сонливость, патологическую прибавку массы тела, отеки, сухость кожи, нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи, маточных кровотечений в середине цикла, либо маточных кровотечений после задержки менструации. Снижение артериального давления отмечала каждая 5-я женщина, брадикардию – каждая 6-я. Кроме того, больные с гипотиреозом жаловались на раздражительность, сердцебиение, субфебрилитет, снижение массы тела.

У всех женщин отмечалось нарушение менструальной функции по типу циклических или ациклических кровотечений. Более половины больных имели гиперполименорею и маточные кровотечения в середине цикла. Длительность заболевания ЩЖ колебалась от 6 месяцев до 15 лет, у большинства она была более 3 лет. Возраст наступления менархе колебался от 11 до 16 лет. Расстройства менструальной функции отмечались на протяжении 1-8 лет у 93 женщин, и только у 29 женщин оно возникло впервые. Рецидивирующие маточные кровотечения с повторными выскабливаниями отмечены у каждой 3 женщины.

При гистологическом исследовании соскоба эндометрия гиперпластическая трансформация эндометрия выявлена у всех женщин, гистологические диагнозы при этом распределились следующим образом: полип эндометрия – 37, железистая гиперплазия эндометрия – 65, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия – 15, аденоматоз – 8. При этом сочетанные и очаговые формы гиперплазии эндометрия выявлено у 31 женщины. Активная форма гиперплазии эндометрия отмечалась у 11 женщин. В результате исследования тиреоидных гормонов в сыворотке крови, выявлено нарушение их секреции у 45 % больных. Повышенное содержание Т3 и Т4 отме-



чалось у 28 % женщин и составляло 2,2 нмоль/л и 152,5 нмоль/л, соответственно. Снижение концентрации ТЗ и Т4 отмечалось у 17 % женщин и составляло 0,9 нмоль/л и 75,47 нмоль/л, соответственно.

Для определения функционального состояния ЩЖ проведена доплерография нижних артерий ЩЖ у 98 женщин. При этом, оценивались васкуляризация самой железы и самих объемных образований. Из 98 женщин диффузная гиперплазия ЩЖ 1-2 ст. выявлена у 58 (62,8 %); диффузный зоб у 15 больных (16,3 %); узловой зоб у 19 (20,9 %); у 6 из них выявлена аденома ЩЖ. Эутиреоидная гиперплазия ЩЖ отмечена у 24 больных (41,9 %), гипотиреоз у 50 (44 %), тиреотоксикоз у 6 (11 %). При эутиреоидном состоянии ЩЖ в 73 случаях (75 %) выявлена нормальная васкуляризация, в 25 (25 %) она была снижена.

При тиреотоксикозе у 19 женщин (20 %) в ЩЖ отмечалась гиперваскуляризация. В 17 случаях (18 %) гиперфункционального узлового зоба была отмечена дилатация и увеличение количества краевых сосудов, что, вероятно, обусловле-

но реканализацией сосудов паренхимы ЩЖ. У 18 женщин (19 %) с узловым зобом при цветовом доплеровском картировании была выявлена периферическая васкуляризация с эффектом дистального псевдоусиления, что позволило думать о доброкачественном течении патологического процесса. При цветовом доплеровском картировании в 54 случаях (55,6 %) отмечался периферический кровоток с единичными сосудистыми сигналами. В 5 случаях при аденомах ЩЖ определялась перинодуральная краевая капсулярная васкуляризация и у одного определялся интранодулярный кровоток.

Представленные данные свидетельствуют, что изучение особенности кровотока во внутренних и периферических сосудах ЩЖ позволяет улучшить дифференциальную диагностику злокачественных и доброкачественных процессов, а также наиболее точно определить функциональное состояние органа. Это является особенно актуальным у женщин с ГПЭ, имеющих патологию

АХМЕТЧИН А.Б., КОЛПИНСКИЙ Г.И., КОЧЕТКОВА Н.Н., ПОНОМАРЕВА М.В.
МУЗ Городской клинический диагностический центр,

г. Кемерово

ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности динамической трансвагинальной сонографии и определения хорионического гонадотропина в моче и крови при обследовании пациенток с подозрением на внематочную беременность (ВБ) в амбулаторных условиях.

Обследование проводилось на ультразвуковых сканерах в реальном режиме времени, трансвагинальными конвексными датчиками на 5 Мгц с углом 60 градусов и мультислотным датчиком на 5-7,5 Мгц с углом сканирования 128 градусов.

Внематочная беременность (ВБ) до настоящего времени остается одной из актуальных проблем гинекологии, так как характеризуется стертой клинической картиной, частыми осложнениями, и представляет значительные диагностические трудности. В связи с этим, раннее выявление рассматриваемой патологии имеет важное практическое значение. Если диагностика типичных форм остро прервавшейся трубной беременности не представляет особых трудностей, то при других формах или прогрессирующем течении этого заболевания отмечается многообразие и стертость

клинических проявлений, которые довольно часто требуют длительного наблюдения за состоянием больной, как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара.

Эктопическая беременность представляет непосредственную опасность для жизни женщины, связанную с внутренним кровотечением и геморагическим шоком. Лечение в большинстве случаев, особенно при экстренных показаниях, предполагает удаление маточной трубы, что влечет за собой неблагоприятные отдаленные последствия, в частности, спаечный процесс в малом тазу, перитонеальную форму бесплодия, возможность наступления повторной внематочной беременности, развитие спаечной болезни.

В этиологии ВБ большое значение имеют следующие признаки: наличие искусственного прерывания беременности, внутриполостные оперативные вмешательства лапаротомным доступом, длительное использование внутриматочных контрацептивов в анамнезе. Также развитию эктопической беременности способствует психический стресс, вызывающий спазм маточных труб, эндометриоз, врожденные аномалии развития половых органов, курение, беспорядочная половая



жизнь, приводящие к нарушению функции мерцательного эпителия маточных труб. Среди наиболее частых причин внематочной беременности следует выделить заболевания, передающиеся половым путем, особенно хламидийной этиологии.

Однако внематочную беременность необходимо рассматривать как полиэтиологическое заболевание, так как ни один из известных «факторов риска» непосредственно не объясняет высокую частоту эктопической беременности. По данным литературы, более одного фактора риска было найдено у 76 % больных, находящихся под наблюдением по поводу ВБ.

Несмотря на хорошо известную клиническую картину внематочной беременности, частота диагностических ошибок на догоспитальном этапе при данной патологии достаточно высока и составляет от 2 % до 30 %, в зависимости от вида обследования. Такая ситуация диктует необходимость ранней и быстрой диагностики ВБ, еще до ее прерывания; разработки новых, более совершенных и эффективных, методов обследования.

Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте числа пациентов с внематочной беременностью, выявленных на более ранних стадиях заболевания, что напрямую связано с повышением уровня диагностики в ранних сроках беременности, в том числе ультразвуковыми методами. В России материнская смертность, по данным Госкомстата в 1998 г., составила 44,0 на 100000 живорожденных, причем ВБ занимает в ее структуре третье место.

Нами было обследовано 295 пациенток с подозрением на внематочную беременность, у которых имелись клинические признаки ВБ, возрастной категории от 16 до 40 лет. Данную возрастную группу поделили на 4 категории: 16-19 лет (44 пациентки) 1-я категория, 20-29 лет (143 пациентки) 2-я категория, 30-34 лет (83 пациентки) 3-я категория, 35-40 лет (25 пациенток) 4-я категория. Из вышеуказанного видно, что частота возникновения ВБ приходится, в основном, на детородный возраст 20-30 лет, также на данную категорию приходится наибольшее количество воспалительных заболеваний органов малого таза.

Основными направлениями дифференциальной ультразвуковой диагностики ВБ, по мнению многих авторов, являются оценка прямых и косвенных признаков ВБ, определение локализации плодного яйца (маточная, эктопическая), дифференциальная диагностика истинного и ложного плодовместилища.

При УЗД ВБ выделяются абсолютные, относительные и патогномичные признаки ВБ. К абсолютным признакам относят наличие рядом с маткой жидкостного образования округлой формы с плотным включением — эмбрионом, у которого визуализируется двигательная активность или сердцебиение. К относительным признакам

относят неравномерное эхоплотное образование придатков, увеличение матки при отсутствии в ее полости плодного яйца, наличие свободной жидкости в брюшной полости. К патогномичным признакам относят увеличение матки при отсутствии органических изменений миометрия или маточной беременности, утолщение среднего М-эха, выявление в проекции придатков матки образования с неомогенной эхоструктурой и повышенным уровнем звукопоглощаемости, обнаружение свободной жидкости в углублениях малого таза (в позадиматочном пространстве).

У 183 пациенток ВБ подтверждена при трансвагинальном УЗИ, как однократно, так и при динамическом УЗИ (2-3-кратно, через каждые 48 часов), у всех вышеуказанных пациенток проведена диагностическая лапароскопия, во время которой ВБ была подтверждена. В 78 случаях ВБ была исключена при однократном УЗИ, а в 29 случаях ВБ была исключена только при динамическом УЗИ, в 5 случаях ВБ исключена только при проведении диагностической лапароскопии. Достоверность трансвагинальной эхографии составила до 97 %.

Из 183 случаев с подтвержденной ВБ, в 50 случаях (27,3 %) ВБ выявлена по типу разрыва маточной трубы, ведущим симптомом были резкие болевые ощущения, а при УЗИ большое количество свободной жидкости в позадиматочном пространстве. В 111 случаях (60,6 %) ВБ выявлена по типу трубного аборта, главным симптомом были мажущие кровянистые выделения и слабость, а при УЗИ исследовании — умеренное или незначительное количество свободной жидкости и образование в проекции придатков. В 22 случаях (13 %) в маточной трубе выявлена прогрессирующая беременность, предьявлялись, в основном, жалобы на тянущие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку и нарушение менструального цикла в виде задержки месячных, при УЗИ выявлялись образования в проекции маточных труб и расширение маточных, с эхонегативным содержимым.

Наиболее важным ультразвуковым признаком являлось выявление образования в проекции маточной трубы, у 106 пациенток. В 8 случаях (2,7 %) визуализировался живой эмбрион сроком беременности до 6 недель. В 92 случаях (31,1 %) визуализировались расширенные маточные и паравариальные сосуды. В 35 случаях (11,8 %) визуализировали расширенные маточные трубы, от 5 до 10 мм, с жидкостным содержимым. В 22 случаях (7,4 %) патологические образования четко не выявлялись. В 150 случаях (50,8 %) в заднем своде визуализировалось различное количество свободной жидкости с мелкой дисперсной взвесью (гемоперитонеум), в зависимости от ВБ. Пациенткам, у которых была выявлена прогрессирующая форма ВБ, прервавшаяся по типу



трубногo аборта ВБ, проводилась динамическая трансвагинальная эхография (2-3-кратно, через каждые 48 часов) и динамическое определение ХГ в моче с аналогичным интервалом.

Всем пациенткам было проведено гормональное тестирование на беременность с определением содержания хореального гонадотропина (ХГ) в крови и моче двумя методами: иммуноферментным и сухими тест-системами в домашних условиях. Данный гормон в 98 % случаев вырабатывается только при беременности, сразу же после оплодотворения яйцеклетки (на 2-4 сутки). При иммуноферментном методе на ХГ в крови положительный анализ был в 148 случаях (98 %) из 151, при определении ХГ в моче тест-системой положительный результат был в 220 случаях (74,5 %). В остальных случаях результат на ХГ был отри-

цательный или слабоположительный. Ложноположительный результат составил 10 случаев (3,3 %). Из выше изложенного видно, что иммуноферментный метод более достоверный, но тест-система более доступна и проводится в домашних условиях, при необходимости, многократно.

Таким образом, мы пришли к выводу, что диагностика ВБ в амбулаторных условиях достаточно эффективна, и была предложена схема обследования пациентов с данной патологией. При обращении пациенток с определенными жалобами, врач обязан направить на УЗИ и, параллельно, на определение ХГ в моче и крови. Врач УЗИ, при выявлении признаков ВБ, направляет пациента в стационар или на динамическое наблюдение, которое проводится совместно с врачом акушером-гинекологом.

БАХАЕВ В.В., ГЮНТЕР В.Э.

*Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕТКОЙ ИЗ СВЕРХЭЛАСТИЧНОЙ НИТИ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Одной из серьезных проблем хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов является реконструкция ректовагинальной перегородки при наличии ректоцеле.

Выпадение вместе с влагалищем передней стенки прямой кишки (ректоцеле) часто сопровождается дисфункцией прямой кишки (запоры, недержание газов, геморрой и т.д.). Ректовагинальная перегородка перестает быть опорой для передней стенки влагалища и мочевого пузыря, что способствует их опущению и выпадению. Формируется несостоятельность мышц тазового дна. Поэтому при хирургическом лечении опущений и выпадений женских внутренних половых органов ведущее значение придают реконструкции ректовагинальной перегородки и промежности (кольпоперинеопластика).

Основной причиной опущения и выпадения задней стенки влагалища с формированием ректоцеле является несостоятельность ректовагинальной фасции (врожденная, приобретенная). Под постоянным действием внутрипузырного и внутриректального давлений происходит окончательное перерастяжение фасции и прилегающих мышечнофасциальных элементов, истончение ректовагинальной перегородки, нарушение трофики в прилежащих тканях. Расхождение листков фасции по средней линии сопровождается образованием про странства, в которое устремляется передняя стенка прямой кишки с формированием ректоцеле.

Рекомендуемая в руководствах по оперативной гинекологии леваторопластика, дает хороший эффект только при низких ректоцеле, когда грыжевые ворота в ректовагинальной перегородке закрывают сведением ректальных ножек леваторов. Проблема реконструкции ректовагинальной перегородки при средних и высоких ректоцеле остается открытой из-за высокой частоты рецидивов.

Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, проктологические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс»-пробы), вагинодинамическое исследование, УЗИ функциональное исследование, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные проктологические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни.

С целью повышения эффективности оперативного лечения опущений и выпадений задней стенки влагалища с формированием ректоцеле, мы применили сетку из сверхэластичной нити никелида титана. Во время реконструкции ректовагинальной перегородки, производили широкую отсепаровку передней стенки прямой кишки от задней стенки влагалища и прилегающих к ней мышечнофасциальных элементов. Перерастянутую переднюю стенку прямой кишки ушивали и возвращали в естественные анатомические гра-



ницы. К восстановленной передней стенке влагалища прикладывали, моделируя по форме, и отдельными швами фиксировали сетку из сверхэластичной нити TiNi на площади от наружного сфинктера прямой кишки до заднего свода влагалища, с захватом боковых стенок. Затем сшивали разошедшиеся листки ректовагинальной фасции, прилежащие мышечнофасциальные элементы. После иссечения излишков задней стенки влагалища, производили кольпоперинеорафию с изолированной леваторопластикой.

Таким методом прооперировано 7 больных с полным и неполным выпадением матки с формированием ректоцеле. Возраст пациентов составил 46-65 лет. Послеоперационный период протекал во всех случаях без осложнений. Швы с промежности сняты на 6-7 сутки. Заживление швов

первичным натяжением. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали, что гинекологических, проктологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли, отсутствовали признаки рецидива пролапса. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным ультрасонограмм и рентгенограмм малого таза, вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Результаты наблюдения за пациентами показали высокую эффективность реконструкции ректовагинальной перегородки с применением армирования передней стенки прямой кишки сеткой из сверхэластичной нити никелида титана. Разработанная методика может стать альтернативой сакровагинальной фиксации ректовагинальной перегородки при сложных формах пролапса гениталий и передней стенки прямой кишки.

БАХАЕВ В.В., ГЮНТЕР В.Э., Салов П.П.
*Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПУЗЫРНОВЛАГАЛИЩНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЕЕ ПРОЛАПСЕ СЕТКОЙ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Проблема опущения и выпадения влагалища и матки остается актуальной на протяжении многих лет. По мнению большинства авторов, результаты оперативного лечения пролапса гениталий далеки от удовлетворительных.

В основе возникновения пролапса пузырновлагалищной перегородки лежит несостоятельность пузырновлагалищной фасции. Причины, приводящие к этому, многообразны. Фасция перестает выполнять функцию опоры для задней стенки мочевого пузыря и поддерживать переднюю стенку влагалища. Под постоянным воздействием внутрипузырного и внутрибрюшного давлений постепенно происходит перерастяжение фасциальной основы, мышечных и соединительно-тканых элементов, связывающих фасцию с мочевым пузырем и передней стенкой влагалища. Появляется опущение и выпадение передней стенки влагалища, формируется цистоцеле. Часто присоединяются дисфункции мочевого пузыря и влагалища, что снижает качество жизни женщины.

Наиболее распространенным способом хирургического лечения опущения и выпадения передней стенки влагалища и цистоцеле является передняя кольпоррафия. Однако высокая частота рецидивов пролапса и технические трудности при истончении и атрофии пузырно-влагалищной фасции ограничивают ее применение.

Основными причинами рецидива заболевания после хирургической реконструкции пузырновлагалищной перегородки путем восстановления по-

врежденных тканей являются: трофические процессы в прилежащих к мочевому пузырю тканях, мышцах, фасциях, передней стенке влагалища остаются неизменными; гормональный фон до и после операции остается прежним; внутрибрюшное и внутрипузырное давление до и после операции практически не меняется и часто бывает повышенным; невыполнение больными рекомендаций по профилактике рецидива заболевания (легкий труд, лечебная гимнастика, ношение бандажа, физиолечение и т.д.).

Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, уродинамические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс»-пробы), вагинодинамическое исследование, УЗИ функциональное исследование, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводились УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные уродинамические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни.

С целью повышения эффективности реконструкции пузырновлагалищной перегородки при ее пролапсе, мы использовали сетку из сверхтонкой нити TiNi. Она обладает высокой эластичностью, способна повторять форму любой поверхности без предварительной деформации, что позволяет зафиксировать не только восстановленные задние стенки уретры и мочевого пузыря, но



и боковые стенки уретры и мочевого пузыря, и значительно увеличивает площадь укрепляемой пузырновлагалищной перегородки в самом слабом ее отделе. При наполнении мочевого пузыря мочой под действием нарастающего внутрипузырного давления и при последующем его опорожнении, эффект памяти формы позволяет сетке участвовать во всех деформационных процессах окружающих ее тканей, обеспечивая надежную прочность формируемой пузырновлагалищной перегородки. Сверхэластичность нити никелида титана позволяет сохранить прочность сетки при многократных деформациях.

При передней кольпоррафии устраняли цистоцеле, укрепляли уривезикальный сегмент прилежащими соединительно-тканевыми и мышечными элементами. К восстановленной задней стенке уретры и мочевого пузыря в зоне отсепарованной части уретры до шейки матки отдельными швами фиксируется сетка из сверхтонкой нити никелида титана. Она обхватывает боковые стенки уретры и мочевого пузыря. Фасцию ушивали по типу сопоставления ее краев. После иссечения излишков тканей, восстанавливали переднюю стенку влагалища.

Реконструкция пузырно-влагалищной перегородки при ее пролапсе (в 2-х наблюдениях имело место выпадение культи влагалища с уретро- и цистоцеле после гистерэктомии) с использованием сетки из сверхтонкой нити TiNi произведена у 8 женщин в возрасте 40-56 лет. Операция выполнялась как этап пластики мышц тазового дна при их несостоятельности. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельное мочеиспускание на 1-4 сутки. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали, что урогинекологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли, отсутствовали признаки рецидива пролапса. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным ультрасонограмм и рентгенограмм малого таза, вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Результаты наблюдения за пациентами дали обнадеживающие результаты, что реконструкция пузырновлагалищной перегородки путем армирования восстановленного мочевого пузыря и уретры сеткой из сверхэластичной нити никелида титана может стать альтернативой существующих в настоящее время слинговых операций.

БОЛГОВА Т.А., ЗАВЬЯЛОВА Е.А.

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Нарушения становления менструальной функции являются клинической манифестацией патологического течения пубертатного периода у девочек и заслуживают пристального внимания гинекологов. В последние годы наблюдается нарастание частоты гипоменструального синдрома, ассоциированного с нарушениями полового и физического развития. Параллельно с этим, отмечается значительный рост соматических заболеваний. Изучение взаимосвязи соматических заболеваний и нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у девушек-подростков способствует выбору оптимального обследования и лечения, критерием эффективности которого является нормализация менструальной функции.

Нами обследованы и наблюдались в динамике 161 девушка в возрасте 13-18 лет с нарушениями менструальной функции. Все пациентки оценивались анамнестически, клинически и параклинически, были консультированы эндокринологом, невропатологом, терапевтом, узкими специалистами. Все выявленные нарушения менструаль-

ной функции были центрального генеза: в 84,5 % случаев выявлялся гипоменструальный синдром, в 15,5 % — ДМК.

При оценке соматического статуса пациенток, наиболее часто выявляемым экстрагенитальным заболеванием была патология щитовидной железы. По результатам УЗИ, структурные изменения в щитовидной железе отмечены в 75,2 % случаев. На основании определения гормонов тиреоидной системы в 42,9 % случаев был выявлен субклинический гипотиреоз.

На основании результатов исследования тиреоидной системы, все пациентки были разделены на три клинические группы: первая — 51 пациентка со структурными и функциональными изменениями щитовидной железы, вторая — 70 пациенток с морфологическими изменениями в щитовидной железе и эутиреозом, третья — 40 пациенток без патологии щитовидной железы.

Гармоническое физическое развитие в I группе отмечалось в 76 % случаев, во II группе — в 74 %, в III группе — в 92 %. Дефицит массы тела в I группе отмечался в 37 % случаев, во II груп-



пе — в 38 %, в III группе — в 20 %, ожирение — в I группе в 15 % случаев, во II группе в 23 %, в III группе в 15 %. С дефицитом массы тела ассоциировалось отставание полового развития: резкое и значительное отставание в I группе встречалось в 26 % случаев, во II группе — в 20 %, в III группе — в 13 %.

Во всех трех группах значительно преобладали центральные, гипоталамо-гипофизарные уровни поражения регуляции репродуктивной функции: 94,1 % — в первой, 90 % — во второй и 87,5 % — в третьей. Наиболее глубокие поражения центральных уровней регуляции наблюдались у пациенток первой группы с субклиническим гипотиреозом: у 47,1 % достоверно чаще выявлялись гиперпролактинемия и у 23,5 % — гипогонадотропные ановуляции. Нормогонадотропные ановуляции, как наиболее легко регистрируемые формы центральных нарушений, встречались в первой группе (23,5 %) достоверно реже, по сравнению со второй (51,4 %) и третьей (57,5 %) группами.

Таким образом, значительные нарушения физического и полового развития, а также дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, были характерны для девушек с субклиническим гипотиреозом.

При рентгенологическом обследовании кранио-церебральной области, патология шейного отдела позвоночника выявлена в 25,7 % случаев, признаки внутричерепной гипертензии — в 8,5 %, микроаденома гипофиза — в 8,5 %. При дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов выявлены нарушения в виде повышения скоростных показателей кровотока в церебральных сосудах, веноз-

ной дисфункции и ангиоцеребральной дистонии в 62 % случаев. Выявленные изменения у пациенток в группах сравнения были идентичными.

По результатам реоэнцефалографии, ангио-церебральная недостаточность выявлена в 23 % случаев. Нарушения кранио-церебрального кровотока были выявлены у более 50 % пациенток и ассоциировались с вегето-сосудистой дистонией, частота которой была недостоверно выше в I группе.

Комплексная оценка некоторых показателей иммунного статуса у девушек выявила нарушения в виде снижения фагоцитоза, дисбаланса иммунорегуляторных клеток в сторону снижения Т-супрессоров в 51 %. Изменения в иммунном статусе встречались в группах одинаково часто, и ассоциировались с хроническим тонзиллитом и заболеваниями мочевыделительной системы.

Всем пациенткам назначались витаминотерапия, адаптогены, иммуномодуляторы, тиреоидные препараты, седативные фитопрепараты, по показаниям ваго- или симпатотоники, ноотропы, санация хронических очагов инфекции. Лечение дополнялось применением преформированных физических факторов, ЛФК, бальнеотерапией. По окончании лечения оценивалась менструальная функция. Наиболее эффективным лечение было у пациенток II и III групп.

Таким образом, диагностика соматических заболеваний у девушек с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде, их поэтапное комплексное лечение, способствуют устранению нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе в 85-90 % случаев.

БОХИНА Ж.В.

*Красноярская государственная медицинская академия,
г. Красноярск*

АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Наркомания, особенно среди лиц молодого возраста, в настоящее время в России становится серьезной общегосударственной проблемой. Вовлечение в наркоманию большого числа женщин репродуктивного возраста, в том числе беременных женщин, делает эту проблему актуальной для акушеров-гинекологов.

Целью исследования явилось изучение частоты осложнений течения беременности и родов у наркозависимых женщин.

Материалы и методы. В группу обследованных беременных вошло 57 женщин, употреблявших инъекционный героин. Стаж систематического употребления наркотиков у 20 % пациенток

составлял менее 1 года, у 54 % — от 2 до 3 лет, у 22 % — свыше 3 лет. Возраст пациенток находился в пределах от 18 до 36 лет, в среднем, $23,8 \pm 3,7$ лет. Доля пациенток до 20 лет составила 15 %, от 21 до 25 лет — 58,3 %, старше 26 лет — 26,7 %. Контрольную группу составили 102 беременные женщины, не употреблявшие наркотики. Средний возраст беременных контрольной группы — $24,4 \pm 2,8$ лет.

Результаты исследования. В основной группе женщин достоверно чаще, чем в контрольной, развивались осложнения беременности: хроническая плацентарная недостаточность (соответственно, 55 % и 14,7 %; $p < 0,001$); синдром за-



держки внутриутробного развития плода (55 % и 11,8 %; $p < 0,001$); поздний гестоз (40 % и 9,8 %; $p < 0,001$), анемия беременных (50 % и 28,4 %; $p < 0,05$), маловодие (соответственно, 15,7 % и 4,9 %; $p < 0,05$). Следует отметить, что своевременная диагностика и лечение этих осложнений беременности не осуществлялись вследствие того, что большинство из наркозависимых женщин или не наблюдались у врача женской консультации (26,7 %), или встали поздно на учет по беременности и наблюдались крайне не регулярно (38,3 %).

Наибольшее количество осложнений родов также зарегистрировано в группе героинозависимых женщин. Установлено, что характерными для них являются быстрые и стремительные роды. Почти у каждой четвертой роженицы, употребляющей наркотики, отмечались быстрые роды (24,6 %), что достоверно чаще, чем в контрольной группе (2,9 %; $p < 0,001$). В то же время, такие осложнения в родах, как первичная и вторичная слабость родовой деятельности, у героинозависимых женщин встречались реже, чем в контрольной группе. В основной группе чаще, чем в контрольной, отмечались следующие

осложнения: преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода в родах и материнский родовой травматизм.

Из осложнений послеродового периода отмечалась высокая частота гипотонических маточных кровотечений (в три раза выше, чем в контрольной группе, соответственно, 10 % и 2,9 %; $p < 0,05$) и гнойно-септических осложнений (соответственно, 6,8 % и 0,9 %; $p < 0,05$). Обращает особое внимание тот факт, что 63,3 % пациенток оказались ВИЧ-инфицированными. Во всех случаях имел место инъекционный путь заражения. У 38,3 % пациенток выявлен вирусный гепатит В, а у 43,3 % — гепатит С.

Таким образом, у женщин, употреблявших инъекционный героин, характерными являлись многочисленные осложнения беременности (хроническая ФПН, синдром задержки внутриутробного развития плода, гестоз, анемия беременных и маловодие), родов (быстрые и стремительные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода, родовой травматизм) и послеродового периода (гипотонические кровотечения и гнойно-септические осложнения).

БУЯНОВА С.Н., ПЕТРУХИН В.А., ТИТЧЕНКО Л.И., ЩУКИНА Н.А., МГЕЛИАШВИЛИ М.В., ПЫРСИКОВА Ж.Ю., ТИТЧЕНКО И.П., БАБУНАШВИЛИ Е.Л., ЦИВЦИВАДЗЕ Е.Б.

*Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
г. Москва*

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Цель исследования: оценка возможностей трехмерного ультразвукового исследования с применением энергетического доплеровского режима в определении дальнейшей тактики ведения беременных с миомой матки.

Методы: Ультразвуковое исследование проводилось на приборе «Voluson-730», определялись показатели: индекс васкуляризации (VI) и индекс кровотока (FI) внутри миоматозного узла, которые сравнивались с аналогичными показателями неизмененного миометрия, и показатели внутриплацентарного кровотока (FI, VI). Обследовано 50 женщин в первом и втором триместрах беременности с миомой матки, которые ретроспективно были разделены на 2 группы. Первую группу составили 24 пациентки, прооперированные по поводу миомы матки во время беременности. Показаниями к операции явились: быстрый рост узла, препятствующий дальнейшему развитию беременности, острое нарушение питания узла. Вторую группу составили 26 пациенток, которым было решено

продолжить беременность без оперативного вмешательства.

Результаты: В первой группе у 29 % обследованных беременных женщин при комплексном трехмерном ультразвуковом исследовании было выявлено достоверное повышение индексов васкуляризации и кровотока, что сочеталось с быстрым ростом миоматозного узла. В 71 % случаев отмечено снижение индексов кровотока с наличием немых сосудистых зон, что сочеталось с клиническими данными острого нарушения питания узла. Во всех наблюдениях отмечалось снижение показателей внутриплацентарного кровотока. У 20 пациенток беременность в настоящее время протекает без осложнений, при этом отмечается достоверное улучшение показателей внутриплацентарного кровотока. У 4 пациенток беременность была прервана. Во второй группе обследованных женщин отсутствовали признаки нарушения питания в миоматозных узлах и показатели внутриплацентарного кровотока были в пределах нормативных значений или умерен-



но снижены. У 14 женщин произошли срочные самопроизвольные роды, 12 женщин были родоразрешены путем операции кесарева сечения. В 2 наблюдениях объем операции был расширен до экстирпации матки.

Выводы: Использование 3D ультразвукового исследования в сочетании с энергетическим доплеровским режимом позволяет уточнить особен-

ности кровоснабжения и роста миоматозных узлов, характер васкуляризации и кровотока плаценты; определить влияние расположения миоматозного узла и особенностей его васкуляризации на внутриплацентарный кровоток; оценить возможность прогнозирования дальнейшего развития беременности; обосновать необходимость проведения консервативной миомэктомии во время беременности.

ГУРЬЕВА В.А., БОДЯКИНА Л.И.
Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул

ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК С ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Эстрогенная недостаточность приводит к выраженным изменениям минерального обмена в костной ткани, в результате чего резко снижается плотность костей, что, в конечном счете, обуславливает их деформацию и приводит к возникновению патологических переломов. Учитывая, что главными гормонами, регулирующими минеральный гомеостаз, являются паратиреоидный гормон, кальцитонин и витамин Д, то становится ясно, что щитовидная железа имеет большое влияние на костный обмен, а патологические изменения в ней могут привести к нарушению формирования костной ткани и, в конце концов, остеопорозу. Поэтому дисфункция щитовидной железы может усугубить процессы ремоделирования костной ткани у пациенток с постовариоэктомическим синдромом (ПОЭС), обусловленные эстрогенным дефицитом.

Целью исследования явилась оценка состояния костной ткани и показателей фосфорно-кальциевого обмена у пациенток с постовариоэктомическим синдромом, осложненным дисфункцией щитовидной железы.

Проведена оценка биохимических маркеров процессов костного ремоделирования у 154 пациенток через 3-5 лет после овариоэктомии, не получавших препаратов заместительной гормональной терапии (ЗГТ). В зависимости от патологии и функционального состояния щитовидной железы, были выделены группы сравнения. Первую группу составили 44 пациентки с гипотиреозом после билатеральной овариэктомии. Вторая группа была представлена 42 женщинами с ненарушенной функцией при диффузно-узловом зобом. Третья группа состояла из 62 женщин, не имеющих тиреоидной патологии. Группы сравнения по основным показателям здоровья (возраст, менструальная функция, репродуктивный

анамнез) достоверно не отличались и были сопоставимы.

В качестве маркеров костного ремоделирования, изучали уровень общего кальция, неорганического фосфора, щелочной фосфатазы в сыворотке крови и кальция в суточной моче. Уровень щелочной фосфатазы определяли фотометрическим методом с набором реактивов «Новофосфал». Содержание общего кальция, неорганического фосфора в сыворотке крови и кальция в суточной моче — фотометрическим методом в ультразвуковом диапазоне.

Изучение минеральной плотности костей позвоночника было выполнено на компьютерном томографе (ККТ) на аппарате X-vision. Изменения МПК оценивали по Z-критерию и T-критерию.

При оценке состояния костного метаболизма у больных с гипотиреозом обнаружена более выраженная активация процессов резорбции костной ткани. Уровни кальция и фосфора у пациенток исследуемых групп выше, чем у не оперированных женщин, но достоверного различия между группами нет. При анализе экскреции кальция с суточной мочой выявлена более выраженная потеря кальция у пациенток со сниженной функцией щитовидной железы ($8,16 \pm 0,94$ ммоль/л), по сравнению с контрольной группой ($7,16 \pm 0,13$ ммоль/л, $p < 0,005$). При определении активности щелочной фосфатазы (маркера ресинтеза костной массы) выявлено более выраженное увеличение активности исследуемого фермента у больных с гипотиреозом ($228,78 \pm 16,12$), менее выраженная активность наблюдалась у пациенток второй группы с эутиреоидным зобом ($222,48 \pm 18,01$), что имело достоверные различия со здоровыми женщинами, не имевшими патологии щитовидной железы ($210,16 \pm 14,25$, $p < 0,001$).



Обследование объемной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника у пациенток всех групп выявляло ее снижение (Т-критерий) практически в 80 % случаев, причем у пациенток первой группы остеопороз выявлен в 50 %, у пациенток второй группы в 38 %. У женщин, не имеющих патологии щитовидной железы, остеопороз наблюдался почти в 2 раза реже, по сравнению с больными гипотиреозом (26 %). Этому соответствуют и клинические данные. Так, у 20 % пациенток с ПОЭС и гипотиреозом частота переломов наблюдалась чаще, чем у пациенток двух других групп.

Таким образом, при изучении костного метаболизма выявлена более выраженная активация

процессов синтеза и резорбции костной ткани с преобладанием последнего у больных с гипотиреозом.

Это указывает на то, что заместительная терапия тиреоидными гормонами при сниженной функции щитовидной железы не корректирует в полном объеме обменные процессы, а удаление яичников усугубляет нарушения костного ремоделирования и его осложнений. Полученные данные требуют особого отношения к коррекции заместительной тиреоидной терапии и стимуляции процессов синтеза костной ткани для профилактики переломов в группе высокого риска, к которой относятся женщины с ПОЭС и гипотиреозом.

ГУРЬЕВА В.А., НИКОНОВ А.М., КОНЦЕБА Л.Н.
*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОК С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

По данным различных источников, врожденные пороки развития плода (ВПР) встречаются примерно у 4-5 % новорожденных, а в структуре причин младенческой смертности их удельный вес достигает 20-25 %.

Целью работы явилась ретроспективная оценка репродуктивного здоровья у пациенток с установленными врожденными пороками развития плода.

На базе Центра пренатальной диагностики Алтайского края был проведен ретроспективный анализ 757 индивидуальных карт ведения беременности женщин, наблюдавшихся в Центре за последние 7 лет, у которых были выявлены различные ВПР плода.

В качестве группы сравнения проанализировано 530 индивидуальных карт ведения беременности женщин, родивших детей без ВПР (группы сравнения достоверно не различались по годам наблюдения, месту жительства и возрастному составу).

37 % от общего числа выявленных ВПР плода составили ВПР центральной нервной системы, 19 % — множественные ВПР плода, 16,6 % — ВПР мочевыводящей системы, 8,1 % — врожденные пороки сердца, 7,4 % — ВПР желудочно-кишечного тракта, 6,7 % — ВПР костной системы и 5,2 % составили другие виды ВПР плода. Пороки развития плода при первой беременности установлены в $46 \pm 1,8$ % случаев, при второй — в $25,2 \pm 1,5$ %, при третьей — в $11,6 \pm 1,2$ %, при четвертой и более — в $17,2 \pm 1,4$ % случаев. По-

вторная аномалия развития плода наблюдалась в $4,6 \pm 0,9$ % случаев.

Выявлено, что в группе женщин с установленным диагнозом ВПР плода без гинекологических заболеваний были лишь $26,2 \pm 1,6$ % пациенток, остальные в этой группе страдали каким-либо заболеванием, при этом $28 \pm 1,6$ % из них имели сочетанную патологию репродуктивной системы. В группе сравнения здоровых женщин было $64,5 \pm 2,1$ % ($p < 0,05$), что в 2,5 раза больше, чем в основной группе.

Наиболее частой патологией у женщин основной группы являлся нерегулярный менструальный цикл — $32,4 \pm 1,7$ %, в группе сравнения — $4,5 \pm 0,9$ % ($p < 0,05$). С такой же частотой у пациенток основной группы встречались воспалительные заболевания — каждая третья женщина основной группы имела в анамнезе хронические воспалительные заболевания матки и придатков — $31,8 \pm 1,7$ %, в группе сравнения данную патологию имели лишь 6 ± 1 % женщин ($p < 0,05$). В 4,8 раз чаще в основной группе установлен синдром поликистозных яичников — $2,9 \pm 0,6$ % и $0,6 \pm 0,3$ %, соответственно ($p < 0,05$).

Бесплодием в прошлом страдали $5,8 \pm 0,8$ % женщин основной группы, в группе контроля — в 3,4 раза меньше — $1,7 \pm 0,6$ % ($p < 0,05$).

Достоверно чаще в основной группе встречалось такое заболевание, как эрозия шейки матки — $26,6 \pm 1,6$ %, составившее в группе контроля лишь $15,5 \pm 1,6$ % ($p < 0,05$). С одинаковой частотой в сравниваемых группах встречались ги-



поталамический нейроэндокринный синдром, гиперпластические процессы эндометрия, синдром гиперандрогении.

В группе пациенток с повторными случаями ВПР плода $57 \pm 8,3$ % женщин имели хронические воспалительные заболевания матки и придатков, а $28,6 \pm 7,6$ % — различного вида нарушения менструального цикла.

В группе женщин с ВПР центральной нервной системы плода достоверно чаще встречались: синдром поликистозных яичников — $4,3 \pm 1,2$ % (в группе контроля $0,6 \pm 0,3$ %, $p < 0,05$); нарушения менструального цикла — $34,3 \pm 2,8$ % (в группе контроля $4,5 \pm 0,9$ %, $p < 0,05$); эрозия шейки матки — $25,7 \pm 2,6$ % (в группе контроля $15,5 \pm 1,5$ %, $p < 0,05$); бесплодие — $6,1 \pm 1,4$ % (в группе контроля $1,7 \pm 0,5$ %, $p < 0,05$). В группе женщин с множественными ВПР плода чаще встречались нарушения менструального цикла — $27,1 \pm 1,7$ % (в группе контроля $4,5 \pm 0,9$ %, $p < 0,05$), эрозия шейки матки — $34,7 \pm 3,9$ % (в группе контроля $15,5 \pm 1,5$ %, $p < 0,05$) и бесплодие — $5,6 \pm 1,9$ % (в группе контроля $1,7 \pm 0,5$ %, $p < 0,05$). У пациенток с ВПР мочевыводящей системы плода чаще встречались нарушения менструального цикла — $30,9 \pm 0,1$ % (в группе контроля $4,5 \pm 0,9$ %, $p < 0,05$) и эрозия шейки матки — $23,8 \pm 3,8$ % (в группе контроля $15,5 \pm 1,5$ %, $p < 0,05$). При ВПР сердца, желудочно-кишечного тракта и костной системы плода у женщин чаще встречались нарушения менструального цикла — $39,3 \pm 6,3$ %, $35,7 \pm 6,4$ %, $39,2 \pm 6,8$ %, соответственно (в группе контроля $4,5 \pm 0,9$ %, $p < 0,05$). Хронические воспалительные

заболевания матки и придатков встречались достоверно чаще при всех видах ВПР плода: при ВПР центральной нервной системы плода $28,2 \pm 2,7$ %, при множественных ВПР $35,4 \pm 3,9$ %, при ВПР мочевыводящей системы $39,7 \pm 4,3$ %, при ВПР сердца $32,8 \pm 6$ %, при ВПР желудочно-кишечного тракта $21,4 \pm 5,5$ %, при ВПР костной системы $35,3 \pm 6,7$ % (в группе контроля 6 ± 1 %, $p < 0,05$).

В структуре гинекологических заболеваний у пациенток с установленным ВПР плода наибольший удельный вес составили различного вида нарушения менструального цикла — $30 \pm 1,6$ %, почти с такой же частотой наблюдаются хронические воспалительные заболевания матки и придатков — $29,5 \pm 1,6$ %. Несколько реже встречается эрозия шейки матки — $24,6 \pm 1,5$ %. Одинаковая частота установлена у синдрома поликистозных яичников и гипоталамического нейроэндокринного синдрома — по $2,7 \pm 0,6$ %.

Таким образом, выявленные данные подтверждают, что к наиболее частым повреждающим факторам можно отнести инфекцию и гормональную дисфункцию.

Гормональные и воспалительные процессы в репродуктивной системе могут обусловить неполноценность созревания яйцеклетки и ее выхода из фолликула. Персистенция инфекционных агентов и продуктов их жизнедеятельности обуславливают возникновение мутаций в геномном аппарате гамет. Хронический эндометрит способствует нарушению процессов имплантации и плацентации, что также увеличивает риск формирования ВПР у плода.

ГУРЬЕВА В.А., ДУДАРЕВА Ю.А.
*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Несмотря на значительные успехи в области профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности (ФПН), проблема остается актуальной и в современном акушерстве. В настоящее время интенсивно ведутся поиски методов немедикаментозной терапии в первом триместре беременности. Применение медицинского озона обеспечит оптимальные условия на этапе имплантации, плацентации, исключит побочные влияния медикаментозных препаратов, применяемых с целью лечения угрозы невынашивания.

Целью работы явилось изучение эффективности применения медицинского озона для про-

филактики первичной ФПН при угрозе невынашивания.

На базе Городского центра невынашивания г. Барнаула проведено комплексное обследование и лечение 50 женщин в раннем сроке беременности. Первая группа из 26 пациенток получала один курс лечения медицинским озоном, вторая из 24 женщин — традиционное медикаментозное лечение. Возраст пациенток в группах составил $29,3 \pm 0,8$ лет и $29,3 \pm 0,7$ лет, соответственно. С целью оценки эффективности лечения проводилась ультразвуковая биометрия, оценка жизнеспособности эмбриона, определение локализации, толщины хориона и исключение его патологии.



Проводили исследование уровня трофобластического бета-1-гликопротеина (ТБГ) методом иммуноферментного анализа. Также проводился анализ коагулограммы, до и после лечения. Критерием отбора пациентов было наличие у них гипоплазии хориона, небольшое желтое тело, достаточно низкий уровень ТБГ и признаки гемо-концентрации.

Основными этиологическими факторами угрозы прерывания беременности в первой и второй группе явились сочетание инфицирования и гипофункции яичников (в первой группе у 34,6 %, во второй у 33,3 %), сочетание инфицирования с нейродистрофией эндометрия и гипофункцией яичников (в первой группе у 38,5 %, во второй у 37,5 %), гипофункция яичников (у 20,8 % женщин первой группы и у 16,7 % второй). Сочетание инфицирования с нейродистрофией эндометрия и гиперандрогенией выявлено у 8,3 % беременных первой группы и у 12,5 % женщин второй. В обеих группах среди гинекологических заболеваний преобладали гормональная дисфункция в виде кист яичников (26,9 % женщин первой группы и 20,8 % второй группы). Нарушения менструального цикла в виде опсоменореи выявлено у 4 женщин, 15,4 % и 16,7 %, соответственно. Хронический воспалительный процесс гениталий наблюдался в основной группе у 38,5 % и у 41,7 % беременных в контрольной группе. Эрозия шейки матки выявлена у 23,1 % в основной группе, из них у 4 выявлено ЗППП до беременности. В группе контроля эрозия наблюдалась у 20,8 % женщин. Из акушерского анамнеза, у пациенток основной группы выявлено в 38,5 % случаев медицинский аборт, причем прерывание более 2 раз у 80 % из этих женщин, самопроизвольный выкидыш в 19,2 % случаев, привычное невынашивание у 15,4 %, отсутствие беременности более 1 года у 11,5 %. Первая беременность в данной группе констатирована лишь у 1 женщины, что составило 3,8 %, неразвивающаяся беременность встретилась в 3 случаях (11,5 %). В группе сравнения данные анамнеза не имели значимых различий.

В первой группе лечение медицинским озоном проводилось с использованием методики озонотерапии

путем внутривенных инфузий озонированного физиологического раствора натрия хлорида (0,9 %) в количестве 400 мл, 1 раз в сутки в течение 5 дней. В группе сравнения проводилось гормональное лечение (утрожестан), витаминотерапия, магниезиальная терапия. Исходно, до назначения терапии, в первой группе толщина хориона составила $7,2 \pm 0,3$ мм, в группе сравнения — $7,5 \pm 0,3$ мм. После лечения медицинским озоном толщина хориона увеличивалась более значительно ($12,2 \pm 0,3$ мм, $p < 0,01$), нежели после традиционной терапии ($10,5 \pm 0,3$ мм). Уровень ТБГ в первой группе до лечения составил 703 ± 53 нг/мл, во второй 785 ± 51 нг/мл. Через неделю после лечения у беременных, получавших медицинский озон, уровень гормона составил 1650 ± 48 нг/мл, на фоне гормональной терапии увеличение было менее значимым — 1420 ± 52 нг/мл ($p < 0,01$). Уровень фибриногена в первой группе на фоне озонотерапии снизился с $4,1 \pm 0,1$ г/л до $3,2 \pm 0,1$ г/л ($p < 0,01$). На фоне гормональной терапии наблюдалась только тенденция снижения с $4,2 \pm 0,1$ г/л до $3,9 \pm 0,1$ г/л. Протромбиновое время повышалось с $12 \pm 0,15$ с до $13,1 \pm 0,1$ с ($p < 0,01$) на фоне озонотерапии, в группе сравнения наблюдалась лишь тенденция повышения, с $12,8 \pm 0,1$ сек до $13 \pm 0,1$ сек.

Таким образом, неблагоприятные условия для имплантации, обусловленные недостаточностью децидуальной ткани, которая связана с гормональными расстройствами, атрофическими изменениями эндометрия после выскабливания, часто сопровождаемыми инфекцией, приводят к снижению процессов васкуляризации и гипоплазии ворсин хориона. Все это нарушает процессы имплантации и обуславливает развитие первичной плацентарной недостаточности. Применение озона при лечении первичной ФПН в значительно большей степени, чем традиционная терапия, стимулирует гормонопродуцирующую функцию плаценты, улучшает реологические свойства крови, что приводит к увеличению толщины хориона (плаценты) и снятию клиники угрозы гораздо быстрее и эффективнее, чем при традиционном гормональном лечении.

ЕВТУШЕНКО И.Д., МАЙБОРОДА И.Б., БОЛОТОВА В.П.

*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гистерэктомия до настоящего времени занимает основное место в лечении миомы матки. На возраст 44-45 лет приходится самая

высокая частота оперативных вмешательств. После оперативного лечения организм женщины претерпевает ряд нейрогуморальных изменений,



связанных с острой циркуляторной ишемией оставленных яичников и нарушением обратных рецепторных связей после удаления матки. Вследствие указанных изменений, развивается постгистерэктомический синдром, который проявляется нейровегетативными, психоэмоциональными и обменно-эндокринными расстройствами, сходными с климактерическими.

Цель исследования — изучить особенности постгистерэктомического синдрома у женщин, которым была выполнена гистерэктомия без придатков матки по поводу миомы матки.

Обследовано 19 женщин перименопаузального возраста, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 10 пациенток, которым была выполнена субтотальная гистерэктомия без придатков матки в период от 2-х месяцев до 4-х лет до настоящего исследования. Во вторую группу (группу сравнения) вошли 9 пациенток с миомой матки, у которых наступила естественная менопауза. Проводили изучение анамнеза, исследование общего и гинекологического статуса по стандарту, исследование гормонов крови (фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина и эстрадиола) иммуноферментным методом. Оценку тяжести климактерического синдрома подсчитывали с помощью менопаузального индекса Киррерман и соавт. в модификации Е.В. Уваровой (1983). Проведено экспериментально-психологическое исследование: определение уровня тревоги по шкале самооценки Шихана (35 пунктов), депрессии — по шкале самооценки Бека (13 пунктов). Сравнение групп по качественным признакам проводили с использованием критерия ч-квадрат, количественные показатели двух независимых групп проводили по U-критерию Манна-Уитни.

Средний возраст женщин в первой группе составил 49,9 лет (от 46 до 54 лет). Показанием к оперативному лечению была миома матки, осложненная маточными кровотечениями и постгеморрагической анемией легкой и средней степени. Пять пациенток указали на появление жалоб нейровегетативного характера в течение первого месяца после операции, у пяти больных первой группы климактерические расстройства наблюдались уже до операции. Продолжительность климактерических проявлений у пациенток первой группы составила, в среднем, 28,3 месяцев.

Средний возраст женщин во второй группе составил 51,2 лет (от 46 до 55 лет). Возраст наступления менопаузы у этих женщин варьировал от 45 до 51 лет, в среднем, 48,2 лет. Продолжительность климактерических расстройств у женщин с естественной менопаузой составила, в среднем, 31,1 мес.

Исследуемые группы женщин по анализу менструальной и репродуктивной функций были сопоставимы.

Основными жалобами нейровегетативного характера, которые предъявляли пациентки в исследуемых группах, были головные боли, ощущение сердцебиения в покое, нарушения сна в виде бессонницы или беспокойного сна, приливы жара к лицу и шее, потливость, парестезии и онемение в конечностях, сухость кожи. Психоэмоциональные расстройства проявлялись эмоциональной лабильностью с раздражительностью, повышенной утомляемостью, нарушением настроения, снижением или утратой либидо. Обменно-метаболические симптомы: артралгии, жажда, урогенитальные расстройства. Нейровегетативные расстройства, психоэмоциональные проявления и метаболические нарушения у женщин обеих групп наблюдались с одинаковой частотой.

У пациенток после гистерэктомии менопаузальный индекс Киррерман и соавт. в модификации Е.В. Уваровой варьировал от 12 до 36 баллов. В группе пациенток с естественной менопаузой менопаузальный индекс варьировал от 23 до 41 баллов. У девяти пациенток первой группы наблюдалась легкая степень климактерических проявлений (12-30 баллов) и только у одной больной наблюдалась умеренная степень тяжести климактерического синдрома (36 баллов). Легкая степень тяжести климактерических расстройств отмечена у семи женщин второй группы (от 23 до 31 баллов), у двух пациенток климактерические нарушения были выражены в умеренной степени (36 и 41 баллов).

Исследование уровня тревоги с помощью шкалы самооценки Шихана показало, что аномальный уровень тревоги (выше 30 баллов) наблюдался у четырех пациенток первой группы (от 33 до 55 баллов) и у пяти женщин второй группы (от 34 до 74 баллов). Высокий уровень тревоги (выше 80 баллов), при котором требуется проведение специальной терапии, не был выявлен ни у одной пациентки в обеих группах. По самооценочной шкале депрессии Бека обнаруживались клинические нарушения (выше 19 баллов) у одной пациентки с постгистерэктомическим синдромом (22 балла) и у пяти женщин с естественной менопаузой (от 19 до 21 баллов). Уровень депрессии выше 24 баллов, указывающий на необходимость проведения лечения, возможно, с применением антидепрессантов, был установлен у одной женщины первой группы (26 баллов).

При исследовании гормонов в сыворотке крови установлено, что уровень эстрадиола у больных первой группы составил, в среднем, $34,9 \pm 6,4$ пг/мл, что не отличалось статистически значимо от уровня эстрадиола у женщин группы сравнения ($35,3 \pm 11,4$, $p = 0,931$). Базальный уровень фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови пациенток с хирургической менопаузой составил, в среднем, $112,1 \pm 56,8$ мМЕ/л, что было статистически выше уровня ФСГ в



крови женщин с естественной менопаузой ($48,1 \pm 11,3$, $p = 0,030$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что климактерический синдром у пациенток после субтотальной гистерэктомии без придатков матки по поводу миомы матки существенно не отличается от женщин с миомой матки, у которых мено-

пауза наступила самостоятельно. По результатам экспериментально-психологического исследования было установлено, что у каждой второй женщины с хирургической и естественной менопаузой наблюдаются проявления тревожности. Проявления депрессивного характера наблюдались несколько чаще у пациенток с естественной менопаузой.

ЕЧИНА И.А., ЧЕЧЕНИНА А.А., РЕНГЕ Л.В., САМУСЕНКО Н.А.
МЛПУ Зональный перинатальный центр, родильный дом,
г. Новокузнецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОГО ФЕРМЕНТА ИМОЗИМАЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ

Одной из актуальных проблем современного акушерства остаются послеродовые гнойно-септические заболевания. Частота гнойно-септических осложнений послеродового периода колеблется от 1 до 26 %.

Цель исследования — определить эффективность имозимазы в сравнении со средствами, традиционно применяемыми в лечении инфицированных ран промежности.

Исследование проведено у 51 родильницы с инфицированными ранами промежности, инфекционным процессом первого этапа распространения (послеродовая язва). Из них, у 15 родильниц (29,4 %) — с отеком, инфильтрацией, частичным расхождением швов промежности, у 26 (51 %) — полное расхождение швов промежности, с фиброзным налетом раны и отеком близлежащих тканей, у 10 (19,6 %) — рана промежности с гнойно-некротическим налетом. Из 51 родильницы, в 21 случае (41,2 %) — инфицирование швов после произведенной перинеотомии, при угрозе ее разрыва; в 30 случаях (58,8 %) — разрыв промежности первой степени в родах.

Возраст обследованных женщин — от 19 до 39 лет. Из них, 32 (62,7 %) — первородящие; 19 (37,3 %) — повторнородящие. У 27 пациенток (52,9 %) беременность протекала на фоне анемии, у 6 (11,7 %) — гестационного пиелонефрита.

В результате исследований изучен бактериальный спектр инфицированности урогенитального тракта, при котором у 23 (45,1 %) выявлен кандидоз; у 7 (13,7 %) — бактериальный вагиноз; у 3 (5,9 %) — хламидиоз; у 9 (17,6 %) выявлена микст-инфекция. Наиболее частыми осложнениями в родах были несвоевременное отхождение околоплодных вод — 20 (39,2 %), аномалии родовой деятельности — 9 (17,6 %), преждевременные роды —

2 (3,9 %), синдром задержки развития плода — 7 (13,7 %), многоводие — 5 (9,8 %), затяжные роды (более 12 часов) — 2 (3,9 %), быстрые роды — 1 (2 %).

Все больные родильницы были разделены на 2 группы:

1. Контрольная группа — 24 родильницы, у которых лечение инфицированных ран промежности проводилось традиционными способами, с применением гипертонического раствора хлорида натрия, диоксида.

2. Основная группа — 27 родильниц, у которых при лечении раневой инфекции использовали местные аппликации имозимазы.

Имозимаза — ферментный препарат, получаемый иммобилизацией бактериальных протеаз (ферментов, расщепляющих белки) на полиэтиленоксиде. Оказывает протеолитическое (расщепляющее белки) действие. Выпускается в виде жидкости во флаконах по 10 мл (1мл — 50 ПЕ). Применяется местно, по 1,5 мл на 10 квадратных сантиметров раневой поверхности.

Очищение раны от некротических масс и появление свежих грануляций во второй группе происходило на 2-3-е сутки, в контрольной — на 4-е сутки. Отек близлежащих тканей купировался при применении имозимазы к концу первых суток, в контрольной группе — на третьи сутки. На два дня раньше во второй группе началась эпителизация краев раны, без дополнительного применения заживляющих препаратов.

Таким образом, лечение имозимазой, на основе ферментативного очищения, ускоряет заживление ран в 1,5-2 раза, что позволяет сократить сроки лечения и пребывания в акушерском стационаре, по сравнению с традиционными способами лечения.



ЖИЛЯКОВА О.В., ЗАХАРОВА И.В., МИХАЙЛОВ В.Д.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Физиологическая беременность вызывает существенные изменения в периферической системе крови. С ранних сроков беременности увеличивается объем циркулирующей крови, но непропорционально изменяется соотношение плазмы и форменных элементов, имеется относительное уменьшение клеток крови и увеличение объема плазмы, уменьшается гематокрит, снижается содержание белка за счет альбуминовой фракции. Железодефицитные анемии (ЖДА) широко распространены во всем мире, но особенно часто ей страдают беременные женщины. По материалам ВОЗ, частота ЖДА у беременных в разных странах колеблется от 21 % до 80 %, если судить по уровню гемоглобина, и от 49 % до 99 % — по уровню сывороточного железа. По данным Министерства здравоохранения РФ, за последнее десятилетие, в связи с падением социального уровня жизни населения, частота ЖДА увеличилась в 6,3 раза, в 2000 году этот показатель по России составил 39,7 %, в 2002 г — 42,8 %, в Томской области — 45,2 %.

Естественным источником железа для организма служит пища, женщина потребляет ежедневно примерно 10-20 мг железа, из них может всосаться не более 2 мг — это предел всасывания данного элемента, а суточные потери организма составляют 1 мг. Биологическая значимость железа определяется его участием в тканевом дыхании, в росте и развитии различных систем и тканей, синтезе коллагена, метаболизме порфирина, терминальном окислении и окислительном фосфорилировании в клетках, а также в работе иммунной системы. Гемоглобин обеспечивает связывание кислорода, а также его транспорт и передачу. Поскольку при беременности потребление кислорода увеличивается на 15-33 %, это усугубляет развитие гипоксии. Для железодефицитной анемии беременных характерна тканевая гипоксия.

При анемии беременных в миометрии и плаценте развиваются дистрофические процессы. Анемия способствует развитию фетоплацентарной недостаточности, которая может приводить к ишемии, к гипоксии плода и, как следствие, к нарушению его развития.

Известна взаимосвязь между наличием анемии и высоким риском осложнений в течение родового акта (несвоевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, слабость родовой деятельности, кровотечение в родах и раннем послеродовом периоде) и субинволюцией матки после родов.

С целью изучения влияния анемии на течение беременности нами были обследованы 100 беременных женщин с железодефицитной анемией в возрасте от 18 до 36 лет. Из них, в возрасте до 20 лет — 22 %, 21-25 лет — 50 %, 26-30 лет — 19 %, 31-35 лет — 6 %, 36-40 лет — 3 % женщин. Средний возраст беременных составил 24-25 лет.

Все беременные женщины прошли клиническое обследование с применением клинико-лабораторных и инструментальных методов анализа. Для выявления железодефицитной анемии в крови исследовали уровень гемоглобина и сывороточного железа, количество эритроцитов и общую железосвязывающую способность. Для оценки состояния фетоплацентарного комплекса проводили ультразвуковую фетометрию и доплерометрическое исследование кровотока в сосудах фетоплацентарного комплекса; кардиомониторный контроль плода; гормональный скрининг (альфа-фетопротеин, эстриол, хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген). Динамическое наблюдение женщин осуществляли в течение всего периода беременности, родов и в раннем послеродовом периоде.

Обследования показали, что средний уровень гемоглобина у всех беременных женщин составил $102,4 \pm 1,93$ г/л; среднее количество эритроцитов — $3,47 \pm 0,05 \times 10^{12}$ /л. Из них, 29 беременных женщин (29 %) вступили в беременность со сниженным исходным уровнем гемоглобина, который составил $101,6 \pm 1,76$, количество эритроцитов — $3,47 \pm 0,04$; у 71 женщины (71 %) анемия развилась во время беременности, и показатель гемоглобина составил $103,2 \pm 1,84 \times 10^{12}$ /л при количестве эритроцитов $3,49 \pm 0,06 \times 10^{12}$ /л. При анализе течения беременности было установлено, что чаще анемия развивалась в сроке гестации 16-18 недель (16 %), 24-26 недель (17 %).

Исследования показали, что железодефицитная анемия беременных в 92 % случаев протекала на фоне экстрагенитальной патологии, из которой наиболее часто встречались заболевания почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) (19 %), эндокринопатии (ожирение, диффузное увеличение щитовидной железы) (29 %) и заболевания желудочно-кишечного тракта (холецистит, гастрит) у каждой третьей пациентки.

Среди взятых нами под наблюдение женщин, первобеременными являлись 66 %, повторнобеременными 34 %. В обследуемой группе аборт в анамнезе встретился у 37 женщин, 3 из которых осложнились послеабортным эндометритом,



причем у 10 пациенток аборт проводился более 3-х раз. Самопроизвольное прерывание беременности до 12 недель в анамнезе было у 9 женщин, замершая беременность ранее наблюдалась у 8. У более половины пациенток беременность наступила после перенесенных воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов, причем у 25 специфической этиологии (геморреллез — у 6, у 3 трихомониаз, у 15 хламидиоз, у 1 уреаплазмоз). У 28 женщин беременность наступила на фоне эрозии шейки матки, у 3-х — миомы матки.

У беременных с анемией были выявлены осложнения беременности. В 39 % присоединился гестоз легкой степени тяжести. Трети беременных женщин проводилось лечение по поводу угрозы невынашивания беременности, причем у 28 % угроза возникла до 16 недель беременности и наблюдалась на всем протяжении. У каждой третьей женщины анемия беременной привела к нарушению фетоплацентарного кровообращения, вследствие которого развилась хроническая внутриутробная гипоксия плода, а в 6 % случаев — к внутриутробной задержке развития плода.

Все беременные женщины с железодефицитной анемией были родоразрешены в доношенный срок 38-40 недель, из них: через естественные родовые пути 93 женщины (93 %), а 7 женщин (7 %) родоразрешены путем операции кесарево сечение в плановом порядке. Показаниями для плановой операции были осложненная миопия высокой степени, узкий таз, тазовое предлежание, рубец на матке, сочетанные показания, которые включали в себя наличие хронической внутриутробной гипоксии плода, осложненное течение данной беременности, осложненный акушерско-гинекологический анамнез и другие.

При анализе течения и исхода родов, мы обратили внимание, что только около половины женщин с железодефицитной анемией, у которых роды были через естественные родовые пути, не имели осложнений в родах. У остальных наблюдались различные отклонения от нормального течения родового акта, наиболее частыми из которых было несвоевременное излитие околоплодных вод — у 21 роженицы и слабость родовой деятельности — у 25. Гипотонические кровотечения в родах возникли у 8 % рожениц.

В результате, родилось 100 живых детей. В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8-9 баллов) родилось 67 (84,8 %) детей. В легкой асфиксии (оценка по Апгар 6-7 баллов) родилось 12 (15,2 %) детей. Масса детей у пациенток с железодефицитной анемией колебалась от 2680 г до 4350 г (в среднем, 3515 г). Рост детей колебался от 49 до 55 см (в среднем, 52 см).

Таким образом, в результате нашего исследования выявлено:

1. Анемия беременных развивается на фоне другой экстрагенитальной патологии.
2. Беременные женщины с анемией составляют группу повышенного риска по развитию акушерских осложнений.
3. Железодефицитная анемия отрицательно влияет на функции плаценты (дыхательную, питательную, защитную и др.), приводит к развитию гипоксии и внутриутробной задержке развития плода.
4. У беременных женщин с железодефицитной анемией имеются выраженные отклонения в течении родового акта, влияющие на состояние новорожденных.

ЗЕЛЕНИНА Е.М., ЗУЕВА Г.П., ПУЧКОВА Е.В., ЛЫКОВА О.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2,
г. Кемерово

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕЙ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ I ПЕРИОДА РОДОВ

У ряда рожениц, в связи с недостаточной эффективностью психопрофилактической подготовки к родам или при ее отсутствии, возникает необходимость обезболивания родов. Боль в процессе родовой деятельности возникает в результате раскрытия шейки матки, обладающей высокочувствительными рецепторами, а также вследствие сокращений матки, сопровождающихся натяжением ее связок, париетальной брюшины, раздражением рефлексогенных зон малого таза. Нарастание болевой чувствительности прямо пропорционально скорости раскрытия

шейки матки. Боль часто является единственной причиной возникновения аномалий родовой деятельности и нарушения состояния плода. Медикаментозные вещества, применяемые для обезболивания родов, должны быть безопасны не только для матери, но и для плода, так как большинство фармакологических препаратов сравнительно легко проникают через плацентарный барьер.

Целью исследования являлся анализ течения и исхода родов, состояние новорожденных у рожениц, которым в качестве обезболивания I периода родов проводилась двухсторонняя



паравертебральная блокада (ПВБ). Паравертебральная блокада является одним из видов регионарной анестезии. Для обезболивания I периода родов ПВБ проводится на уровне LIII-LIV, при отсутствии плодного пузыря, хорошей родовой деятельности и раскрытии шейки матки не менее чем на 4-5 см. Преимущества ПВБ перед другими методами обезболивания состоят в малой инвазивности процедуры, минимальной нагрузке фармакологическими препаратами (2 % лидокаин и 0,005 % фентанил), простоте техники выполнения, отсутствии побочных явлений, наблюдаемых при других методах (гипотензия, ослабление родовой деятельности) и дешевизне.

Ретроспективно было проанализировано 96 историй родов на базе акушерско-обсервационного отделения МУЗ ГКБ № 2.

Основную группу (I-я группа) составили 48 рожениц, которым для обезболивания I периода родов применялась ПВБ, группу сравнения (II-я группа) составили 48 рожениц, которым проводились традиционные методы обезболивания (спазмолитики, наркотические и ненаркотические анальгетики).

Средний возраст рожениц в сравниваемых группах не различался ($p > 0,05$) и составлял $25,2 \pm 4,4$ и $23,9 \pm 5,1$ лет, соответственно. Паритет родов в сравниваемых группах значимо не различался, при этом первородящими в основной группе оказались 73 %, в группе сравнения 64,6 % женщин ($p > 0,05$). Первородящими в основной группе были 39,6 % женщин, в группе сравнения 50 % женщин, что достоверно не различалось ($p = 0,308$). Несвоевременное излитие околоплодных вод (дородовое и раннее) в I группе было в 50 %, в группе сравнения в 35,4 % случаев, что значимо не различалось ($p > 0,05$).

Средняя продолжительность родов у женщин основной группы не отличалась от аналогичного показателя II группы ($p > 0,05$) и составила $7,95 \pm 3,4$ и $6,7 \pm 2,8$ часов, соответственно. Продолжительность первого периода родов в сравниваемых группах также не различалась ($p = 0,075$) и составляла $7,4 \pm 3,4$ и $6,2 \pm 2,7$ часов, соответственно. После проведения обезболивания полное открытие шейки матки наступило в I группе через

$1,8 \pm 0,8$ часа, во II группе — через $2,2 \pm 1,4$ часа ($p > 0,05$).

Продолжительность II периода родов у женщин основной группы составила $20,3 \pm 7,5$ минут, в группе сравнения этот показатель был достоверно короче — $16,8 \pm 7,4$ минут ($p = 0,035$). При этом, продолжительность II периода родов у первородящих женщин в сравниваемых группах достоверно не различалась, а у повторнородящих I группы была достоверно дольше, чем в группе сравнения, и составила $19,6 \pm 7,2$ и $12,7 \pm 3,5$ минут, соответственно ($p = 0,003$).

Операцией кесарева сечения закончились роды у каждой 7-й роженицы I группы (14,6 %), что достоверно не отличалось от аналогичного показателя группы сравнения (6,3 %, $p = 0,19$). Показаниями для проведения кесарева сечения в I группе являлись клинически узкий таз (4,2 %), дискоординация родовой деятельности (2,1 %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2,1 %), угроза асфиксии плода (6,2 %).

Антропометрические показатели новорожденных в сравниваемых группах статистически значимо не отличались. Оценка новорожденных по шкале Апгар также достоверно не различалась в сравниваемых группах ($p = 0,060$) и составила $6,3 \pm 0,64$ и $6,54 \pm 0,64$ балла. С диагнозом церебральная ишемия были выписаны из родильного дома 77 % новорожденных I группы, 16,7 % — с синдромом дезадаптации, что достоверно не отличалось от показателей II группы.

Таким образом, проведенный анализ показал, что использование ПВБ в качестве обезболивания I периода родов не оказывает негативного влияния на продолжительность родового акта, внутриутробное состояние плода и новорожденного. Выявленное достоверное удлинение II периода родов у повторнородящих женщин после проведения ПВБ не является принципиальным, т.к. увеличение продолжительности этого периода не превышает физиологическую норму.

Проведенное исследование показывает преимущества данного метода обезболивания I периода родов, что открывает возможности для широкого использования его в работе акушеров-гинекологов.

ЗИНКЕВИЧ Я.С., РЫЖКОВА А.П., ЕВТУШЕНКО И.Д., КУЦЕНКО И.Г.

*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПРЕДМЕННОСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Предменструальный синдром (ПМС) — комплекс психических, поведенческих и соматических симптомов, появляющихся

у женщин репродуктивного возраста в предменструальные дни. У 75 % женщин наблюдаются психические изменения, возникающие за



2-10 дней до менструации. Нервно-психическая форма ПМС (НПФПМС) преобладает во всех возрастных группах (40-55 %), за исключением группы 20-24 года, в которой чаще встречается отечная форма ПМС.

Патогенез ПМС представляется результатом сложных нейроэндокринных изменений, включающих и значительные колебания в центральной нервной системе серотонина (5-НТ), г-аминомасляной кислоты, эндорфинов и связанных с ними периферических процессов. Высказывается предположение, что существует оптимальный уровень серотонина, и изменение его в сторону повышения или снижения клинически может проявляться приступами тревоги или депрессии.

С целью лечения ПМС предлагается много вариантов медикаментозной терапии, начиная от витаминов (пиридоксин), заканчивая гормональными препаратами, вызывающими медикаментозную аменорею (агонисты гонадолиберина). В связи с повышенной аллергической настороженностью, непереносимостью многих препаратов, пациентки с этим заболеванием зачастую являются противниками лекарственного лечения. Поэтому возникает необходимость разрабатывать новые немедикаментозные (физиотерапевтические) методы лечения, которые будут восстанавливать нейроэндокринную систему путем мобилизации собственных ресурсов организма.

Целью исследования явилось изучение эффективности КВЧ-терапии при лечении женщин с НПФПМС.

Обследовано 23 женщины в возрасте от 19 до 41 года (средний возраст $27,4 \pm 1,1$ лет). Длительность НПФПМС составила от 8 мес. до 7 лет (в среднем, $31,0 \pm 3,6$ мес.). Симптомы заболевания начинали беспокоить женщин за $9,8 \pm 0,5$ дней до начала менструации. Легкая степень тяжести заболевания была диагностирована у 7 пациенток (30,4 %), тяжелая — у 16 (69,6 %). НПФПМС протекала в компенсированной форме у 8 женщин (34,8 %), в субкомпенсированной — у 15 (65,2 %).

Были использованы следующие методы исследования: анамнестический; клинический (гинекологический осмотр); клинко-психопатологический; экспериментально-психологический — шкала «Определения степени выраженности депрессивной симптоматики» HDRS-21 (Hamilton M., 1960), шкала Цунга для самооценки депрессии (Zung W.W.K., 1965), шкала «Определения тяжести тревожного расстройства» Гамильтона (1959), шкала Цунга для самооценки тревоги (1971); инструментальный (ультразвуковое сканирование органов малого таза проводилось с использованием трансвагинального датчика с частотой 7,5 мГц и конвексного с частотой 3,5 мГц, в реальном масштабе времени на 21-23 день менструального цикла для оценки состояния эндоме-

трия); биохимический (определение серотонина в экстракте тромбоцитарного сгустка методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией). Для оценки наличия овуляции проводился радиоиммунологический анализ содержания прогестерона в плазме крови на 21-й день менструального цикла у 15 пациенток.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью теста Уилкоксона (Wilcoxon). Значимость влияния группы на категориальные признаки определялась по критерию Хи-квадрат Пирсона. Исследование проводилось дважды в течение одного менструального цикла (в фолликулиновую и лютеиновую фазы) у всех пациенток, а также после курса лечения.

Женщинам, страдающим НПФПМС, проводилось воздействие излучением миллиметрового диапазона в режиме биорезонансной терапии на БАТ (биологически активные точки). Лечебный эффект КВЧ-терапии достигается за счет повышения неспецифической резистентности организма, мобилизации его внутренних резервов. Предложенный метод заключался в воздействии электромагнитными волнами КВЧ-диапазона длиной волны 5,6 мм, плотностью мощности 10 мВт/см, на точки V-H (да-чжу) (на ширину 1,5 цуня кнаружи от ямки между I и II грудными позвонками). Во время одной процедуры воздействовали последовательно на 2 БАТ, по 5 мин. на каждую. Лечение начинали с 14-го дня менструального цикла, по 8 процедур в течение двух месяцев.

В начале сеанса КВЧ-терапии у пациенток под электродами возникало ощущение легкого давления, которое в ходе сеанса исчезало из-за адаптации кожных рецепторов. Нередко пациентки начинали дремать и спали после сеанса.

Все обследуемые женщины после лечения отмечали улучшение самочувствия, настроения и повышение активности. При анализе предъявляемых жалоб до и после лечения было выявлено достоверное различие частоты симптомов у пациенток до и после лечения. Так, тревога была диагностирована до терапии у 21 пациентки (91,3 %), а после — у 2 (8,7 %); ощущение безнадежности — у 19 (82,6 %) и 2 (8,7 %), беспокойство — у 19 (82,6 %) и 4 (17,4 %), соответственно ($p < 0,01$). Такие симптомы, как раздражительность, обидчивость, заниженная самооценка, подавленное настроение, плаксивость, колебания настроения в течение суток, агрессивность и нарушения сна, снизились в 2 раза.

Психо-эмоциональные нарушения сопровождалось соматическими расстройствами (мастодиния, головная боль, боли внизу живота и пояснице, отеки), которые после лечения имели тенденцию к снижению.

Уровень прогестерона на момент начала обследования составил $51,5 \pm 7,5$ нмоль/л, что соот-



ветствует нормативному значению 10-90 нмоль/л. До лечения уровень тревоги по шкале Цунга составлял $48 \pm 1,4$ баллов, по шкале Гамильтона — $12 \pm 0,4$ баллов. После проведения курса терапии проявления тревоги снизились до $33 \pm 1,2$ баллов по опроснику Цунга ($p < 0,05$), и до $5 \pm 0,3$ баллов по шкале Гамильтона ($p < 0,01$).

Было отмечено положительное влияние процедур на выраженность депрессивной симптоматики, которая уменьшилась с $47 \pm 1,3$ до $30 \pm 4,6$ баллов по шкале Цунга ($p < 0,05$), и с $12 \pm 0,5$ до $4 \pm 0,2$ балла по шкале Гамильтона ($p < 0,01$).

Во вторую фазу менструального цикла до терапии были выявлены «малый депрессивный эпизод» в сочетании с тревогой у 5 пациенток (21,7 %), а изолированная тревога у 6 (26,1 %). После лечения тревога сохранилась у 2 женщин (8,7 %).

Концентрацию серотонина определяли до и после КВЧ-терапии во вторую фазу менструального цикла. До лечения был зафиксирован более высокий уровень серотонина $711,2 \pm 32,2$ ng/10⁹, после лечения отмечалось сниже-

ние до $524 \pm 31,2$ ng/10⁹ ($p < 0,05$). Определенным подтверждением позитивности воздействия на психологический статус женщин являлось то, что пациентки посещали сеансы КВЧ-терапии с удовольствием.

У 6 женщин (26,1 %), через несколько часов после сеанса, возникала головная боль, которую они связывали с действием миллиметровых волн, но при более тщательном сборе анамнеза выявлялось наличие мигрени в анамнезе. Две женщины (8,7 %) отмечали тяжесть в плечах после первой процедуры. У 1 пациентки (4,5 %) было однократное повышение АД на 15 мм рт. ст.

Результаты лечения были оценены как «хорошие» (полностью исчезали наиболее выраженные симптомы) у 17 пациенток (73,9 %) и как «удовлетворительные» (уменьшение интенсивности и сокращение дней ПМС) у 6 пациенток (26,1 %).

Таким образом, применение КВЧ-терапии для лечения нервно-психической формы предменструального синдрома целесообразно для пациенток с преобладанием таких симптомов, как тревога, беспокойство и ощущение безнадежности.

КОХ Л.И., ДЕВЯКОВИЧ Н.Н.

*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАДСОСУДИСТОГО СЛОЯ МИОМЕТРИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Сократительная деятельность матки проявляется в течение всего половозрелого периода жизни женщины, с особой значимостью во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Патология сократительной деятельности матки (СДМ) продолжает оставаться одной из главных проблем акушерства и проявляется аномалиями родовой деятельности, маточными кровотечениями, различными другими осложнениями в родах и послеродовом периоде, что влечет за собой рост оперативных вмешательств в родах, а также рост материнской и перинатальной смертности.

Накопленный экспериментальный материал последних лет приводит к мысли о том, что ведущая причина в возникновении аномалий маточных сокращений заключена в особенностях строения самого исполнительного органа и кровообращения в нем.

Поэтому фундаментальное изучение физиологии и патологии сократительной деятельности матки женщин с учетом особенностей строения исполнительного органа представляет большой научный и практический интерес

Методы исследования, проводимые с целью выяснения возможности прогнозирования аномалий сократительной деятельности, требуют наличия дорогостоящей аппаратуры и хорошо оснащенных лабораторий, тогда как своевременная и рациональная профилактика аномалий родовых сил возможна при ее раннем предвидении в женских консультациях.

Морфологическими работами Кох Л.И. (1982) установлено, что миометрий состоит из пара- и архимиометрия. Основными слоями парамиометрия являются подсерозный и надсосудистый, архимиометрия — сосудистый и внутренний. В надсосудистом слое имеется ряд структурных особенностей, а именно срединная продольная мышечная полоса, сформированная своеобразным расположением мышечных волокон. Она отличается большой вариабельностью по протяжению и степени выраженности. Этот слой составляет 1/3 от всей толщины стенки матки, волокна его продолжают в связочный аппарат.

Исследования Кох Л.И. и соавторов показали, что особенности строения надсосудистого слоя миометрия, а именно наличие срединной



продольной мышечной полосы, влияют на характер сократительной активности матки, ускоряя темп родовой деятельности, ее инволюции в послеродовом периоде, снижая кровопотерю во время искусственного аборта и в родах до минимальной. Однако данные заключения сделаны, на наш взгляд, на малочисленных наблюдениях, что требует более углубленного исследования в данном направлении.

Целью исследования явилось изучение влияния структурных особенностей надсосудистого слоя миометрия на течение первого триместра беременности.

За период с ноября 2004 г. по январь 2005 г. нами проведено клиническое обследование 21 женщины, вставших на диспансерный учет в женской консультации родильного дома № 2 г. Томска в ранние сроки беременности (до 12 недель). Для выявления структурных особенностей надсосудистого слоя миометрия, а именно наличия срединной продольной мышечной полосы, всем беременным при взятии на учет проводилось бимануальное исследование. СПМП определялась в виде продольно ориентированного валика, расположенного на передней, задней поверхности или в дне матки. Практически, срединная продольная мышечная полоса есть ни что иное, как вероятный признак беременности, Гентера, описанный во всех руководствах и учебниках по акушерству.

Возраст женщин колебался от 17 лет до 31 года, средний возраст составил $23 \pm 7,6$ лет. При

первичном обращении в женскую консультацию у 15 обследованных (71,4 %) был диагностирован срок беременности 9 недель, у 2 (9,5 %) — 10, у 1 (4,8 %) — 5, у 1 (4,8 %) — 6, у 1 (4,8 %) — 7, у 1 (4,8 %) — 8. Срединная продольная мышечная полоса была обнаружена у 11 женщин, что составило 52,4 %. Из них, у 3 обследованных (27,3 %) СПМП располагалась по передней поверхности и в дне тела матки, у 6 (54,6 %) обнаруживалась только на передней поверхности, и лишь у 2 (18,2 %) находилась на задней поверхности тела матки. Длина срединной полосы составила $2,74 \pm 1,26$ см, ширина — $1,9 \pm 0,7$ см, высота — $1 \pm 0,6$ см.

В зависимости от наличия срединной продольной мышечной полосы, все обследованные были разделены на две группы: 1 — с ней — 11 (52,4 %), 2 — без нее — 10 (47,6 %).

При клинической оценке течения первого триместра беременности, у обследованных выявлены следующие особенности. В первой группе токсикоз 1 степени тяжести — 6 случаев (54,6 %), угроза прерывания беременности — 8 случаев (72,7 %). Во второй группе осложнения не выявлены. После постановки диагноза, всем беременным было назначено соответствующее лечение: 6 (75 %) — амбулаторное, 2 (25 %) — стационарное.

Таким образом, наши предварительные данные указывают на то, что такие осложнения первого триместра беременности, как токсикоз и угроза прерывания, могут развиваться у беременных с наличием срединной продольной мышечной полосы.

КРАВЦОВА Е.С.

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОФОБЛАСТА У ПАЦИЕНТОК С ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В ЭМБРИОНАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА НА ФОНЕ ГИПОФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА

Невынашивание беременности является чрезвычайно актуальной проблемой современного акушерства. Частота данного осложнения остается стабильной в течение многих лет, составляет 13-30 % всех желанных беременностей, и не имеет отчетливой тенденции к снижению. При этом 75-80 % всех случаев прерывания беременности приходится на эмбриональный период.

Особое место среди причин раннего невынашивания или эмбриоплацентарной недостаточности занимает снижение уровня половых стероидных гормонов.

Эндокринная патология матери, независимо от своего генеза (нарушение функции гипоталамуса, гипофиза, щитовидной железы, надпочечников или яичников), в конечном счете, реализуется посредством первичной структурно-функциональной недостаточности желтого тела яичника. При этом возникает состояние относительной гипоэстрогемии и гипопрогестеронемии, которое служит причиной определенных морфологических нарушений эндометрия. При недостаточной выработке стероидных гормонов желтым телом нарушается процесс гормонально обусловленной дедифференциации стромальных клеток эндометрия



с нарушением формирования «окна имплантации», а, следовательно, и процесс собственно ранней инвазии интерстициального цитотрофобласта, с исходом в неадекватное развитие трофобласта с нарушением распределения синтициотрофобласта либо полным его отсутствием в мелких гипоплазированных ворсинах. Следствием этого является гипопродукция хориогонического гонадотропина (ХГЧ) синтициотрофобластом. Низкий уровень ХГЧ приводит к недостаточной стимуляции функциональной активности желтого тела и еще большему снижению синтеза эстрогенов и прогестерона.

Целью работы являлось определение функционального состояния хориона женщин с наличием ретрохориальной гематомы в первом триместре беременности. Под нашим наблюдением находились 120 пациенток с частичной отслойкой хориона в эмбриональной стадии развития плодного яйца. Наиболее частым параклиническим критерием угрозы прерывания беременности у них была гипофункция желтого тела, диагностированная у 84 женщин (70 %). Недостаточность функции была выставлена на основании уменьшения диаметра желтого тела до 18 мм и ниже (у 75 пациенток, 62,5 %) или его кистозной трансформации (увеличение от 25 мм), которая наблюдалась у 9 женщин (7,5 %). Повышение индекса резистентности кровотока в сосудах капсулы желтого тела выше 0,5 нами выявлено у 61 пациентки (51,8 %). Клинически гипофункция желтого тела проявлялась падением базальной температуры ниже 37,1°C, обусловленным недостаточной выработкой гестагенов, и выраженности шеечных феноменов («зрачка», повышенной «тягучести»

шеечной слизи), которые свидетельствуют об относительной гиперэстрогении и должны исчезать при нормальной эндокринной функции желтого тела.

Определяя уровень ХГЧ в плазме женщин, беременность которых осложнилась частичной отслойкой плодного яйца в сроке до 12 недель, мы выявили значительное снижение его концентрации у наших пациенток в сравнении с нормативными показателями, вне зависимости от срока гестации. Средние показатели содержания хорионического гонадотропина в плазме беременных с угрозой самопроизвольного выкидыша в первом триместре, по сравнению с уровнем ХГЧ в сыворотке женщин с отсутствием признаков угрозы прерывания беременности в эмбриональном периоде (контрольная группа), были достоверно ниже ($P < 0,01$): так при сроке гестации 4-5 недель уровень ХГЧ в основной группе был $82,22 \pm 18,82$ мМЕ/мл, в группе сравнения — $223,72 \pm 41,11$ мМЕ/мл; при сроке 6 недель — $139,63 \pm 7,54$ и $285,22 \pm 36,09$ мМЕ/мл, соответственно; при сроке 7 недель — $190,98 \pm 7,24$ и $358,08 \pm 22,45$ мМЕ/мл, соответственно; при сроке 8-9 недель — $216,91 \pm 26,02$ и $441,63 \pm 24,97$ мМЕ/мл, соответственно.

Таким образом, проведенное обследование пациенток с частичной отслойкой хориона в первом триместре беременности выявило наличие эхоскопических признаков гипофункции желтого тела в 70 % случаев и выраженное снижение содержания хорионического гонадотропина в плазме беременных, что свидетельствует о низкой функциональной активности трофобласта у беременных основной группы.

КУЛАВСКИЙ В.А., БЕГЛОВ В.И.

*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Железодефицитная анемия (ЖДА) — заболевание, при котором снижено содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. В результате этого нарушается образование гемоглобина, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. Данная патология остается серьезной проблемой у беременных группы высокого риска с осложненным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом.

Многие факторы предрасполагают к развитию анемии, как вне, так и во время беременности. Это может быть снижение поступления железа с пищей, нарушение всасывания железа в кишечни-

ке, может иметь место при хроническом энтерите, после обширной резекции кишки, при хронических панкреатитах. Перечисленные причины в группе беременных высокого риска встречались сравнительно редко.

Особую значимость имеют заболевания, проявляющиеся хроническими носовыми кровотечениями, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, тромбоцитопатиями, почечными заболеваниями (гломерулонефрит, мочекаменная болезнь), геморрагический диатез.

Причиной анемии у изучаемого контингента беременных была патология печени (хронический гепатит, гепатоз, тяжелый гестоз). При тяжелых



гестозах возникает нарушение депонирования в печени ферритина и гемосидерина, а также недостаточность синтеза белков, транспортирующих железо.

Предрасполагающими к развитию анемии у беременных (7,5 % случаев) являются такие факторы, как периодически повторяющиеся кровотечения при низкой плацентации и предлежании плаценты. Можно выделить следующие основные этиологические факторы ЖДА у беременных группы высокого риска: кровопотери; алиментарный фактор; гастрогенный фактор; энтерогенный фактор (нарушение процессов полостного и пристеночного пищеварения; ограничение процесса всасывания железа); нарушение процесса транспортировки железа в связи с дефицитом трансферрина в случае первичной патологии печени; нарушение процесса депонирования железа при тяжелых острых или хронических заболеваниях печени; нарушение процесса реутилизации железа при кровопотере в замкнутые пространства или интенсивной аккумуляции железа зоной воспаления.

Биологическая значимость железа определяется участием в тканевом дыхании. В связи с этим, для ЖДА беременных характерна тяжелая гипоксия и вызываемая ею патология. Гемоглобин обеспечивает связывание, транспорт и передачу кислорода. При дефиците железа у беременных возникала прогрессирующая гемическая гипоксия с последующим развитием вторичных метаболических расстройств

Клиническая симптоматика появлялась обычно при средней степени тяжести анемии, при легком течении болезни беременные не предъявляли никаких жалоб и объективными признаками малокровия служили только лабораторные показатели. ЖДА характеризуется не только изменениями гема, но и нарушениями белкового обмена. Если гипопротеинемия возникает только при тяжелой анемии, то гипоальбуминемия наблюдается и при заболевании средней и легкой степени тяжести. Гипоальбуминемия сопровождается выраженной

диспротеинемией. Сдвиги в содержании α_1 - и α_2 -глобулинов при ЖДА беременных объясняют нарушением обмена меди и связанных с ними иммунобиохимических показателей крови.

Анемия существенно осложняет течение беременности и родов у изучаемого контингента беременных; влияет на развитие плода. Часто у беременных (35 %) присоединялся гестоз, преимущественно отечно-протеинурическая форма, преждевременные роды наступили у 11,3 %. Все беременные нуждались в медикаментозном и диетическом лечении. При этом руководствовались рекомендациями экспертов ВОЗ: использование пероральных препаратов (удобство применения, лучшая переносимость); препараты Fe^{2+} , а не Fe^{3+} (лучшая абсорбция); сульфат железа — FeSO_4 (лучшая абсорбция, эффективность, дешевле); препараты с замедленным выделением Fe^{2+} (лучшая абсорбция, лучшая переносимость). Суточная доза для профилактики и лечения легкой формы заболевания 50-60 мг Fe^{2+} , а для лечения выраженной анемии — 100-120 мг Fe^{2+} . Этим требованием лучше других препаратов удовлетворяет Сорбифер дурулес. Лечение Сорбифер дурулесом должно быть длительным. Не следует огорчаться отсутствием гематологических сдвигов в ближайшие дни и недели лечения. Подъем ретикулоцитов (ретикулоцитарный криз) отмечается на 8-12 день при адекватном назначении препарата в достаточной дозе, содержание гемоглобина — к концу 3-й недели. Нормализация гемоглобина еще не означает восстановления запасов железа в организме. Для этой цели эксперты ВОЗ рекомендуют после 2-3-месячного лечения и ликвидации гематологической картины анемии не прекращать терапию препаратами железа, а только уменьшить вдвое дозу препарата, такой курс продолжается еще 3 месяца, но и восстанавливать запасы железа целесообразно еще 1 год, принимая небольшие дозы железа в течение 6-7 дней после окончания менструации, особенно если они длительные и обильные.

КУЛАВСКИЙ В.А., АБДРАХМАНОВА А.М., КУЛАВСКИЙ Е.В.
*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Гиперпластические процессы в эндометрии по-прежнему представляют важную проблему гинекологии, актуальность которой определяется их частотой, возможностью озлокачествления. Последняя колеблется в достаточно широких пределах (25-45 %) и определяется мор-

фологическими особенностями заболевания, длительностью рецидивирования, а также возрастом пациентки.

С усовершенствованием методов внутриматочной хирургии (абляция слизистой тела матки) гормональное воздействие на гиперплазирова-



ный эндометрий не утратило клинического значения. В настоящее время для гормонального лечения больных гиперплазией эндометрия используют комбинированные эстроген-гестагенные препараты, прогестагены, антиэстрогены и антигонадотропины.

Цель исследования: оценить терапевтический эффект прогестагенов при гиперплазии эндометрия в зависимости от возраста пациенток и длительности ациклического маточного кровотечения.

Было обследовано 46 женщин в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст $36,1 \pm 2,5$ лет), у которых диагноз железистая гиперплазия эндометрия верифицирован морфологическим исследованием полного соскоба слизистой тела матки. При изучении менструальной функции установлено, что средний возраст наступления менархе составил $12,7 \pm 0,8$ лет. Продолжительность менструального цикла у большинства (78 %) больных варьировала в пределах 28–30 дней. У 42 % женщин менструации длились пять и более дней.

Анализ репродуктивной функции показал, что одну и более беременностей имели 28 пациенток, наличие в анамнезе родов установлено у 37 женщин, аборт (искусственных и самопроизвольных) — у 12. У 18 обследованных обнаружено сочетание двух и более сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, среди которых отмечены эндокринопатии (ожирение), заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит), легких (хронический бронхит).

Среди гинекологических заболеваний наиболее часто встречались воспалительные процессы матки и придатков (38 %). Деструкция (крио-, лазеро- и диатермокоагуляция) шейки матки по поводу эктопии ранее проведена 19 пациенткам.

Длительность основного заболевания варьировала от 8 до 19 месяцев. Клиническими проявлениями его были ациклические маточные кровотечения на фоне периодических задержек менструаций — у 19, только мажущие кровянистые выделения — у 14, кровянистые выделения до и после менструации — у 13 больных.

В ходе гинекологического исследования установлено, что во всех наблюдениях размеры матки находились в пределах возрастной нормы. В качестве дополнительных методов диагностики использовали трансвагинальное ультразвуковое сканирование и гистероскопию.

У всех 46 больных выполнено гистологическое исследование эндометрия, в ходе которого диагностирована железистая (железисто-кистозная) гиперплазия эндометрия.

Поскольку гиперплазия эндометрия обнаружена впервые всем женщинам назначена гормональная терапия «чистые» прогестагены (дидрогестерон) — дюфастон. Прогестагены (ПГ) назначали с 14-го по 25-й день цикла в дозе 10–20 мг.

Клиническая оценка эффективности гормональной терапии больных гиперплазией эндометрия оценивалась по таким показателям, как устранение основных симптомов заболевания и нормализация менструального цикла. Высокая частота морфологического (устранение железистой гиперплазии эндометрия) и клинического (нормализация менструального цикла) эффектов отмечена у 39 женщин. У 7 женщин отмечена неэффективность терапии прогестагенами (как клинически, так и морфологически), которую можно объяснить отсутствием эстрогенного компонента в используемой схеме гормонотерапии (как известно, эстрогены существенно повышают чувствительность эндометрия к влиянию прогестагенов).

Несомненно, одним из важных факторов, способных модифицировать гормональную терапию, направленную на коррекцию нарушений в репродуктивной системе, является возраст женщины. Наибольшая эффективность гормонального лечения наблюдалась в группе пациенток репродуктивного возраста (до 35 лет). Прослежена определенная зависимость эффективности гормонального лечения от длительности ациклических маточных кровотечений. Максимальный терапевтический эффект достигнут при длительности ациклической кровопотери от 3 до 6 месяцев.

У больных, страдавших маточными кровотечениями свыше 12 месяцев, отмечали снижение чувствительности к гормональному воздействию.

Дюфастон обладает достаточным терапевтическим эффектом при гиперплазии эндометрия, при этом следует учитывать возраст женщин, длительность ациклических маточных кровотечений, а также индивидуальную чувствительность эндометрия к гормональному воздействию, которая снижена при изолированном применении прогестагенов.



КУЧЕРЕНКО С.Г., ПЕКАРЕВ О.Г., БОЧКАРЕВА А.Л.
Новосибирская государственная медицинская академия
Муниципальная гинекологическая больница № 2,
г. Новосибирск

ПРИМЕНЕНИЕ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Гиперпластические процессы эндометрия, их диагностика и лечение продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой оперативной гинекологии. Особое значение имеют длительно существующие и рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, которые предшествуют развитию рака эндометрия в 20-30 % случаев. Современные консервативные методы их лечения не дают обнадеживающих результатов, а используемые гормональные препараты противопоказаны части пациенток и имеют высокую стоимость. Оперативные методы лечения — это радикальные хирургические вмешательства на матке и придатках. Внедрение гистерорезектоскопии дало возможность проводить органосохраняющие операции — аблации эндометрия при гиперпластических процессах эндометрия. По данным различных авторов, эффективность этой операции составляет 60-98 %.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли гистерорезектоскопической аблации эндометрия в лечении гиперпластических процессов эндометрия у пациенток пре- и постменопаузального периода.

Материалы и методы. Жидкостную гистероскопию и гистерорезектоскопию выполняли диагностическим гистероскопом. Для расширения полости матки применяли при диагностической гистероскопии 0,9 % раствор NaCl и 0,02 % раствор хлоргексидина, при резектоскопии — 5-10 % раствор глюкозы.

Гистерорезектоскопическая аблация эндометрия была проведена 36 пациенткам. Возраст пролеченных больных колебался от 45 до 75 лет. Основную часть составили женщины от 50-60 лет (80 %).

В зависимости от вида гиперпластического процесса эндометрия, больные распределились следующим образом: рецидивирующая железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия — 22,3 % наблюдений; рецидивирующие железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия — 77,7 %, в том числе в сочетании с гиперплазией эндометрия в 28,5 %.

Имело место сочетание гиперпластических процессов эндометрия с другой гинекологической патологией в 77,7 % (с миомой матки в 25 %, эндометриозом матки в 13,9 %, хроническими воспалительными заболеваниями матки и придатков матки в 19,4 %, гиперпластическими процессами яичников в 19,4 % случаев).

Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 10 лет. В анамнезе имели место неоднократные диагностические выскабливания, в том числе и под контролем гистероскопии — в 77,7 % случаев. Пациенты получали гормональную терапию комбинированными оральными контрацептивами, гестагенами, ингибиторами гонадотропинов, антигестагенами. В 11,1 % наблюдений гормональное лечение не проводилось, в связи с наличием противопоказаний к гормонотерапии и отказом пациенток от данной терапии.

Перед проведением гистероскопической аблации эндометрия пациентки обследованы в общеклиническом плане, учитывались результаты исследования гормонального статуса крови, данные ультразвукового и гистологического исследований. Лапароскопию перед проведением аблации эндометрия не проводили.

Размеры матки до проведения аблации эндометрия в 35,6 % наблюдений были в пределах нормы, до 5 недель беременности в 36,1 %, до 6-7 недель — в 33,3 %. У части пациенток проводили гормональную предоперационную супрессию эндометрия (агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов, антигонадотропины). Гистерорезектоскопическую деструкцию эндометрия проводили типичной методикой в условиях постоянно проточной жидкостной гистероскопии. Использовались различные методы электродеструкции эндометрия: резекция, коагуляция, «вапоризация» эндометрия. Все операции выполнены в один этап. Длительность операции составила от 25 минут до 1 часа 10 минут, что в основном зависело от длины полости матки и толщины слизистой полости матки. Средний койко-день после операции составил 6.

В 38,8 % наблюдений (у 14 больных) аблация эндометрия сочеталась с проведением лапароскопической билатеральной аднексэктомии у пациенток с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия в пременопаузе и у пациенток с патологией яичников, выявленной при ультразвуковом исследовании в пре- и постменопаузе. Гистологическое исследование удаленной ткани яичников в 57,1 % наблюдений установило наличие гиперпластических процессов яичников (стромальные гиперплазии, текоматоз).

Осложнений при проведении гистерорезектоскопической аблации эндометрия, в том числе в сочетании с лапароскопической аднексэктомией не было.



Результаты. Динамическое наблюдение проводили за пациентами в течение 12-24 месяцев с применением ультразвукового, цитологического и гистологического исследований.

По данным наших наблюдений, патологические выделения из половых путей отмечаются от 2 до 3,5 месяцев. По данным ультразвуковых исследований, проводимых через 1, 2, 3, 6 и 12 месяцев, расширение полости матки сохраняется до 3 месяцев, что связано, в основном, с наличием сопутствующего вялотекущего метроэндометрита.

Рецидива гиперпластического процесса и возникновения метроррагий в группе больных в постменопаузе и у пациентов в пременопаузе с одномоментной лапароскопической аднексэктомией не отмечено. У пациенток в пременопаузе без аднексэктомии (5 человек) у 3 пациенток установилась аменорея, у 1 — гипоменорея, у 1 — сохранилась менометроррагия; рецидив гиперпластического процесса эндометрия выявлен у 1 пациентки.

Среди пациенток с полипами эндометрия на фоне атрофического или пролиферирующего эндометрия не отмечено регенерации слизистой поло-

сти матки. При абляции эндометрия у пациенток с гиперплазией слизистой полости матки у 11,1 % имело место возобновление роста эндометрия.

Заключение и выводы. Гистерорезектоскопическая абляция эндометрия — это реальная альтернатива гормонотерапии и гистерэктомии у больных с гиперпластическими процессами эндометрия в пре- и постменопаузе. Абляция эндометрия должна проводиться с учетом противопоказаний и правил проведения. Величина матки более 7 недель беременности, сопутствующие аденомиоз и миома матки, аденоматоз, возраст моложе 50 лет, гиперпластические процессы в области устьев маточных труб являются факторами, снижающими эффективность данной операции. В послеоперационном периоде необходимо динамическое наблюдение в целях раннего выявления рецидива гиперпластического процесса эндометрия. Учитывая большой процент сочетания гиперпластических процессов эндометрия и овариальных гиперплазий, надо шире ставить вопрос о сочетании абляции эндометрия и лапароскопической билатеральной аднексэктомии.

ЛЕВЧЕНКО В.Г., БАХАЕВ В.В., ДАНИЛОВА Л.Н., ГРАЧЕВА Л.М.

Государственный институт усовершенствования врачей,

г. Новокузнецк

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Наличие опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности может быть бессимптомным, проявляться угрозой прерывания беременности или клиникой острого живота при их разрыве или нарушении питания. Они могут предшествовать или возникнуть во время беременности.

Существующий риск перекрута ножки опухоли, нарушения кровоснабжения, разрыва капсулы, механического препятствия в родах, малигнизации требует оперативного лечения беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

В ранние сроки беременности развиваются лютеиновые или фолликулярные кисты яичников, которые в дальнейшем могут спонтанно регрессировать и лечения не требуют. Однако сохранение этих образований к 15-16 неделям беременности требует их оперативного удаления.

Общепринятым доступом к хирургическому лечению опухолей и опухолевидных образований яичников является лапаротомия. Оперативное вмешательство во время беременности осложняет ее течение. Часто возникает угроза прерывания беременности и синдром задержки развития пло-

да. Более щадящим для беременной является лапароскопический доступ.

Целью исследования явилось определение влияния лапароскопического доступа при хирургическом лечении опухолей и опухолевидных образований яичников во время беременности на исход беременности.

Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, УЗИ малого таза, мазки из влагалища на кольпоцитологию. Контроль за течением и исходом беременности осуществлялся по данным индивидуальной карты беременности и истории родов.

Под нашим наблюдением находились 59 беременных женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников при сроке беременности от 6 до 23 недель. Выполнено оперативное лечение лапароскопическим доступом.

Все пациентки были соматически здоровы, в возрасте 18-35 лет. До 20 лет было 7 беременных (11,8 %), 20-25 лет — 32 (55,9 %), 26-35 лет — 20 (32,7 %).



По сроку беременности больные распределены следующим образом: до 12 недель — 36 (61 %), 13-23 недели — 23 (39 %). В плановом порядке прооперированы 20 женщин (32,7 %), в экстренном — 39 (67,3 %).

Операции проводились под общим эндотрахеальным наркозом. Использовали только биполярную коагуляцию. Размеры опухолей были от 6 до 22 см. Удаленные препараты извлекали через тубус манипулятора. Средняя длительность операции составила 45 ± 15 минут.

Объем оперативного вмешательства решался индивидуально, в зависимости от характера опухоли и наличия осложнений. Выполнены: аднексэктомия — 14 (23,7 %), кистэктомия — 18 (30,5 %), овариоэктомия — 6 (10,2 %), резекция яичника — 14 (23,7 %), раскручивание придатков — 3 (5,1 %). При ретенционной, параовариальной и дермоидной кистах удаляли, как правило, только кисту.

Все удаленные ткани подвергали гистологическому исследованию. В 16 случаях была выполнена экспресс-диагностика. По гистологическому заключению, все удаленные ткани имели следующее строение: серозная цистаденома (6), псевдомуцинозная цистаденома (5), фолликулярная киста (15), киста желтого тела (18), параовариальная киста (8), зрелая тератома (4), эндометриодная киста — 1 (1,7 %).

В послеоперационном периоде для обезболивания беременные получали только ненаркотические анальгетики в течение 1-х суток. Явления угрозы прерывания беременности возникли у 7 беременных, в связи с этим им была назначена сохраняющая терапия. У 3-х пациенток, которым

выполнено удаление кисты желтого тела, беременность (6-8 недель) прервалась, несмотря на назначение гестагенов. Швы на коже сняты на 5-е сутки после операции. Во всех случаях отмечено заживление первичным натяжением.

Для контроля за течением беременности всем женщинам проводилось УЗИ на 7-е сутки после операции — патологии состояния плода не выявлено. В удовлетворительном состоянии с прогрессирующей маточной беременностью выписаны 56 пациенток.

В дальнейшем течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности во II триместре у 8 женщин (13,6 %), что потребовало их госпитализации в родильный дом. У 1 беременной произошел поздний выкидыш в сроке 22 недели беременности. Неосложненные легкие формы ОПГ-гестоза выявлены у 6 беременных (10,2 %).

Беременность завершилась срочными родами у 53 женщин (89,9 %), у 2 (3,4 %) — преждевременными родами в 34-35 недель беременности. Самостоятельно родили 48 (87,3 %), операцией кесарева сечения по сочетанным показаниям родоразрешены 7 пациенток (12,7 %). Все дети родились в удовлетворительном состоянии. Перинатальные потери не отмечены.

Полученные результаты наблюдения за беременными позволяют утверждать, что оперативное вмешательство лапароскопическим доступом при опухолях и опухолевидных образованиях яичников в I триместре беременности неотягощает течение беременности и ее исходы. Ведение послеоперационного периода проще, а течение его легче, после лапаротомического доступа.

ЛЕВЧЕНКО В.Г., БАХАЕВ В.В., БЛИНОВ А.И., ГЛУШАНОВА Н.А.,
ГРАЧЕВА Л.М., ДАНИЛОВА Л.Н.

*Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Микробное загрязнение операционной раны связано с попаданием в нее изначально бактериальной микрофлоры. Оно является практически неизбежным даже при идеальном соблюдении правил асептики и антисептики.

К концу операции в 80-90 % случаях раны обсеменены различной микрофлорой, чаще всего стафилококками.

В настоящее время считается, что при проведении антибактериальной химиопрофилактики (АХП) не следует стремиться к полной аэрации

бактерий. Значительное уменьшение их числа уже облегчает работу иммунной системы и предотвращает развитие раневой инфекции (РИ). Эффективная концентрация антимикробного препарата (АМП) в операционной ране должна быть достигнута к началу операции, и сохраняться до ее окончания.

Целью исследования было сравнение традиционного (послеоперационного) применения антибиотиков с современной периоперационной АХП раневой инфекции при оперативных вмешательствах лапароскопическим доступом.



Под нашим наблюдением находились 122 женщины в возрасте 17-35 лет. Эти пациентки были оперированы лапароскопическим доступом. Показаниями к оперативному вмешательству были прогрессирующая и нарушенная трубная беременность, доброкачественные опухоли яичника, перекрут придатков матки, параовариальные кисты, восстановление проходимости маточных труб при трубном бесплодии, тубарная стерилизация, уточнение диагноза. В плановом порядке выполнено 43 операции и в экстренном — 79. Средняя продолжительность операции составила 75 ± 20 минут. Во всех случаях использовался общий эндотрахеальный наркоз. Для стандартизации риска послеоперационных инфекций все оперативные вмешательства условно разделены на чистые, условно-чистые, загрязненные и грязные.

«Чистые» операции — это плановые лапароскопические операции на придатках матки (оварио- и тубэктомия, резекция и демидуляция яичника, аднексэктомия, тубарная стерилизация без использования клемм), диагностическая лапароскопия.

«Условно-чистые» операции — это операции с высоким риском развития раневой инфекции. В эту категорию относятся плановые операции лапароскопическим доступом: со вскрытием полости матки; на маточных трубах (пластика) без явных признаков сопутствующей инфекции; неотложные операции, которые при плановых вмешательствах входят в категорию «чистых» операций; консервативная миомэктомия.

«Загрязненные» операции — это повторные операции; явления адгезивного пельвиоперитонита и хронического сальпингоофорита; использование имплантатов (микроиригатор, клеммы и др.).

«Грязные» операции — это операции на заведомо инфицированных тканях (пельвиоперитонит, тубо-овариальные абсцессы и др.). В анализируемых случаях грязных операций не было.

Основную группу составили 52 больных (16 чистых операций, 22 условно-чистых, 14 загрязненных). С целью профилактики РИ, за 30 минут до начала операции или при проведении вводного наркоза, внутривенно болюсно вводился

цефазолин 2,0. Этого введения цефазолина было достаточно при чистых операциях. При условно-чистых — введение 1,0 цефазолина повторялось внутримышечно через 8 и 16 часов после введения первой дозы. При загрязненных — введение цефазолина внутримышечно продолжалось еще в течение суток (две инъекции с интервалом 8 часов).

Контрольную группу составили 70 больных (22 чистых операции, 29 условно-чистых, 19 загрязненных). В этой группе антибиотики (пенициллин, оксациллин, гентамицин, канамицин, цефазолин) назначались после окончания операции и их введение продолжалось в течение 7 суток.

Обе группы наблюдения сопоставимы по возрасту и наличию соматической патологии. Наблюдение за течением послеоперационного периода показало, что гипертермия в первые 3-4 суток в основной группе наблюдалась у 25 больных (48 %) (6 случаев (37,5 %) — при чистых операциях, 10 (45,5 %) — при условно-чистых, 9 (64,3 %) — при загрязненных). В контрольной группе гипертермия наблюдалась у 36 больных (51,4 %), соответственно, 10 (45,5 %), 15 (51,7 %), 12 (63,2 %).

Инфильтрация и нагноение кожных швов отмечены в основной группе у 2 больных (3,9 %) — у 1 при условно-чистых операциях и у 1 при загрязненных. В контрольной группе данное осложнение имело место у 5 больных (7,1 %) — у 1 при чистых операциях, у 2 при условно-чистых, у 2 при загрязненных.

Инфильтрация и болезненность в области оперативного вмешательства в основной группе составила 3 случая (5,7 %), соответственно, 1 (6,3 %), 1 (4,5 %), 1 (7,4 %). В контрольной группе — 7 (10 %) и далее по структуре — 2 (9,1 %), 3 (10,3 %), 2 (10,5 %), соответственно.

Полученные результаты позволяют утверждать, что периоперационная профилактика раневой инфекции более эффективна, чем традиционная. Она упрощает ведение больных в послеоперационном периоде. Позволяет снизить стоимость лечения, так как снижается курсовая доза АМП и количество расходных материалов (шприцы, спирт, вата и т.д.).

ЛОГУТОВА Л.С., ТИТЧЕНКО Л.И., ПЕТРУХИН В.А., АХВЛЕДИАНИ К.Н.,
ТИТЧЕНКО Ю.П., МЕЛЬНИКОВ А.П.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
г. Москва

ТРЕХМЕРНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАТКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Послеродовые осложнения, в частности инфекционные, чаще развиваются после оперативного родоразрешения, особенно

в тех случаях, когда оно предпринимается по экстренным показаниям. Разработка и внедрение в клиническую практику новых ультразвуковых



диагностических технологий (трехмерная визуализация объекта и 3Д-доплерометрия) позволяют получить комплекс критериев репарации шва на матке после операции кесарево сечение и выявить ранние признаки послеродовых воспалительных осложнений.

В связи с этим, *целью нашего исследования* явилось определение практической значимости 3Д-ультразвукового исследования в раннем послеродовом периоде у женщин после абдоминального родоразрешения.

Комплексное ультразвуковое исследование, включающее определение объемов тела, шейки и полости матки, состояние сосудистой сети матки и области шва после операции кесарево сечение, проводилось на приборе Voluson 730, на 8-е сутки после операции кесарево сечение. Обследовано 25 родильниц, которые ретроспективно были разделены на две группы:

1 группу составили 17 родильниц с неосложненным течением послеродового периода, во 2 группу вошли 8 пациенток, имеющих признаки воспалительного процесса по данным диагностических методов исследования.

Проведенное исследование позволило определить объемы тела матки (V матки), ее полости (V полости матки) и шейки матки (V шейки матки).

Для оценки состояния сосудистой сети матки в целом, и для определения кровоснабжения области шва после операции кесарево сечение, нами была использована методика 3Д-доплерометрии.

При компьютерной обработке гистограмм рассчитывали индекс васкуляризации (Vi), который отражает процентное содержание сосудистых элементов в интересующем объеме ткани; индекс кровотока (Fi), который отражает количество клеток крови, транспортируемых в момент исследования, т.е. интенсивность кровотока.

Параллельно с вышеперечисленными методами, проводились цветное доплеровское картирование и импульсная доплерометрия, дана сравнительная оценка систоло-диастолического соотношения и индекса резистентности дуговых и маточных артерий на стороне плацентарной площадки и на противоположной стенке матки.

Во 2 группе обследованных женщин было выявлено достоверное увеличение объемов тела матки на 21 %, по сравнению с 1-й группой: $449,52 \pm$

$59,33 \text{ см}^3$ против $371,3 \pm 34,17 \text{ см}^3$ и полости матки на 25 %: $40,89 \pm 8,87 \text{ см}^3$ против $30,53 \pm 3,21 \text{ см}^3$ ($p < 0,01$). Объемы шейки матки достоверных различий не имели и составили $26,38 \pm 4,11 \text{ см}^3$ и $30,53 \pm 3,21 \text{ см}^3$, соответственно ($p > 0,05$).

Во 2-й группе пациенток наблюдалось снижение индекса васкуляризации матки (Vi) на 40,6 %, по сравнению с 1-й группой: $0,7 \pm 0,09$ против $1,18 \pm 0,34$ и васкуляризационно-поточного индекса (Vi/Fi) на 74 %: $0,28 \pm 0,07$ против $1,08 \pm 0,11$, а также снижение индексов сосудистой резистентности в аркуатных и радиальных артериях матки С/Д = $1,18 \pm 0,1$ (на 17 %), ИР = $0,48 \pm 0,02$ (на 10 %) против С/Д = $2,18 \pm 0,3$; ИР = $0,53 \pm 0,07$. Таким образом, увеличение объемов тела матки и ее полости в сочетании с гиповаскуляризацией является комплексом диагностических признаков наличия воспалительного процесса в матке после операции кесарево сечение.

При сравнении объема миометрия в области шва на матке после кесарева сечения и индексов кровотока (Vi, Fi, Vi/Fi) в этой зоне в 1 и 2 обследованных группах достоверных отличий не выявлено.

Полученные результаты можно объяснить наличием воспаления (септического или асептического), которое является одной из стадий репаративного процесса. В то же время, недостоверные отличия рассматриваемых показателей в обеих группах свидетельствуют об отсутствии существенных экссудативных процессов в области шва на матке и его несостоятельности, несмотря на различные условия, в которых формируется маточный рубец. Ультразвуковая оценка нижнего маточного сегмента позволяет выявить факторы риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения при повторной беременности и родах.

Таким образом, наши исследования показали, что использование комплексного ультразвукового исследования, включающего трехмерную визуализацию матки (3Д) и 3Д-доплерометрию, а также двухмерную эхографию, цветное доплеровское картирование и импульсную доплерометрию сосудистой сети матки у пациенток после кесарева сечения, позволяют повысить точность диагностики осложнений послеродового периода и провести их адекватное лечение.



ЛУКИНА Н. А., ПОНОМАРЕВА М.В., ЧЕРНЯЕВА В.И.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
МУЗ Клинический диагностический центр,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 15-18 ЛЕТ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Социально-экономические изменения в стране обусловили сложную медико-демографическую ситуацию, устойчивый характер ухудшения состояния здоровья населения. Данная тенденция характерна и для Западно-Сибирского региона. В связи с неблагоприятными демографическими сдвигами, особую тревогу вызывает состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков, которые будут поддерживать основной уровень рождаемости в первые десятилетия нового века.

Проблема охраны репродуктивного здоровья женского населения, особенно подросткового, в современной России стала междисциплинарной. Она обусловила важное направление государственной политики. Вопросы охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков представляют важную медицинскую и социальную проблему и являются в настоящее время чрезвычайно актуальными.

Среди всех территорий Западной Сибири Кемеровская область отличается наиболее острыми медико-демографическими проблемами. Отмечается самая высокая интенсивность естественной убыли населения, «регрессивный» тип его возрастной структуры с долей детей 21,7 % и долей лиц пожилого возраста более 16 %.

Тенденция к истощению репродуктивного потенциала количественно, а именно уменьшение абсолютной численности детей, уменьшение доли детей в общей численности населения, и качественно (соматическая заболеваемость детей и подростков, заболевания репродуктивной системы, либерализация сексуального поведения, возрастание доли случайных беременностей, аборт у подростков, социально-значимые заболевания) в последнее десятилетие является актуальной.

Изучение основных показателей репродуктивного здоровья крупного промышленного региона Кемеровской области проведено в 1990 и 2004 гг. Объектом исследования явились девочки-подростки в возрасте 15-18 лет, вступающие в активный репродуктивный период.

Все обследованные девочки-подростки были разделены на 2 группы. Основную группу составили 517 девочек-подростков, возраст которых в 2004 году составил 15-18 лет. Группу сравнения составили 510 девочек-подростков, возраст которых в 1990 году составил 15-18 лет.

Для изучения особенностей физического развития у девочек-подростков в обеих группах была

проведена клиническая антропометрия: измерение роста (L), массы тела (M), окружности грудной клетки (ОКГ), длина ног (ДН), межкромальных и межвертельных размеров, акушерских размеров таза, а также определение индекса массы тела (ИМТ), тазово-плечевого коэффициента (ТПК). Анализ пропорций тела девочек-подростков производили наглядным графическим методом морфограмм с использованием методик Descourt и Doumic.

Изучение полового развития проводилось по степени развития вторичных половых признаков и интегрировалось в половую формулу. Оценка степени полового развития проводилось в баллах (Тумилович Л.Г. и соавт., 1975).

Состояние соматической и гинекологической заболеваемости в обеих группах оценивалось во время осмотров и ретроспективно, по записям в медицинской документации.

При исследовании физического развития было выявлено, что девочки-подростки основной группы имели сниженные основные показатели: вес $52,4 \pm 0,5$ кг, окружность грудной клетки $76,5 \pm 0,6$ см. Соответствующие показатели у девочек-подростков в группе сравнения составили $58,1 \pm 0,5$ кг и $79,8 \pm 0,4$ см ($p < 0,05$).

Важным показателем физического развития девочек-подростков являются изменения костного таза. У девочек-подростков основной группы достоверно чаще встречались уменьшенные размеры таза, чем у девочек-подростков группы сравнения (89,1 % и 77 %, соответственно, $p < 0,05$). При исследовании было выявлено уменьшение поперечных размеров таза у большинства девочек-подростков основной группы (13,7 % и 8,2 %, $p < 0,05$), что явилось причиной различных форм его сужения.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее низкие показатели физического развития имеют девочки-подростки основной группы. Телосложение девочек-подростков основной группы и группы сравнения характеризуется диспропорциональностью. В первую очередь, обращает на себя внимание астенизация девочек-подростков основной группы, что подтверждается показателями всех полученных индексов. Наиболее низкий показатель ИМТ составил у девочек-подростков основной группы — $16,6 \pm 0,2$ ($p < 0,001$), в группе сравнения — $22,4 \pm 0,2$ ($p < 0,001$).



Средняя величина тазово-плечевого коэффициента у девочек-подростков основной группы достоверно выше и составила $0,78 \pm 0,01$, в группе сравнения — $0,74 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). При астеническом телосложении величина тазово-плечевого коэффициента колеблется в пределах $0,77-0,83$.

При анализе среднего популяционного морфотипа также выявлена диспропорциональность телосложения, которая выражалась в евнухоидизации 49,9 % девочек-подростков основной группы и в андрогенизации 31,5 % девочек-подростков группы сравнения. Исследование структуры морфограмм у девочек-подростков свидетельствует об усилении процесса евнухоидизации и замедлении темпов физического развития в основной группе.

Данные морфограмм показывают отсутствие акселерации физического развития девочек-подростков основной группы, подтверждением этого являются стабильные показатели длины тела, уменьшение поперечных размеров таза и диспропорциональное строение скелета за счет увеличения длины нижней части туловища.

У девочек-подростков основной группы средний балл полового развития составил $11,5 \pm 0,1$ (в группе сравнения $11,9 \pm 0,2$; $p < 0,05$). Исследование показало, что у девочек-подростков основной группы выявлено нарушение процессов полового созревания. Средний возраст менархе в основной группе составил $13,2 \pm 0,2$ года, в группе сравнения $12,6 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Физическое и половое развитие девочек-подростков основной группы характеризуется диспропорциональностью и астенизацией телосложения, инфантилизацией морфотипа, уменьшением размеров костного таза, поздним возрастом менархе, замедлением темпов полового развития, что является причиной их деселерации.

Наличие соматической патологии у девочек-подростков является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на репродуктивное здоровье. Распространенность соматической за-

болеваемости в основной группе девочек-подростков составила 1457 %, в группе сравнения — 1312 %. В структуре соматической заболеваемости в основной группе и группе сравнения преобладали болезни органов дыхания (52,6 % и 45,6 %), органов пищеварения (32,4 % и 28,3 %), мочеполовой системы (23,7 % и 19,4 %) и эндокринной системы (20,5 % и 17,3 %).

Распространенность гинекологической заболеваемости у девочек-подростков основной группы составила $456 \pm 0,5$ %; группы сравнения — 328,7 %. В структуре гинекологической заболеваемости преобладали воспалительные заболевания гениталий и нарушения менструального цикла.

Значительную долю среди воспалительных заболеваний у девочек-подростков основной группы и группы сравнения составили: сальпингоофорит (29,5 % и 23,7 %) и кольпит (35,7 % и 24,4 %). Структура нарушений менструального цикла представлена следующими наиболее часто встречающимися формами: ювенильные маточные кровотечения — 41,6 % и 36,4 %, соответственно ($p < 0,05$); дисменорея — 27,6 % и 33,6 % ($p < 0,05$); гипоменструальный синдром — 14,3 % и 13 % ($p < 0,05$). У девочек-подростков обеих групп, живущих половой жизнью, частота этой патологии была в 3 раза выше (47,5 % и 15,7 %, $p < 0,05$), чем у сверстниц, не вступавших в сексуальные отношения (46,1 % и 14,3 %, $p < 0,05$). При исследовании выявлен значительный рост гинекологической заболеваемости у девочек-подростков основной группы, что свидетельствует о снижении уровня их репродуктивного здоровья.

Таким образом, полученные результаты исследования физического и полового развития девочек-подростков основной группы свидетельствуют об астенизации телосложения и инфантилизации морфотипа; замедлении темпов полового развития, высокой распространенности соматической и гинекологической патологии, что крайне негативно отражается на их репродуктивном потенциале.

МАРКОВА Е.А., КУЗНЕЦОВА Т.А., САЛФЕТКИНА С.В.
*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОСАЛЬПИНКСОВ У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ

Трубно-перитонеальное бесплодие занимает ведущее место в структуре нарушений репродуктивной функции у женщин: его частота достигает 56 %. За последнее десятилетие существенно возросла роль (67 %) хламидийной инфекции в развитии воспалительных заболе-

ваний. По данным разных авторов, от 25 % до 80 % женщин, перенесших хламидиоз, становятся бесплодными. Воспалительный процесс в ампулярных отделах маточных труб нередко сопровождается слипанием фимбрий в местах гибели реснитчатого эпителия и грубыми анатомическими



ми изменениями по типу гидросальпинксов (ГС). Диагностика указанных изменений, с учетом инфицированности хламидиями эндометрия и эндосальпинкса, чрезвычайно важна и актуальна для выбора метода коррекции бесплодия.

Нами проведен анализ 107 случаев бесплодия предположительно на фоне ГС в возрасте больных от 22 до 43 лет. Длительность бесплодия варьировала от 1 года до 16 лет. Анамнез 85 больных (79,4 %) был отягощен хроническим сальпингоофоритом, у 63 (58,8 %) — ранее перенесенными различными оперативными вмешательствами (лапароскопическими реконструктивно-пластическими операциями на маточных трубах у 26,6 %, аппендэктомией — у 18 %, по поводу трубной беременности — у 14,2 %, в 35 случаях (34,6 %) отмечен рецидив ГС.)

Обследование пациенток с целью определения причины нарушения репродуктивной функции было проведено по стандартному алгоритму при бесплодном браке. Совокупность полученных результатов явилась основанием для предварительного распределения факторов бесплодия и исключения всех других, кроме трубного с наличием ГС. Кроме того, интраоперационно осуществлялся забор материала для диагностики хламидийного процесса в маточных трубах и эндометрии методами прямой иммунофлюоресценции (РИФ) с моноклональными антителами и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Нами проанализирована информативность проведенных методов оценки состояния маточных труб с использованием гистеросальпингографии, УЗИ гениталий и хромолапароскопии.

Комплексная ультразвуковая оценка внутренних половых органов у 73 больных (64,6 %) включала трансабдоминальное (в 19 случаях) и трансвагинальное (в 54) исследования. Ультразвуковое исследование органов малого таза проводили на аппаратах УЗИ Aloka 650 и Spectra Masters с использованием абдоминального и вагинального датчиков с частотой 3,5 и 5 МГц. При ультразвуковом исследовании ГС визуализировался в виде веретенообразного образования различных размеров, с тонкой капсулой и гипоехогенным или анэхогенным содержимым, в ряде случаев с наличием перегородок. Отмечались проявления хронического аднексита в виде точечных гиперэхогенных включений по поверхности яичников, а также косвенные признаки спаечного процесса в малом тазу. По совокупности эхографических признаков в 78 % случаев выявлены ГС (односторонние — у 40 больных, двусторонние — у 17), признаки хронического аднексита и спаечного процесса — у 12 больных, в 4 случаях патологии не обнаружено.

Гистеросальпингография была проведена 34 больным (30 %) по стандартной методике на 5-7-й день менструального цикла с использова-

нием водно-растворимых рентгеноконтрастов. Типичными рентгенологическими признаками ГС были расширение диаметра ампулярного отдела трубы, нередко с ее значительным удлинением, извилистостью, изменение формы по типу реторты и отсутствие свободного контраста в брюшной полости.

Завершающим этапом в диагностике указанной группы больных явилась хромолапароскопия. Комбинированное эндоскопическое обследование и лечение (гистероскопия и хирургическая лапароскопия) осуществлялось по стандартной методике под общим обезболиванием. Лапароскопически ГС визуализировались в виде мешотчатых расширений ампулярных отделов маточных труб, имеющих серо-розовый, а иногда, при больших размерах гидросальпинкса и резком истончении стенок маточных труб, голубоватый цвет. Окклюзия ампулярных отделов труб доказывалась «синим тестом». Степень выраженности спаечного процесса в области придатков матки оценивали по классификации Hulka и соавт. При I-II степени распространения спаечного процесса обнаруживались пленчатые, легко разрываемые сращения вокруг маточных труб и яичников, а при III-IV степени — спайки были плотные, снабжены сосудами, трудно поддавались разделению. В ряде случаев в патологический процесс были вовлечены матка, кишечник, сальник. С целью уточнения хламидийного процесса в маточных трубах при лапароскопии осуществлялся забор эндосальпинкса. Эндоскопическое выявление перисигмоидита и перигепатита учитывалось в диагностике хламидийного воспалительного процесса придатков матки.

В результате лапароскопического обследования, одно или двусторонние ГС были выявлены у 66 больных (90,4 %). В 28 случаях отмечены расхождения ультразвуковых и эндоскопических находок (в 7 случаях — ложноположительные заключения, в 21 — ложноотрицательные). Данные несовпадения были связаны с наличием паратубарных и параовариальных кист, спаечного процесса в малом тазу и межспаечных ретенционных образований, хронического аднексита. Информативность УЗИ в диагностике ГС составила 61,6 %.

Совпадения заключений данных гистеросальпингографии и лапароскопии наблюдались в 27 случаях из 34 обследованных. Ложноотрицательные заключения, вероятно, объяснялись возможным спазмом сфинктеров маточных труб. Информативность ГСГ в выявлении ГС составила 79,4 %.

По окончательным результатам обследования ГС выявлены в 101 случае. Каждой пятой обследованной осуществлялось ранее противохламидийное лечение с положительным лабораторным контролем излеченности, а в трети слу-



чаев отмечен рецидив ГС. Инфицированность эндосальпинкса хламидиями оценена у 84 больных (83,1 %). В 32,1 % случаев была выявлена хламидийная инфекция (в 74 % методом ПЦР, в 14,8 % — методом РИФ, в 11 % — методами РИФ и ПЦР). Чаще этот процесс выявлялся при рецидивах (в 38 % случаев).

Таким образом, УЗИ органов малого таза, являясь неинвазивным, безопасным и дешевым методом, оказалось достаточно информативным в выявлении ГС, особенно при трансвагинальном исследовании. Несмотря на высокую информа-

тивность ГСГ в уточнении состояния маточных труб, инвазивность методики и необходимость обязательного последующего лапароскопического обследования заставляют пересматривать приоритетное использование данного метода. Хромо-лапароскопия позволяет не только подтвердить наличие ГС, но и уточнить его этиологию с использованием дополнительных методов интраоперационной диагностики хламидиоза, что помогает дифференцировано подходить к хирургическому и комплексному послеоперационному лечению больных.

МЕХОВСКАЯ Л.Ю.
УЗ Областная клиническая больница,
г. Кемерово

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ НУТРИЕНТОВ В РАЦИОНЕ БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КУЗБАССЕ

Питание — один из постоянно действующих факторов внешней среды. Оно оказывает мощное влияние на все биологические системы организма. Исследования рациона человека позволяют оценить адекватность поступления пластического материала и определить методы коррекции с адекватным и эффективным использованием алиментарных воздействий в системе профилактических и лечебных мероприятий. При этом следует учитывать, что при нарушении питания чаще встречается не какая-либо изолированная его форма (в частности, алиментарная недостаточность), а сочетанный дефицит нескольких эссенциальных нутриентов, т.е. полинутриентная недостаточность.

Доказано, что несбалансированное питание нарушает резистентность организма к инфекции, что в свою очередь влияет на статус питания, нарушая всасывание, метаболизм и утилизацию пищевых веществ, усугубляя алиментарную недостаточность. В связи с этим, чрезвычайно важным представляется изучение влияния полинутриентной недостаточности на течение и исход беременности. При этом, в коррекции рациона отдельных беременных следует опираться как на состав нутриентов, так и на генетически детерминированные, сформированные с учетом климатических условий среды обитания, пищевые привычки населения.

Целью работы было изучение пищевого статуса беременных женщин Кузбасса и его влияние на течение и исход гестационного процесса.

Материалы и методы. Проведен анализ фактического питания 500 беременных в возрасте 16-

41 лет, включающий характеристику основных энергетических и пластических компонентов питания и качественный анализ нутриентов среднесуточного рациона. Был разработан дневник питания с подробной характеристикой рациона за 24 часа. В дневнике указывалось время приема пищи, наименование продуктов или блюд, их количество, а также особенности кулинарной обработки; сведения о состоянии здоровья. При опросе о составе рациона для оценки количества потребляемой пищи (г/сут.) использовались методические рекомендации Центра Госсанэпиднадзора в Кемеровской области «Гигиеническая оценка фактического питания населения в условиях экологического неблагополучия», 2000 г.

Для анализа химического состава пищевого рациона применен программный пакет «Диетолог», созданный сотрудниками Института Питания РАМН; в его основу положены нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения, разработанные Институтом Питания РАМН при участии сотрудников Института региональных проблем и ряда других НИИ (утверждены МЗ РФ 08.05.91, № 5786-91).

Обработка результатов проведена с использованием параметрических и непараметрических методов в зависимости от параметров распределения вариационных рядов с помощью программы «Statistica». Степень взаимосвязи различных параметров оценивали по критерию корреляционных связей Пирсона. Мера участия отдельных факторов изучена методом дисперсионного (факторного) анализа.



Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования, у всех беременных обнаружен дисбаланс в потреблении отдельных нутриентов и увеличение суточной калорийности пищевого рациона. У отдельных обследованных потребление колебалось в очень широких пределах, что объясняется различным уровнем питания в зависимости от достатка беременных, а так же от культуры питания.

Полученные данные показывают, что средняя энергетическая ценность рациона у обследованных была несколько выше ($2546 \pm 23,8$ ккал/сут.) рекомендуемой нормы для беременных (2350 ккал/сут.). Обращает на себя внимание низкое среднее количество белка в пищевом рационе, в т.ч. животного ($10,2 \pm 0,5$ %). Соотношение белков, жиров и углеводов составило $10,2 : 34,3 : 55,5$, в то время как, согласно литературным данным, у беременных оно должно равняться $12 : 30 : 58$.

В структуре питания основное место занимали хлебобулочные изделия (все сорта и виды хлеба и хлебобулочных изделий, выпечка из дрожжевого теста), крупы и макаронные изделия, затем следовали овощи (включая картофель), овощные консервы и блюда из овощей, рыба (все виды готовой рыбы, консервы из рыбы и морепродуктов). Реже употребляли мясо (все виды колбасных изделий, продукты из готового мяса и птицы, мясные консервы и субпродукты), молоко (все виды

молочной продукции, включая консервы из молока, творог, ряженку, сметану, кефир, йогурт), яйца (в том числе омлеты).

У 97,3 % обследованных женщин установлен алиментарный дисбаланс, при этом они страдали различной соматической патологией. Регулярно питались 59,7 %, передали 39,4 %, недоедали 17,2 % беременных.

Во всех группах беременных была завышена энергетическая ценность рационов, установлено достоверное снижение как количественного, так и процентного содержания белка, при завышении количества жиров и углеводов.

Основной причиной низкого содержания белков в рационе беременных является недостаточное употребление ими мясных и молочных продуктов, что приводит к пониженному поступлению не только белка, но также полиненасыщенных жирных кислот и микронутриентов, содержащихся в указанных продуктах. Следствием снижения в рационе доли овощей, фруктов и нарастания доли углеводов явился дефицит витаминов, микроэлементов, пищевых волокон и других нутриентов.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о неадекватности питания беременных, проживающих в Кузбассе, вследствие чего оно не может рассматриваться как фактор алиментарной защиты в зоне с напряженной экологической обстановкой, и требует неременной коррекции.

МИХЕЕНКО Г.А., БАЖЕНОВА Е.Г.

*Сибирский государственный медицинский университет,
ГУ НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии ТНЦ СО РАМН,
г. Томск*

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕННОРЕЕ

Дисменорея относится к числу самых распространенных видов гинекологической патологии пубертатного периода. Среди подростков частота этого заболевания колеблется в пределах 20 %. В развитии первичной дисменореи средовые влияния действуют в комплексе с факторами биологического порядка. Поэтому важно исследовать социальные и экономические условия воспитания подростка, выявить их влияние на развитие дисменореи, и разработать меры профилактики этого заболевания.

Целью исследования было изучение социальной адаптации семей, имеющих подростков с первичной дисменореей.

Для выполнения поставленной цели проведения анкетирования 90 матерей девушек, страдающих первичной дисменореей (основная группа).

Результаты опроса сравнивались с аналогичными среди 30 матерей, имеющих здоровых девушек-подростков в возрасте 14-15 лет (контрольная группа). При этом социально-экономические условия жизни семьи изучались за последние 5-10 лет. В результате проведенного исследования были выявлены наиболее значимые факторы риска развития первичной дисменореи.

Воспитание подростка неполной семьей при наличии данной патологии наблюдалось в 1,5 раза чаще, чем в группе здоровых (соответственно, 28,8 % и 16,7 %). Также определенный вклад в формирование первичной дисменореи вносил образовательный ценз отца — в основной группе отсутствие специальной профессиональной подготовки у отца отмечалось почти в два раза чаще, чем в контрольной (в 12,2 % и 6,7 %), а частота



высшего образования составила, соответственно, 40 % и 53,3 %. Различия по распределению образовательного уровня отца в сравниваемых группах (среднее, среднее специальное, незаконченное высшее и высшее) признаны статистически значимыми ($p < 0,05$).

На развитие дисменореи у подростков серьезно влиял уровень образования и особенности трудовой деятельности матери ($p < 0,001$). Образование в объеме средней школы имели 31,1 % матерей девушек основной группы и 3,3 % матерей контрольной (относительный риск — ОР — влияния данного фактора равен 9,33). Наличие незаконченного высшего образования у матери ослабляло риск данной патологии у дочери более чем в 16 раз ($ОР = 0,06$). При этом частота высшего образования матерей в обеих группах была одинаковой — 34,4 % и 33,3 %.

Женщины основной группы полный рабочий день были заняты на производстве в 67,8 % случаев, а в контрольной — 46,7 % ($p < 0,05$; $ОР = 1,45$). Ежедневное пребывание матери на работе менее 5-6 часов сокращало риск формирования дисменореи у дочери более чем в три раза: с 13,3 % до 43,3 % ($p < 0,01$). И, напротив, наличие ночных дежурств в трудовом расписании матери резко усиливало риск появления данной патологии у девушек-подростков — частота определения этого признака в основной группе равна 14,4 %, в контрольной 3,7 % ($ОР = 3,81$). Отсутствие работы у матери не оказывало влияние на формирование первичной дисменореи у дочери: удельный вес данного признака в основной и контрольной группах оказался практически равным (13,3 % и 10 %).

Среди значимых факторов риска дисменореи присутствовал и низкий уровень материального обеспечения семьи. Так, материальный доход, не превышающий 1 прожиточный минимум на че-

ловека в месяц, в семьях, где девочка страдает дисменореей, был зафиксирован гораздо чаще, чем в контрольной группе (соответственно, в 57,8 % и 23,3 % случаев; $ОР = 2,47$). При повышении материального обеспечения в пределах двух величин прожиточного минимума на человека в месяц, соотношение рисков менялось на диаметрально противоположное (удельный вес встречаемости данного фактора составило 41,1 % и 63,3 %, $ОР = 0,65$; $p < 0,05$). Для семей основной группы был характерен в целом низкий уровень материального обеспечения. Так, ни одна семья этой группы не имела доход более 2 прожиточных минимумов на человека в месяц. Соответствующий показатель контрольной группы составил 6,7 %.

Следовательно, к социально-экономическим факторам риска развития первичной дисменореи у девушек-подростков можно отнести отсутствие у матери серьезной профессиональной подготовки; низкий уровень материального обеспечения семьи; продолжительность рабочего дня матери более 8-9 часов; работа матери, предполагающая занятость в ночное время суток.

Отсутствие существенного положительного влияния на снижение частоты первичной дисменореи у подростков при высоком образовательном уровне родителей и достаточном материальном обеспечении семьи может найти объяснение чрезмерной занятостью матери производственными проблемами и определенными карьерными амбициями, что отвлекает внимание женщины от семейных и воспитательных приоритетов.

Таким образом, проведенное исследование позволяет считать первичную дисменорею у подростков медико-социальной проблемой, эффективное решение которой предполагает повышение уровня жизни населения и повышение значимости семейного воспитания.

НИКОЛАЕВА Л.Б., БОЛЬШАНИНА Е.А.
Областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Изучение особенностей течения беременности, родов у женщин позднего репродуктивного периода актуально в связи с увеличением их числа.

Цель исследования — изучить особенности течения беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 беременных позднего репродуктивного

возраста. Средний возраст пациенток составил $37,5 \pm 3,4$ лет. 53 % женщин перенесли в детстве одно или несколько инфекционных заболеваний. У 78 % пациенток соматический анамнез был отягощен заболеваниями мочевыделительной, в 34 % — сердечно-сосудистой систем, в 15 % — эндокринопатиями.

Возраст менархе исследуемых составил $14 \pm 1,4$ лет, продолжительность цикла — $28 \pm 1,6$ дней,



у 27 % выявлены нарушения менструального цикла (олигоменорея, гиперполименорея, альгодисменорея и другие). 78 % женщин имели в анамнезе воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов, а также дисгормональные нарушения. У большинства данная беременность была повторной ($6 \pm 2,3$), однако 12 % являлись первородящими, 8 % — первобеременными.

Результаты исследования. Анализируя гестационные осложнения, в исследуемой группе выявлено, что ведущими явились: гестоз (88 %), угроза прерывания беременности (39 %), многоводие (31 %), анемия (17 %).

По данным ультразвукового исследования, в большинстве случаев (74 %) структура плаценты соответствовала сроку гестации и располагалась по передней стенке. В 55 % случаев в третьем триместре беременности в структуре плаценты наблюдались отложения солей кальция в виде гиперэхогенных включений. По данным доплерометрии, в 44 % случаев имелись гемодинамические нарушения (снижение уровня плацентарного кровотока).

К моменту родоразрешения родовые пути были зрелыми (по шкале Бишоп) у 63 % повторнородящих женщин, у 37 % — незрелые или созревающие. В 58 % случаев у первородящих родовые пути не имели достаточной биологической зрелости. У большинства первородящих женщин (87,5 %) и 32 % повторнородящих медикаментозная подготовка родовых путей спазмолитиками, эстрогенами и простагландинами F26 оказалась недостаточно эффективной, что явилось одним из показаний для абдоминального родоразрешения в 32 % случаев.

Продолжительность родов у первородящих составила $7,2 \pm 0,3$ часа, у повторнородящих $5,1 \pm 0,2$ часа. Наиболее частыми осложнениями в родах были несвоевременное излитие вод — 71 %

случаев, травмы мягких родовых путей в 54 % и аномалии родовой деятельности в 24 %. В 12 % случаев, в связи с развившейся аномалией родовой деятельности без эффекта от консервативной терапии, пациентки родоразрешены абдоминальным путем.

Всего родилось 62 ребенка (из них 2 двойни). 87 % новорожденных были доношенными, среди них 58 % дети мужского пола. Оценка по шкале Апгар при рождении составила $6,7 \pm 1,2$ баллов, а средняя масса — 3221 ± 250 г. Родились в состоянии асфиксии различной степени тяжести 37 % новорожденных, 24 % с признаками гипотрофии, 22 % с перинатальными травмами различной формы. 15 % новорожденных были переведены из родильного дома на второй этап выхаживания в отделения перинатального центра. Ведущее место среди всех послеродовых осложнений занимали субинволюция матки, лохиометра, серома послеоперационного шва. По данным морфологии плаценты, в 74 % случаев выявлены компенсаторно-приспособительные механизмы различной степени выраженности, в 30 % — деструктивно-дистрофические изменения. Только в 19 % в плаценте диагностированы признаки воспаления.

Выводы:

1. Пациентки позднего репродуктивного возраста относятся к группе высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений.

2. У женщин позднего репродуктивного возраста чаще встречаются экстрагенитальные заболевания и патология гениталий, отягощающие течение беременности, родов и послеродового периода.

3. Проведенный анализ показал необходимость разработки комплекса мер по предгравидарной подготовке и профилактике акушерских и перинатальных осложнений у женщин позднего репродуктивного возраста.

ОСИНЦЕВА М.И., ЗУЕВА Г.П., ПУЧКОВА Е.В.
МУЗ Городская клиническая больница № 2,
г. Кемерово

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

В настоящее время продолжает оставаться актуальным вопрос о выборе и эффективности методов, используемых для подготовки беременных к родам и вызывающих родовозбуждение. Применение различных способов подготовки беременных к родам обусловлено необходимостью сохранения здоровья матери и

плода путем использования щадящих и экономически доступных методов.

Одним из общепризнанных методов является подготовка шейки матки к родам путем введения ламинарий. Показанием для применения данного метода является необходимость быстрого созревания шейки матки у женщин с осложненным течением



нием беременности (поздний гестоз, гипотрофия плода, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, резус-конфликт). Абсолютных противопоказаний для назначения ламинарий нет. Относительным противопоказанием является рубцовая деформация шейки матки и рубец на матке после операции кесарева сечения.

Благодаря своей гироскопичности, ламинарии, попадая в жидкую среду, через 3-4 часа увеличиваются в размере, достигая максимума и расширяясь в 3-5 раз через 24 часа. При введении в цервикальный канал, ламинарии воздействуют на шейку матки за счет приложения к стенкам канала радиальной силы, путем удаления воды из цервикальной стромы. Метод является экологически чистым, лишенным аллергических реакций.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ исхода родов и состояния новорожденных у беременных, которым проводилась подготовка родовых путей к родам традиционным медикаментозным методом и с использованием ламинарий.

Ретроспективно было проанализировано 92 истории родов на базе акушерско-обсервационного отделения МУЗ ГКБ № 2.

Основную группу (I группа) составили 46 беременных, у которых в качестве подготовки шейки матки к родам использовались ламинарии. За 1 сеанс подготовки в цервикальный канал вводили 1-5 ламинарий, через 24 часа палочки удаляли. При введении, ношении и удалении ламинарий не было отмечено случаев острой боли, выраженного дискомфорта или кровоточивости. Не было случаев смещения ламинарий в мышцу матки или затруднений при их удалении.

Группу сравнения (II группа) составили 46 беременных, которым проводился традиционный метод подготовки родовых путей, путем создания эстроген-глюкозо-витаминного фона в течение 7 дней.

Средний возраст беременных в сравниваемых группах достоверно не различался и составил $23,5 \pm 4,9$ и $23 \pm 3,1$ лет ($p > 0,05$), соответственно. Все женщины были первородящими, при этом первобеременными в основной группе были 50 % женщин, в группе сравнения — 63 %, что достоверно не различалось ($p = 0,212$).

У всех беременных основной группы на момент введения ламинарий шейка матки оценивалась как «незрелая», в группе сравнения ана-

логичный показатель был достоверно меньше и составил 80,4 % ($p = 0,002$).

В течение первых суток после введения ламинарий родовая деятельность развилась у 21,7 % беременных, в последующие 48 часов у 30,4 %, через 2 суток у 47,9 % женщин.

Несвоевременное излитие околоплодных вод в I группе встречалось у 52,2 % женщин, что достоверно не различалось с аналогичным показателем II группы (34,8 %). Длительность родов, а также продолжительность по периодам также достоверно не различались в сравниваемых группах. Операцией кесарева сечение в экстренном порядке завершились 28,2 % родов в I группе, что было достоверно выше, чем аналогичный показатель группы сравнения, который составил 6,5 % ($p = 0,007$). Показаниями для проведения кесарева сечения в основной группе являлись: аномалии родовой деятельности в 19,6 % (дискоординация родовой деятельности — 11 %, слабость родовой деятельности — 8,6 %), клинически узкий таз в 4,3 %, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 2,2 %, угроза асфиксии плода в 2,2 % случаев. Высокая частота кесарева сечения в основной группе, вероятнее всего, обусловлена достоверно большей частотой «незрелой» шейки матки в этой группе на момент начала подготовки родовых путей и требует дальнейшего исследования в этом направлении для более дифференцированного использования метода.

Разрыв шейки матки в основной группе не встречался, а в группе сравнения достоверно чаще осложнял течение родов (17,1 %, $p = 0,018$).

Масса новорожденных, оценка по шкале Апгар достоверно не различались в сравниваемых группах. Однако диагноз церебральной ишемии достоверно чаще выставлялся новорожденным, родившимся от матерей группы сравнения. В I группе этот показатель составил 39,1 %, в группе сравнения — 61 % ($p = 0,038$).

Длительность послеродового периода у рожениц сравниваемых групп не различалась.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в современных условиях целесообразно применение подготовки родовых путей к родам с помощью ламинарий, в связи с низкой медикаментозной нагрузкой, меньшими экономическими затратами и лучшими перинатальными исходами.



ПАЛИЧЕВ В.Н., ХАЕС Б.Л., СЛУГИНА Г.Д., ЗЕЛЕНКОВ А.А.,
КОБЕЛЕВ А.Н., НИКОЛАЕВА Л.Б.
УЗ Областная клиническая больница,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ У РОЖЕНИЦ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Врожденная или приобретенная кардиологическая патология и беременность — одна из актуальных проблем современной анестезиологии-реаниматологии. Патология сердечно-сосудистой системы является и одной из ведущих причин материнской смертности, составляя около 29 % (Шехтман М.М., Токова З.З., 1991). По данным различных авторов, частота патологии сердца у беременных 0,3-5 %. Заболевания сердца, осложненные легочной гипертензией, наиболее часто становятся причиной материнской смертности, а от 25 % до 70 % таких беременных, с синдромом Эйзенменгера, умирают (Елисе-ев О.М., 1994).

В настоящее время нет единого мнения по вопросу оказания анестезиологического пособия в родах у беременных с заболеваниями сердца. Рациональная анестезиологическая тактика в подборе адекватных методов защиты матери и плода в родах позволит снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений, а также материнскую смертность у данной категории пациенток.

Цель работы — выявить особенности оказания анестезиологического пособия при естественном и абдоминальном родоразрешении и лечение в раннем послеродовом периоде у беременных с сопутствующей кардиальной патологией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 109 случаев родов в областном клиническом родильном доме г. Кемерово у женщин с кардиальной патологией за 2002-2004 гг. Беременные с заболеванием сердца составили, в среднем, $4,5 \pm 0,6$ % от общего числа пролеченных в акушерских отделениях родильного дома. 73 % (79) были первородящие, а 27 % (30) — повторнородящие. Средний возраст беременных составил $25,8 \pm 2,6$ лет, причем 6,4 % (7) были юными; 56,9 % (62) в возрасте от 19 до 25 лет; 29,4 % (32) — от 26 до 34 лет и 7,3 % (8) — в позднем репродуктивном возрасте.

Средний срок беременности к моменту родоразрешения составил $36,8 \pm 1,9$ недель. В сроке до 28 недель беременность прервана у 5,5 % (6), преждевременно родоразрешены 21,1 % (23), в доношенном сроке 73,4 % (80).

68,8 % беременных (75) имели врожденный порок сердца (ВПС), причем у 73,4 % из них в детском возрасте проведена хирургическая коррекция порока. В 31,2 % случаев (34) порок сердца диагностирован только во время беременности.

Наиболее часто встречались клапанные пороки в 33,9 % случаев (37) — стеноз, недостаточность клапана, в т.ч. ревматического характера. Дефекты межпредсердных и межжелудочковых перегородок выявлены в 27,5 % (30); открытый артериальный проток в 12,8 % (14); нарушение ритма и полная атрио-вентрикулярная блокада с временным электрокардиостимулятором в 15,5 % (17); синдром Эйзенменгера в 5,8 % (6); тетрада Фалло в 4,5 % (5). ВПС в сочетании с вторичной легочной гипертензией наблюдались в 23,8 % случаев (26).

В 60,6 % случаев (66) беременность, осложнилась гестозом средней и тяжелой степени, а 3,6 % (4) — преэклампсией.

Выбор анестезиологического пособия при родоразрешении больных с кардиальной патологией определялся, в первую очередь, методом родоразрешения. К самостоятельному родоразрешению были допущены пациентки с компенсацией кровообращения (ПА-ПБ ст.), недостаточностью митрального клапана, комбинированным митральным пороком с преобладанием стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия, аортальным пороком, врожденными пороками «бледного» типа. Абдоминальным путем были родоразрешены беременные с недостаточностью кровообращения более ПБ стадии, сохранившейся к моменту родов, ревмокардитом II-III стадии, клапанным рестенозом, септическим эндокардитом, коарктацией аорты с высокой артериальной гипертензией, стойкой мерцательной аритмией, резко выраженным митральным стенозом, неудовлетворительными результатами хирургической коррекции пороков, а также с сочетанием кардиальной патологии с акушерскими осложнениями. В настоящее время при тяжелых степенях пороков сердца (высокая легочная первичная и вторичная гипертензия) абдоминальное родоразрешение является не только альтернативным методом, но и одной из основных мер профилактики материнской смертности.

Результаты исследования и их обсуждение. 54,1 % беременных (59) были допущены к естественным родам, 40,4 % (44) — родоразрешены оперативным путем в доношенном сроке и только в 5,5 % случаев (6) операция проведена досрочно, в сроке до 28 недель. В 94,5 % случаев (103) беременность завершилась рождением живых детей, в асфиксии средней степени тяжести. Гибель плода произошла в 1,8 % случаев (2),



в сроке беременности, не превышающем 27 недель.

Подготовка к родоразрешению включала мероприятия, направленные на устранение сердечной недостаточности (СН), нарушений ритма, обострений ревматического процесса, контроль артериальной гипертензии. Мерой профилактики возникновения или усугубления СН являлось рациональное и эффективное обезболивание родов.

Приоритет в выборе метода обезболивания при естественном родоразрешении был отдан длительной эпидуральной анестезии (ДЭА) — 54,2 % (32), в 20,3 % случаев (12) проведена паравerteбральная блокада. Абсолютными противопоказаниями к ДЭА у 10,1 % (6) явились клапанные протезы сердца и прием антикоагулянтов непрямого действия. В родах проводился постоянный гемодинамический мониторинг: частоты сердечных сокращений; артериального и центрального венозного давления; частоты дыхания; кислотно-щелочного состояния, а также почасовой контроль диуреза.

Аналгезия начиналась с момента установления регулярной родовой деятельности, при минимальном болевом синдроме. Эпидуральная анестезия проводилась низкими концентрациями анестетика (0,5-0,75 % лидокаин, 0,2 % нарופן) в сочетании с наркотическими анальгетиками (фентанил 50-100 мкг, стабилизировал уровень анестезии, уменьшал общую дозу анестетика и риск развития гипотензии). При наличии высокой артериальной гипертензии, обусловленной тяжелым течением гестоза, в эпидуральное пространство (ЭП) дополнительно вводился клофелин (100-150 мкг). При нарушении сердечного ритма, в частности, при полной атриовентрикулярной блокаде, эпидуральная аналгезия проводилась морфином (5-7 мг). В случаях тяжелой СН в комплекс мероприятий по подготовке к родам была включена гипербарическая оксигенация.

Роженицам с сердечной или коронарной недостаточностью обязательно проводилось выключение потуг путем наложения акушерских щипцов. С целью профилактики бактериального эндокар-

дита адекватная антибиотикотерапия начиналась с момента вступления в роды и пролонгировалась до седьмых суток послеродового, послеоперационного периода.

Для снижения нагрузки на сердечно-сосудистую систему, в конце второго периода родов проводилось рассечение промежности.

При родоразрешении абдоминальным путем наиболее часто проводился эндотрахеальный наркоз — 56 % (28); ДЭА использовалась в 40 % случаев (20) и была альтернативной у пациенток с высокой легочной гипертензией. Спинальная анестезия использована только в 4 % (2), так как требует расширенного мониторинга во время проведения операции.

У рожениц с высоким риском развития отека легких и тромбоэмболии требовался продленный гемодинамический мониторинг и расширенный лабораторный контроль показателей крови. Ранняя активизация в послеродовом периоде, при отсутствии недостаточности кровообращения, под контролем гемодинамических показателей, ЭКГ, а также применение дезагрегантов, ношение тщательно подобранных по размеру эластических чулок, бинтов, в значительной мере способствовали профилактике тромбоэмболических осложнений. Соблюдение строгого постельного режима в течение недели потребовалось у 12,8 % рожениц (14) с декомпенсацией кровообращения во время родов или раннем послеродовом периоде. Гепаринотерапия в течение одной-двух недель проводилась у 11 % рожениц (12) с протезами сердечных клапанов, синдромом Эйзенменгера, первичной легочной гипертензией. При стойкой недостаточности кровообращения и отсутствии акушерских осложнений, роженицы, не ранее чем через три недели, переводились в специализированное кардиологическое отделение.

Таким образом, дифференцированный подход к обезболиванию родов у беременных с сопутствующей кардиальной патологией позволяет снизить частоту абдоминальных родоразрешений, профилактировать утяжеление сердечной недостаточности, и способствует более благоприятному исходу родов у данной категории пациенток.





ПРЕДЕИНА Е.М., ХОРОШАВИНА Н.А., ЗОРИНА Р.М., ЛЕВЧЕНКО В.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово,
Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИН И ЭСТРАДИОЛ В КРОВИ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Ассоциированный с беременностью альфа-2-гликопротеин (АБГ) является представителем семейства макроглобулинов и относится к числу белков беременности, при которой его концентрация в крови женщин возрастает в 50-100 раз. Кроме того, уровень белка увеличивается у женщин при раке молочной железы и раке яичников.

Установлено, что АБГ связывает эстрогены, которые могут, в свою очередь, стимулировать его биосинтез. Ранее было показано, что у женщин, работающих в течение 6 месяцев на производстве эстрогенов, концентрация белка в крови также возрастает.

Все вышеизложенное послужило предпосылкой для проведения работы по изучению уровня АБГ и эстрогенов в крови женщин, использовавших заместительную гормональную терапию (ЗГТ) с климактерическим синдромом.

Нами обследовано 38 женщин в перименопаузальном периоде: у 23 отсутствовали признаки выраженного климактерического синдрома (контроль), 15 женщин были с выраженным климактерическим синдромом и в течение 3-6 месяцев принимали ЗГТ (содержащие эстрадиола валерат 2,0 мг/сут. — климонорм, климодиен; 17в эстрадиол 2,0 мг/сут. — фемостон 2/10; лививал). У всех обследованных определяли в крови уровень эстрадиола (Е2) с использованием коммерческих иммуноферментных тест-систем, а также АБГ иммуноэлектрофоретическим методом, с использованием тест-систем собственного производства.

Показано, что уровень эстрадиола в крови женщин с климактерическим синдромом, использовавших ЗГТ, статистически значимо возрастал в 2,6 раза, в сравнении с контролем. При этом, у 13 из 17 женщин (76 %), принимавших эстрогенсодержащие препараты, концентрация Е2 была резко повышенной, у 2 (12 %) оставалась неизменной и у 2 (12 %) снижалась.

Необходимо отметить, что у всех обследованных концентрация в крови Е2 была подвержена значительным индивидуальным колебаниям: от 17 нг/мл до 170 нг/мл в группе контроля и от 15 нг/мл до 281 нг/мл на фоне ЗГТ.

Содержание эстрогензависимого белка АБГ в крови женщин, использующих ЗГТ в течение 6 месяцев, было статистически значимо повышено, в сравнении с группой женщин с физиологическим течением перименопаузального периода. При этом отмечена значительная индивидуальная вариабельность в концентрациях белка в крови женщин, принимавших эстрогенсодержащие препараты. У 10 женщин (42 %) она была ниже или не отличалась от контрольных значений, у 14 (58 %) повышалась от 1,2 раза до 5,4 раз. У женщин, не использовавших ЗГТ, высокие уровни белка в крови встречались не чаще, чем в 10 % случаев.

Таким образом, полученные результаты позволяют заключить, что прием эстрогенсодержащих препаратов в дозе 2 мг/сут. стимулирует биосинтез эстрогензависимого белка АБГ у женщин в перименопаузе. Однако, во время приема эстрогенсодержащих препаратов уровень Е2 в крови увеличивался у 76 % женщин, в то время как концентрация АБГ возрастала только у 58 %.

Следовательно, этот процесс зависит от индивидуальных особенностей рецепторного аппарата женщин в перименопаузе, так как 42 % женщин не ответили усилением биосинтеза АБГ на принимаемые эстрогены.

Учитывая все вышеизложенное, можно заключить, что определение в крови женщин, использовавших ЗГТ, эстрогензависимого белка АБГ, обладающего выраженными иммуносупрессивными свойствами, является необходимым в контроле за безопасностью и качеством назначаемой гормональной терапии в перименопаузальном периоде.



ПРЕДЕИНА Е.М., ЗОРИНА Р.М., ЛЕВЧЕНКО В.Г.
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово,
Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАУЗЕ, ПРИНИМАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Перименопауза связана с изменениями соотношения липидов, а именно, с повышением содержания общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ). Повышение содержания ОХС происходит в результате повышения уровня ЛПНП, а также липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП).

Известно, что высокие уровни ОХС, ЛПНП и ТГ в сыворотке крови и низкий уровень ЛПВП принято рассматривать как факторы возникновения риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин перименопаузального возраста.

Цель исследования — изучить влияние заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на липидный спектр крови у больных с климактерическим синдромом (КС).

Обследованы 58 женщин, из которых 21 — женщины перименопаузального возраста с КС, принимающие ЗГТ, с длительностью менопаузы от 2-х до 9,9 лет (основная группа), 23 — женщины перименопаузального возраста, не страдающие КС и не принимающие ЗГТ (первая контрольная группа), 14 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (вторая контрольная группа). Средний возраст женщин составил 27,2 лет, 48,9 и 50,8, соответственно.

До начала динамического наблюдения женщины с КС принимали комбинированные эстроген-гестагенные препараты в течение 10 мес. В процессе наблюдения пациенты продолжали принимать комбинированные препараты (климонорм, климодиен, фемостон 1/5, 2/10, паузогест).

Липидный спектр крови оценивался по следующим показателям: общий холестерин (ОХ), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА).

При исследовании двух контрольных групп женщин по возрастному составу (женщины репродуктивного и перименопаузального возраста, не принимающие ЗГТ), выявлено, что с возрастом повышается индекс атерогенности (с $2,96 \pm 0,16$ до $3,71 \pm 0,25$; $p = 0,04$).

При сравнении двух групп женщин в перименопаузе (основная и первая контрольная группы) установлено, что на фоне приема ЗГТ нет значимых изменений в липидном спектре.

Таким образом, длительная комбинированная эстроген-гестоген содержащая заместительная гормональная терапия у женщин с климактерическим синдромом существенно не отражается на липидном спектре крови, а, следовательно, не увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний.

РАДУТНЫЙ В.Н., АРХИПОВ В.В., АБДРАХМАНОВА А.М., ХАЙРУЛЛИНА Ф.Л.
Бакирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ И СОСТОЯНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Тубоовариальные опухолевидные образования по-прежнему являются одной из важнейших проблем гинекологии. Воспалительный процесс в придатках матки ведет к значительным анатомическим изменениям в малом тазу, вовлекая мочевой пузырь, нижний отдел мочеоточника.

В работе представлены данные о состоянии мочевой системы у 47 больных, оперированных по поводу гнойных тубоовариальных опухолей.

Возраст обследованных колебался от 20 лет до 41 года. Возникновение воспалительного процесса с образованием тубоовариальных опухолей у

21 больной вызвано переохлаждением, у 8 — искусственным прерыванием беременности, у 7 — самопроизвольным выкидышем и последующим инструментальным вмешательством, у 11 больных — применением ВМК, иногда до 7-8 лет. В анамнезе воспалительный процесс в матке и придатках отмечали все женщины, давностью от 2 до 15 лет. До поступления на оперативное лечение 22 женщины получили курс консервативной противовоспалительной терапии.

При поступлении все больные предъявляли жалобы на боли внизу живота, поясничной области, ухудшение самочувствия, повышение тем-



пературы тела до 38 градусов и выше. При бимануальном исследовании, в области придатков определялись опухолевидные образования, достигшие в размерах до 15 см в диаметре. Двухсторонние образования имели место у 26 женщин, односторонние — у 21, чаще встречались правосторонние (у 14).

Данные бимануального исследования были подтверждены результатами ультразвукового исследования: у 30 женщин выявлены расширенные маточные трубы до 7-12 см, заполненные жидкостным содержимым, некоторые имели овальную или колбообразную форму. Яичники при трансвагинальном исследовании у 19 больных не были вовлечены в патологический процесс, а у 17 — определялся единый опухолевый конгломерат. У большинства обследованных в малом тазу определялось небольшое количество жидкости.

С целью определения анатомо-функционального состояния мочевой системы до операции, проводилось УЗИ почек, исследовалась моча на общий анализ, по Нечипоренко, посев мочи на микробное число, чувствительность к антибиотикам в случае высева микрофлоры, проба по Зимницкому.

В общем анализе мочи пиурия выявлена у 27 женщин (лейкоциты были в пределах 20-25 в поле зрения или «сплошь»), а у 14 больных имела место лейкоцитурия, им в последующем проведена проба Нечипоренко и диагноз пиурии подтвержден у 9 из них. При посеве мочи на микробное число и чувствительность к антибиотикам, у 19 выявлена бактериурия свыше 100000 в 1 мл и подтвержден диагноз пиелонефрита. По данным пробы Зимницкого, снижение концентрационной способности почек имело место у 7 больных, нарушение — у 9. При посеве мочи у половины больных высеяна кишечная палочка.

При УЗИ почек незначительное или умеренное расширение чашечек и лоханок выявлено у 22 женщин, у 19 из них — при правосторонней локализации опухолевидных придатков матки. У 3 больных имелись конкременты в чашечно-лоханочной системе почек до 5-8 мм.

Всем больным проведена лапаротомия с целью удаления гнойных tuboовариальных образований. У 19 больных удалось сохранить яичники с обеих сторон, у 14 — с одной стороны. У 6 женщин, ввиду выраженного воспалительного процесса в матке на фоне длительного применения ВМК, произведена ее ампутация. Во время операции у большинства больных имелись выраженные спайки со стенкой мочевого пузыря, деформирующие его, а так же с петлями тонкого и толстого кишечника. Более рыхлые спайки были у больных с незначительным сроком воспалительного процесса в придатках матки. Ввиду выраженности сопутствующих изменений мочевой системы, всем больным проведена комплексная терапия, включающая инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную терапию, физиотерапию, назначение фитоуросептиков, позиционной гимнастики. Больные выписаны с выздоровлением.

При гистологическом исследовании удаленных опухолевидных придатков матки подтвержден воспалительный процесс, в 3-х случаях обнаружен в яичниках и эндометриоз.

Таким образом, при воспалительных опухолевидных образованиях придатков матки в значительной степени страдает мочевая система, что проявляется деформацией стенок мочевого пузыря, расширением чашечек, лоханок и при соединении пиелонефрита. Это требует, помимо активной хирургической тактики, комплексной терапии органов мочевой системы.

РЕМНЕВА О.В., ТИХОМИРОВА А.В.

*Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Невынашивание беременности и, связанная с ним, высокая заболеваемость и смертность новорожденных являются одной из актуальных проблем перинатологии, которая имеет не только медицинское, но и социальное значение. Частота преждевременных родов в стране, по литературным данным, составляет 15-20 % и не имеет тенденции к снижению.

Цель работы — изучение перинатальных исходов в зависимости от клинического варианта течения преждевременных родов.

Был проведен ретроспективный анализ 110 историй преждевременных родов и карт развития новорожденных, которые были разделены на 2 группы. В первую вошли 80 женщин, у которых преждевременные роды начались со схваток при целом плодном пузыре и их 86 новорожденных. Во вторую группу были включены 30 женщин с преждевременным излитием околоплодных вод без родовой деятельности при сохраненной шейке матки, со сроком беременности 30-34 недели, которым проводилась консерва-



тивно-выжидательная тактика и их 31 новорожденный.

Большинство обследованных обеих групп были в возрасте 19-29 лет. Процент недонашивания беременности снижался с ростом паритета: в 77,1 % случаев в первой и 66,2 % случаев во второй группе женщины были первородящими. У каждой второй отмечался отягощенный акушерский анамнез, причем структура акушерской патологии в обеих группах была идентичной.

Угроза прерывания осложняла течение всего гестационного периода: в 82 % и 79 % случаев в группах сравнения, соответственно. У каждой третьей женщины групп сравнения выявлялся гестоз легкой степени.

Учитывая наличие факторов риска недонашивания и перманентную угрозу прерывания беременности, нам представилось интересным изучить состояние плода, для чего проводилась комплексная функциональная оценка фето-плацентарной системы. Субкомпенсированная фетоплацентарная недостаточность, по данным доплерометрии, отмечалась в 25 % и 13 % случаев, соответственно. Антенатальный дистресс плода 2-й степени достоверно чаще отмечался у женщин первой группы (18,6 % против 5,5 % во второй группе). Анализ других параметров внутриутробного страдания плода в группах сравнения достоверных различий не выявил.

На первой минуте жизни оценка в 8 баллов по шкале Апгар отмечена в 10 % и 3 % случаев, соответственно. В асфиксии средней степени тяжести были 7 % новорожденных первой группы и 24 % второй группы ($p < 0,05$). Остальные родились на 6-7 баллов, причем такая же оценка сохранялась и спустя 5 минут.

Как результат осложненного течения беременности и досрочного родоразрешения, 95,3 %

новорожденных 1-й группы и 64,5 % 2-й группы имели перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза. Синдром дыхательных расстройств выявлен в 72 % и 81 % случаев, неонатальная желтуха — в 81,4 % и 74,2 % случаев, соответственно. Внутриутробная пневмония была диагностирована у 2,3 % детей первой группы и 3,2 % детей второй. Более половины детей были отправлены на 2-й этап выхаживания (66,3 % и 77,4 %), где диагноз внутриутробной пневмонии резко возрос и был выставлен в 42,2 % и 26,6 % случаев.

Таким образом, в результате проведенного анализа установлено, что у недоношенных новорожденных 1-й группы достоверно чаще диагностировано перинатальное поражение ЦНС, что коррелирует с более выраженным антенатальным страданием плода по результатам комплексной оценки фето-плацентарной системы. Логично предположить, что угроза прерывания беременности на протяжении всего периода гестации явилась сигнификатором первичной плацентарной недостаточности, и это привело к досрочному развязыванию родовой деятельности.

Напротив, во второй группе, несмотря на проводимую профилактику дыхательных расстройств и пролонгирование беременности у пациенток с более благоприятным исходным состоянием плода, достоверно, но чаще, выявлялся респираторный дистресс-синдром, что являлось основной причиной перевода новорожденных в детскую больницу. Тем не менее, консервативно-выжидательная тактика при преждевременном излитии околоплодных вод с проведением профилактической антибактериальной терапии оправданы, поскольку внутриутробные пневмонии на 2-м этапе оказания помощи клинически манифестировали у них почти в 2 раза реже, чем в первой группе.

СИДОРОВ А.П., КУЛАВСКИЙ В.А.

*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

В последние годы прослеживается стойкая тенденция к увеличению частоты хронического воспаления придатков матки с вялотекущим рецидивирующим течением и стертой клинической картиной заболевания, приводящего к выраженным деструктивным изменениям в очаге поражения. Рецидивы воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) регистрируют у 25-55 % женщин, нарушения менструальной функции — у 25-35 %, различные нарушения гене-

ративной функции — у 30-75 %. Кроме того, отмечается стойкий болевой синдром, а при лапароскопии диагностируется спаечный процесс, в 5-9 раз увеличивается частота внематочной беременности.

Данная патология характеризуется полимикробной этиологией. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто- и бифидобактерий), могут принимать участие в воспалительном процессе. Однако ведущая роль принадлежит наиболее вирулентным



микроорганизмам: представителям семейства *Enterobacteriaceae* (прежде всего, кишечной палочке) и стафилококкам. Микоплазмы являются так называемыми мембранотропными агентами, они паразитируют на мембранах эпителиальных клеток, незначительная часть популяции может присутствовать внутриклеточно. Микоплазмы присутствуют во влагалищной микрофлоре практически всех женщин, однако подавляющее число видов являются сапрофитами и их выделение не свидетельствует об их этиологической роли.

Лечение тяжелых форм ВЗОМТ в условиях гинекологических стационаров носит эмпирический характер. Это обусловлено рядом причин, первоочередной из которых является необходимость оказания экстренной медицинской помощи больным, госпитализированным с явлениями пельвиоперитонита и развитием токсических нарушений на фоне острой гинекологической инфекции. Избирательная антибиотикотерапия (в зависимости от характера возбудителя, ставшего причиной воспаления) затруднена, так как противовоспалительная терапия требует немедленного проведения и не оставляет времени для ожидания результата исследования материала. При исследовании полученного материала (во время лапароскопии) у пациенток с визуальными признаками воспаления, в 53-58 % микрофлора не обнаруживается, она локализуется в толще пораженных воспаленных тканей, что подтверждается исследованиями удаленных по показаниям придатков и матки.

Эмпирическое лечение ВЗОМТ должно проводиться (это соответствует минимальным критериям ВОЗ постановки диагноза) при наличии следующей симптоматики: болезненность при пальпации в нижней части живота; болезненность в области придатков матки; болезненность тракции шейки матки. При этом, для повышения специфичности диагностики, следует использовать данные температуры тела (выше 38,3°C), патологические выделения из шейки матки или влагалища, повышение СОЭ, лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной

гонококками, трихомонадами, хламидиями. В современных условиях, наряду с изучением патогенеза, клинических особенностей ВЗОМТ, большое значение имеет совершенствование системы лечебных мероприятий. Основная проблема микробиологической диагностики данной патологии связана с трудностями получения патологического материала из очага инфекции без нанесения хирургического ущерба пациентке. Наиболее адекватный материал может быть получен при лапароскопии. Взаимосвязь микрофлоры, выделяемой из влагалища и цервикального канала, с одной стороны, и истинных возбудителей ВЗОМТ, с другой, при выборе антибактериальной терапии не всегда имеет существенное значение.

Целесообразность начала антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия должна исходить до появления перечисленных дополнительных критериев ВЗОМТ, до постановки бактериологического диагноза инфекции, вызванных гонококками, хламидиями, трихомонадами.

Эмпирически выбранные схемы лечения ВЗОМТ должны обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных патогенных микроорганизмов, включая грамотрицательные факультативные бактерии, анаэробы, стрептококки, хламидии, гонококки, трихомонады. Лечение должно быть начато сразу же при установлении предварительного диагноза, так как профилактика отдаленных последствий, развития цитокинового каскада и последующей аутоиммунной патологии взаимосвязана со сроками назначения антибиотика.

На фоне своевременно начатой антибактериальной терапии следует своевременно ставить вопрос об оперативном вмешательстве при осложненных формах гнойно-воспалительных процессов внутренних гениталий (пиосальпинкс, пиовар, гнойные tuboovarianные образования, эндомиометрит) и тяжелых гнойно-септических заболеваниях (панметрит, параметрит, межкишечные и поддиафрагмальные абсцессы, генитальные свищи, гнойно-инфильтративный оментит, разлитой перитонит, сепсис).

СУРОДЕЕВА М.А., ШУБИНА Е.Л., АГРАНОВИЧ Т.Ф., НОВИКОВА Т.Н.,
КОРНЕТОВ Н.А., ЕВТУШЕНКО И.Д.

*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Ежегодно в мире более 75 млн. женщин сталкиваются с проблемой нежелательной беременности, из них у 2/3 она закан-

чивается абортom. На долю России приходится около 2 млн. абортов. В РФ отмечена тенденция к снижению общего количества искусственных



прерываний беременности, но доля абортс у женщин в возрасте 19-25 лет увеличилась. В 36 % случаев прерывание беременности проводилось мини-аспирацией. В последние годы применяется медикаментозный метод прерывания беременности (Гаврилова Л.В., 2000; Фролова О.Г., Жирова И.А., 2003; Guengant J., Bangou J., 1999).

Почти каждая пятая беременность, заканчивающаяся искусственным прерыванием, приводит к эмоциональным последствиям, таким как тревога и депрессия, которые могут продолжаться у женщины в течение нескольких месяцев (Астахова Т.М., Гатина Т.А., 2003; Lee C., Slade P., Lygo V., 1996; Harvey S., Moyle W., Greedy D., 2001).

Любая беременность, в том числе и нежелательная, является для женщины кризисной ситуацией, связанной как с общей психофизиологической перестройкой организма, так и с наличием текущих психосоциальных стрессоров. Процесс приспособления женщин к изменившейся ситуации называется адаптацией, которая может иметь как успешный, так и неуспешный показатели (Корнетов Н.А., 2003).

Цель исследования – выявить уровень социальной адаптации женщин с нежелательной беременностью, обратившихся для прерывания беременности в Городской Центр планирования семьи и репродукции г. Томска.

Методы: Экспериментально-психологическое исследование, психологическое интервью. Для изучения уровня адаптации женщин была использована шкала социальной адаптации (Bosc M. et al., 1997).

Обследование проводилось на 1-й день обращения до аборта, на 10-й день и через 1 месяц после прерывания беременности.

В исследовании приняли участие 47 женщин в возрасте от 16 до 25 лет. Из них студентки ВУЗов, техникумов, ПУ – 42 пациентки (89,4 %), служащие – 5 женщин (10,6 %). Среднее и среднее специальное образование имели 28 исследуемых (59,6 %), высшее и незаконченное высшее – 19 пациенток (40,4 %). Большинство исследуемых (44 или 93,6 %) были не замужем, в зарегистрированном и гражданском браке состояли 3 человека (6,4 %).

Ранее по различным причинам к гинекологу обращались 32 женщины (68,1 %), из них с гинекологическими заболеваниями 25 пациенток (78,1 %), с профилактической целью 7 обследо-

мых (21,9 %); не обращались никогда 15 человек (31,9 %).

Все женщины владели информацией о методах профилактики нежелательной беременности, но предохранялись от данной беременности всего 6 пациенток (12,8 %). Из них, презерватив использовали 4 обследуемые (66,7 %), прерванный половой акт – 2 женщины (33,3 %).

На 1-й день обследования 12 женщин (92,3 %) испытывали чувство отверженности и исключения из своего круга общения, у 11 пациенток (84,6 %) наблюдалось затруднение в выражении своего мнения, 10 человек (76,9 %) не высказывали желания общения с другими людьми. Эти проявления наблюдались у 13 женщин (27,7 %) из общего числа обследуемых и являются признаками затрудненной адаптации. То есть, на момент обследования около четверти пациенток имели нарушения адаптации после установления нежелательной беременности.

На 10-й день после прерывания нежелательной беременности такие проявления, как затруднения в выражении своего мнения, чувство отверженности и исключения из своего круга общения, отсутствие вовлеченности в завязывание отношений и участие в общественной жизни, трудности в распоряжении своими доходами и средствами, неспособность организовать свое окружение согласно своим желаниям и потребностям, отмечались у 3 женщин (6,4 %). У 44 пациенток (93,6 %) уровень адаптации находился в норме. Полученные данные показывают, что устранение факта нежелательной беременности, способствует повышению уровня нормальной адаптации.

Через 1 месяц у 46 женщин (97,9 %) прослеживался нормальный уровень адаптации, у 1 пациентки (2,1 %) наблюдалась затрудненная адаптация, проявляющаяся в сложности выражения своего мнения и чувстве отверженности из своего круга общения.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что после устранения нежелательной беременности уровень социальной адаптации приходит в норму.

Таким образом, использование неэффективной контрацепции, низкий уровень контроля за своим здоровьем приводят к возникновению нежелательной беременности и ее прерыванию, что является факторами, приводящими к затрудненной социальной адаптации.



УТКИН Е.В., ПРЕДЕИНА Е.М.
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,
г. Кемерово

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ПРЕПАРАТА «ЯРИНА»

За последнее десятилетие выбор методов контрацепции необычайно расширился, а также возросла безопасность и эффективность уже известных методов. Ключевую роль в программах планирования семьи в большинстве стран мира на сегодняшний день играют комбинированные оральные контрацептивы (КОК), которые остаются наиболее приемлемым методом для многих женщин, а наиболее важным их преимуществом перед другими методами является высокая эффективность. Все КОК являются высокоэффективными средствами предохранения от беременности. Индекс Перля при применении КОК составляет 0,03-1,0 и зависит, главным образом, от соблюдения правил приема препарата. Средства гормональной контрацепции обладают и наиболее широким спектром положительных неконтрацептивных эффектов, поэтому врачи на сегодняшний день назначают КОК не только для предохранения от нежелательной беременности, но и для улучшения качества жизни.

Целью работы явилось определение приемлемости и положительных неконтрацептивных свойств монофазного контрацептива «Ярина», который содержит в своем составе 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона, обладающего антиминералокортикоидным и антиандрогенным свойствами.

Под нашим наблюдением находились 41 пациентка в возрасте от 17 до 40 лет. Средний возраст составил $23,8 \pm 0,9$ лет. Все пациентки были здоровыми женщинами и не имели противопоказаний для приема КОК. Рост обследованных составил $166,7 \pm 0,9$ см. Масса тела — $61,1 \pm 1,5$ кг. Индекс массы тела (ИМТ) — $22,5 \pm 0,4$. АД — $112,2 \pm 1,7 / 71,3 \pm 1,1$ мм рт. ст. Возраст начала половой жизни в группе обследованных равнялся, в среднем, $17,4 \pm 0,3$ лет. Продолжительность менструального цикла равнялась $29,4 \pm 0,5$ дней, а длительность менструального кровотечения — $5,2 \pm 0,2$ дней. Субъективно свое общее самочувствие до начала приема ярины (при оценке по десятибалльной системе) пациентки оценили в $8,0 \pm 0,3$ балла. Большинство из них (23) имели проявления предменструального синдрома, 20 женщин отмечали наличие дисменореи и мастодинии, 18 — считали жирными свою кожу и волосы, в связи с чем испытывали значительный дискомфорт. Не имели в анамнезе беременности 20 пациенток. Только 10 из 41 женщин не использовали ранее

методов контрацепции, тогда как до начала приема ярины 25 из этих пациенток уже использовали иные КОК, но вынуждены были отказаться от их дальнейшего приема из-за увеличения массы тела и ряда других побочных явлений, таких как межменструальные кровянистые выделения, мастодиния, головная боль и тошнота.

Период наблюдения составил от 2 до 7 месяцев ($4,67 \pm 0,2$, всего 187 менструальных циклов). За указанный период не было отмечено увеличения массы тела, а напротив, констатировано некоторое ее снижение до $59,1 \pm 1,7$ кг, хотя разница между показателями массы тела оказалась недостоверной ($p > 0,05$). Такая же закономерность отмечена и по отношению к ИМТ, который после начала приема КОК составил $21,5 \pm 0,6$ ($p > 0,05$). Не было отмечено также достоверного влияния на состояние гемодинамики. В то же время, большинство обследованных женщин отметили благоприятное влияние контрацептива на состояние кожи и волос в виде уменьшения жирности кожи и сальности волос. Через 3 месяца приема значительно уменьшились, а через 5 практически прекратились проявления дисменореи. Средняя длительность менструального кровотечения сократилась до $3,6 \pm 0,1$ дней. У всех пациенток менструальный цикл приобрел регулярный характер. В большинстве случаев на фоне приема наблюдалось улучшение общего самочувствия (субъективная оценка в баллах составила $9,2 \pm 0,1$). Достоверно уменьшилась частота проявлений предменструального синдрома ($p < 0,001$), отдельные проявления которого через 4 месяца приема отмечали только 6 пациенток.

Из побочных явлений только одна из наблюдаемых женщин отметила наличие межменструальных кровянистых выделений в течение первого месяца приема препарата. Ни у одной из них за период наблюдения не было зафиксировано наступления беременности. В целом, все наблюдаемые пациентки дали положительную оценку данному препарату и выразили желание продолжать его прием в дальнейшем.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ярина имеет высокую контрацептивную надежность и обеспечивает хороший контроль цикла. Удачное сбалансированное действие этинилэстрадиола и дроспиренона на водный обмен способствует стабилизации массы тела или даже ее снижению, уменьшает частоту и степень вы-



раженности предменструального синдрома. При этом данный препарат не имеет какой-либо андрогенной, эстрогенной, глюкокортикоидной и антиглюкокортикоидной активности. Все вышеперечисленное, в сочетании с антиминералокортикоидным и антиандрогенным действием ярины, делает препарат одним из наиболее физиологич-

ных для женского организма. Таким образом, применение данного низкодозированного монофазного орального контрацептива способствует улучшению качества жизни у женщин репродуктивного возраста, что позволяет рекомендовать его в качестве препарата первого выбора для молодых женщин.

ФАДЕЕВА Н.И., МАМОНОВА И.П.

Алтайский государственный медицинский университет,
МУЗ Городская больница № 1,
г. Барнаул

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Прерывание неразвивающейся беременности сопровождается высоким процентом осложнений — 10–58 %.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения мизопростала (аналог простагландина E1) для снижения осложнений у женщин с неразвивающейся беременностью.

Под нашим наблюдением находились 464 пациентки с неразвивающейся беременностью в возрасте от 15 до 44 лет. В основную группу вошли 234 беременные (204 — в I триместре беременности и 30 — во II триместре беременности), которым с целью подготовки шейки матки назначали мизопростол в разовой дозе 200 мкг. Контрольную группу составили 230 пациенток (200 — в I триместре беременности и 30 — во II триместре беременности), которым прерывание беременности проводили традиционно.

В основной группе мизопростол назначали вагинально (I подгруппа, 146 женщин — 71,6 %) и сублингвально (II подгруппа, 56 женщин — 71,6 %). Средняя длительность подготовки шейки матки в первой подгруппе составила $6,8 \pm 0,1$ часа, во второй — $7,8 \pm 0,3$ часа. Повторное назначение препарата потребовалось чаще во второй подгруппе: в 12,3 % и в 24,1 %, соответственно.

Инструментальное удаление плодного яйца без дополнительного расширения цервикального канала произведено 115 женщинам (78,8 %) в первой подгруппе и 41 пациентке (70,7 %) — во второй подгруппе. Поставортные осложнения возникли в 4,8 % случаев в первой подгруппе и в 5,2 % во второй подгруппе. Процент поставортных осложнений в контрольной группе был выше, и составил 16,5 %.

Из 60 пациенток во втором триместре беременности в первую подгруппу, с вагинальным введением мизопростала, вошли 19 женщин (31,7 %), во 2-ю, с сублингвальным назначением препарата, — 11 беременных (18,3 %), 30 больных (50 %) составили контрольную группу. Средняя продолжительность подготовки шейки матки в группах составила $9,6 \pm 1$ час., $48,8 \pm 12,6$ час. и $100,5 \pm 8,8$ час., соответственно ($p < 0,05$). Повторное назначение мизопростала потребовалось в 36,8 % случаев в первой подгруппе и в 72,7 % случаев — во второй. Средняя величина кровопотери в подгруппах с использованием мизопростала составила $124,2 \pm 9,7$ мл и $150,9 \pm 14,5$ мл, в контрольной группе — $255,3$ мл $\pm 17,5$ мл, что достоверно больше, чем в 1 и 2 подгруппах ($p < 0,05$). В контрольной группе в 20,6 % случаев зарегистрирована патологическая кровопотеря. В группах с назначением мизопростала таких осложнений, как эндометрит, ДВС-синдром, не отмечено.

Выводы:

1. Использование мизопростала для подготовки шейки матки к удалению плодного яйца в I триместре у пациенток с неразвивающейся беременностью в 70 % случаев уменьшает риск инструментальной травматизации шейки матки.

2. Применение мизопростала во II триместре беременности достоверно сокращает время подготовительного периода шейки матки, величину кровопотери, а также частоту тяжелых поставортных осложнений.

3. Интравагинальное применение мизопростала предпочтительно, т.к. уменьшает время подготовки шейки матки, реже требуется повторное назначение препарата.



ФОКИН Ю.А.

Красноярская государственная медицинская академия,
Городская больница № 4,
г. Красноярск

ОПЫТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГБ № 4 Г. КРАСНОЯРСКА)

Ежегодно в мире производится более 40 млн. аборт, из них более 2 млн. — в России, и это при том, что ежегодно количество аборт в нашей стране снижается, в среднем, на 5 %.

В Российской Федерации в сроки до 12 недель прерывается до 91 % нежеланных беременностей, при этом около 9 % беременностей прерывается в поздние сроки — до 22 недель беременности, по медицинским и социальным показаниям (согласно постановления Правительства РФ № 485 от 11.08.2003). Для сравнения, в Швейцарии (V. Addor, 2003) 96 % прерываний беременности производятся до 12 недель беременности, средний гестационный срок аборта составляет $7,7 \pm 2,3$ недель; в США, как и в России (G.J. Annas, 2001), до 90 % аборт производится до 12 недель беременности, а остальные 10 % — от 12 до 24 недель.

Искусственное прерывание беременности в поздние сроки продолжает оставаться одной из сложных проблем в акушерстве. Существует множество методов прерывания беременности в поздние сроки: дилатация шейки матки и одномоментное удаление плода и последа, малое кесарево сечение, экстра- и интраамниальное введение гипертонического раствора, стимуляция утеротоническими средствами, местное и интраамниальное применение простагландинов, интрацервикальное ведение ламинарий и др. Согласно рекомендациям Американской врачебной ассоциации (АМА), в сроке 13-15 недель беременности отдается предпочтение дилатации шейки матки с последующей эвакуацией (вакуум аспирацией), от 15 до 20 недель — дилатации шейки матки с последующей экстракцией плода, а после 20 недель — частичной дилатации и индукции родовой деятельности.

В России в 80-90 гг. прошлого столетия наибольшее распространение получил метод интраамниального введения гипертонического раствора хлористого натрия. Однако тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, выраженные обменные нарушения являются противопоказанием для этого метода, к тому же, у части женщин метод оказывается малоэффективным, наступление аборта нередко затягивается, возрастает частота гнойно-септических осложнений.

С 1986 г. в ГБ № 4 г. Красноярск, с целью прерывания беременности поздних сроков, ши-

роко применяется методика интраамниального введения раствора грамицидина, а с 2001 г. — дополнительно, с целью подготовки шейки матки, интравагинальное введение мизопростала.

За последние 6 лет прерывание беременности путем интраамниального введения раствора грамицидина проведено у 2022 пациенток.

Процедура интраамниального введения раствора грамицидина проводится с учетом наличия общепризнанных условий, показаний и противопоказаний. Для этих целей используется 2 % спиртовой раствор грамицидина в количестве 5 мл. Раньше, до применения простагландинов, в течение 3-5 дней проводилась подготовка шейки матки к проведению процедуры назначением глюкозо-витаминно-гормонально-кальциевого фона. С 2001 г. для подготовки шейки матки применяются простагландины — интравагинально вводится мизопростол в дозе 25 мкг (двукратно в течение суток).

Методика интраамниального введения раствора грамицидина предусматривает его введение через передний свод влагалища или трансабдоминально. Проведение манипуляции под эхографическим контролем повышает ее надежность и безопасность. В течение 3-х часов после проведения процедуры всем пациенткам назначается постельный режим, обеспечивается индивидуальное наблюдение (контроль общего состояния, почасовое измерение пульса, температуры, артериального давления, диуреза, целостности околоплодных вод, начала схваток).

По нашим данным, латентный период с момента интраамниального введения грамицидина до появления регулярной родовой деятельности составляет до 6-8 часов, а средняя продолжительность аборта составляет до 16 часов. После того, как с целью подготовки шейки матки стала применяться методика интравагинального введения мизопростала, почти вдвое сократился латентный период, а время самого аборта сократилось, в среднем, до 8-10 часов.

Характер и частота осложнений после прерывания беременности с использованием раствора грамицидина были следующими: повторные выскабливания полости матки — 1,1 %, разрывы шейки матки — 0,9 %, гипотонические кровотечения — 0,22 %. Отсутствовали летальные осложнения.

Таким образом, как показывает наш многолетний опыт, метод интраамниального введения



раствора грамицидина с целью прерывания беременности в поздние сроки отличается высокой эффективностью, простотой применения, безопасностью (при строгом соблюдении показаний и противопоказаний). Учитывая наметившуюся тенденцию отечественного здравоохранения к

минимизации стоимости достижения конечного результата и анализу эффективности произведенных затрат, следует заметить, что использование грамицидина и мизопростола (учитывая их низкую стоимость и высокую эффективность) полностью отвечают этой тенденции.

ХАЯТОВА З.Б., ПЕКАРЕВ О.Г., ШПАГИНА Л.А., ТРУНОВ А.Н., КУЗЬМИНА В.В.
*Новосибирская государственная медицинская академия,
НЦ клинической и экспериментальной медицины СО РАМН,
г. Новосибирск*

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ГЕМОПОЭЗА

Воспалительные заболевания половых органов представляют собой одну из основных медицинских проблем и оказывают существенное влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста. Воспалительные заболевания внутренних половых органов не только занимают лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости, но являются наиболее частой причиной госпитализации женщин репродуктивного возраста [1, 2].

Значение воспалительных заболеваний женских половых органов определяется не только высокой частотой этой патологии, но и сравнительно частым возникновением на фоне воспалительных процессов различных форм нарушений менструальной, генеративной и других специфических функций женского организма, а также вовлечением в цепь патологических реакций эндокринной, нервной, сосудистой и других систем организма, определяющих общую и специфическую ответные реакции организма больной на развитие инфекции [1].

Недостаточные сведения о состоянии эритропоэза при воспалительных заболеваниях женских половых органов требовало более углубленного изучения. С этой целью нами было проведено обследование 215 больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов. Среди всех респонденток основную группу (73,5 %) составили женщины от 19 до 35 лет, при этом 33 % женщин отмечали начало половой жизни с 15 лет. По социальному статусу за медицинской помощью обратились 68 % служащих, 30 % домохозяйек. Всем женщинам проводилось полное клинико-лабораторное обследование, включая ультразвуковое исследование, в результате которого были выделены основные заболевания: сальпингоофорит у 154 обследуемых (71,6 %), эндометрит у 40 больных, тубоовариальный абсцесс — у 21 пациентки. У 65 % больных воспалительными заболеваниями женских половых органов высея-

на патогенная и условно-патогенная микрофлора, у более трети из них — сочетанная микрофлора, что совпадает с данными литературы.

При исследовании периферической крови обращали на себя внимание высокие показатели лейкоцитарного индекса интоксикации — от 1,9 до 4,5 у.е., лейкоцитоз выявлен у 72 % больных, нейтрофильный сдвиг лейкоцитов — у 86,4 % женщин, что свидетельствовало о высокой степени интоксикации у обследуемых.

Уровень гемоглобина составил $117,8 \pm 6,21$ г/л, цветовой показатель — $0,97 \pm 0,03$, среднее содержание гемоглобина в одном эритроците — $32,7 \pm 1,89$ пикограмм. Обращало на себя внимание достоверное снижение количества эритроцитов — $3,71 \pm 0,25 \times 10^{12}$ ($p < 0,05$), по сравнению со здоровыми женщинами.

У женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов отмечены высокие цифры сывороточного железа — $34,3 \pm 3,04$ мкмоль/л. Повышение уровня сывороточного железа сопровождалось повышением и общей железосвязывающей способности сыворотки крови (коэффициент корреляции $+0,710035$). Несмотря на высокие цифры сывороточного трансферрина, коэффициент его насыщения достоверно ниже, чем у здоровых — $21,6 \pm 2,7$ %. Сывороточный ферритин составил $25,6 \pm 2,18$ нг/мл, что соответствует нормативным стандартам, но достоверно ниже, чем у здоровых ($p < 0,01$).

В течение последних лет, благодаря широкому внедрению метода иммуноферментного анализа (ИФА) и возможности получения моноклональных антител, определение уровня трансферриновых рецепторов приобретает все большее клиническое значение.

Трансферриновые рецепторы являются мембранными гликопротеинами и осуществляют медиаторную передачу железа внутрь клетки от трансферрина, находящего в плазме. Этот процесс осуществляется путем связывания транс-



феррина с рецепторами трансферрина и последующим внедрением их в эндоплазматическую везикулу за счет рецептор-медиаторного эндоцитоза, сопровождающегося освобождением железа из белка при одновременном уменьшении эндосомального pH.

В мировой литературе имеются работы по определению уровня трансферриновых рецепторов при различных анемиях. В то же время работы, посвященные исследованию уровня трансферриновых рецепторов у больных с воспалительными заболеваниями, немногочисленны.

Несмотря на высокие показатели уровня сывороточного железа, у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов выявлены достоверно высокие показатели уровня трансферриновых рецепторов — $7,89 \pm 0,35$ мкг/мл, по сравнению с показателями женщин контрольной группы. При исследовании эритропоэтина, выявлено достоверное его снижение, по сравнению со здоровыми женщинами — $12,5 \pm 1,2$ мIU/мл.

Изменения гематологических показателей у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов может быть результатом влияния определенных иммунных и воспалительных цитокинов, как интерфероны ИФН- α , ИФН- β . Так, содержание ИФН- γ было в 2,1 раза выше, чем у здоровых женщин. Недавние исследования (Byrd T.F. et al., 1993) показали, что человеческие мононуклеарные фагоциты ухудшают экспрессию своих трансферриновых рецепторов и содержание ферритина, когда они подвергаются воздействию интерферона гамма. Уменьшение включения железа, однако, количественно ниже, чем уменьшение экспрессии трансферриновых рецепторов и содержание ферритина. В результате, ферритин остается в этих клетках приблизительно

но в 3 раза более насыщенным включенным железом, чем ферритин в неактивированных клетках. Более того, ферритин в ИФН- γ -активированных моноцитах является, по-видимому, типом «высокого железа», то есть типом ферритина, который быстро захватывает железо и относительно медленно освобождает его, по сравнению с типом ферритина «низкого железа». Такие количественные и качественные изменения метаболизма железа в активированных макрофагах могут уменьшать доступность железа для клеток эритрона и способствовать развитию анемии.

Метаболизм железа может быть изменен не только ИФН- γ , но также и ИФН- β . В соответствии с результатами некоторых клинических и экспериментальных исследований, хроническое воздействие ИФН- β может привести к анемии. В фазе 1 клинического изучения у пациентов после введения ИФН- β обнаруживались признаки анемии. Кроме того, многократное введение ИФН- β крысам и мышам вызывало анемию, во многом сходную с анемией у человека. ИФН- γ и ИФН- β ингибируют эритропоэз *in vitro* и *in vivo*, и все эти цитокины подавляют эритропоэз синергически или повышая экспрессию друг друга. Достоверно высокие показатели, как ИФН- γ и ИФН- β , возможно и объясняют особенности эритропоэза у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Снижается не только содержание сывороточного эритропоэтина, но и нарушаются процессы передачи железа трансферриновыми рецепторами.

Таким образом, при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов не только снижается выработка эритропоэтина, но и нарушается процесс передачи железа рецепторами трансферрина, что и объясняет особенности развития анемии.

ЧЕРНИКОВА Л.Ю., ЕВТУШЕНКО И.Д.
Томский военно-медицинский институт,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Проблемы женского здоровья в условиях экономического и демографического кризиса приобретают характер первостепенных задач национальной политики государства. На сегодняшний день гинекологические заболевания занимают не последнее место в списке заболеваний, оказывающих угрозу в области народонаселения и общественного здоровья. Ситуация

в этой области сложная, но лидирующее место занимают воспалительные заболевания женской половой сферы. За последние 7 лет частота этих заболеваний у подростков повысилась в 5,4 раза, а у взрослых — в 1,3 раза, что указывает на развитие серьезных негативных тенденций, ведущих к снижению качества жизни больных, причем в значительной степени — в трудоспособном возрасте.



Для решения проблемы, связанной с лечением гинекологических заболеваний, уделяется большое внимание выбору рациональных, безопасных, эффективных лекарственных средств и методов лечения в условиях ограниченных финансовых ресурсов. Важно отметить, что физиотерапия является одной из важнейших составляющих лечения больных, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОТ).

В связи с этим, *целью работы* стало определение рациональных, с точки зрения фармакоэкономики, физических методов лечения, используемых при терапии ВЗОТ.

Методологией исследования явились принципы статистического, экономического и фармакоэкономического подхода к анализу видов физиотерапии.

Были проанализированы 308 историй болезни специализированного гинекологического отделения г. Томска за 2001-2003 гг.

В результате анализа историй болезни, установлен перечень методов физиотерапии, назначаемых при нозологиях ВЗОТ (острый эндометрит, острый и подострый сальпингоофорит и пельвиоперитонит) и рассчитан их коэффициент потребления (Кп):

- электрофорез с цинком (Кп = 5 %);
- электрофорез с йодом (Кп = 7 %);
- электрофорез с димексидом (Кп = 8 %);
- магнитолазеротерапия (Кп = 9 %);
- магнитное поле УВЧ (Кп = 3,5 %);
- электрофорез с медью (Кп = 2,6 %);
- микроволны сантиметрового диапазона (Кп = 5,9 %);
- квантовая ультрафиолетовая аутогемотерапия (Кп = 0,6 %);
- иглорефлексотерапия (Кп = 1,35).

Для получения данных по эффективности и рациональному назначению видов физиотерапии, используемых для лечения гинекологических больных, в экспертной оценке принимали участие 25 специалистов. Было установлено, что для улучшения лечения острого и подострого сальпингоофорита будет наблюдаться рост назначений таких видов физиотерапии, как квантовая ультрафиолетовая аутогемотерапия (отметили 3 % специалистов), и электрофорез с йодом или медью (указали 8 % респондентов). Наиболее эффективным и перспективным видом физиотерапии, по мнению 63 % экспертов, для лечения пельвиоперитонита и эндометрита является микроволновое лечение. Наибольшая часть специалистов (90 %) отметили, что в ближайшее время будет наблюдаться рост применения магнитолазеротерапии для лечения гинекологических заболеваний. Кроме этого, эксперты сошлись во мнении, что необходимо назначать физиотерапию к основному виду лекарственного лечения, так как это повышает эффективность лечения гинекологических заболеваний и ускоряет эффект наступления выздоровления.

Анализ стоимостных расходов на физические методы лечения в стационарных условиях данной категории больных показала, что сумма затрат колеблется, в среднем, от 0,59 \$ до 48,0 \$, в зависимости от нозологии ВЗОТ и количества дней лечения. Важно отметить, что фактические затраты на физиотерапию составляют, в среднем, 9 % от общего объема затрат на медицинскую помощь гинекологическим больным.

Таким образом, установленный перечень видов и расходов физических методов лечения дает возможность определить рациональные подходы к повышению эффективности лечения больных с ВЗОТ, с точки зрения фармакоэкономического анализа.

ЧООДУ С.Э.

*Перинатальный центр Республики Тыва,
г. Кызыл*

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И АКУШЕРСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

В последнее десятилетие проблема репродуктивного здоровья населения в Российской Федерации приобрела особую актуальность в связи с катастрофическими темпами ухудшения демографических показателей.

Согласно данным Всероссийской переписи населения, в 2002 году численность постоянного населения Республики Тыва составила 305,5 тысяч человек. Численность женщин на 15,5 тыс. превысила численность мужчин. На 1000 мужчин

в республике приходится 1107 женщин. Преобладание численности женщин отмечается, начиная с 18-летнего возраста. Средний возраст жителей республики составил 28,5 лет, женщин — 29,6 лет, мужчин — 27,3 года. Число супружеских пар составило 58000, причем 15000 или 25,9 % состояли в незарегистрированном официально браке (по РФ — 10 %).

На территории Российской Федерации, в том числе Красноярского края, с 1993 года начался



процесс депопуляции, характеризующийся отрицательными значениями показателя естественного прироста населения. Республика Тыва до сих пор остается одной из немногих территорий в РФ, где ежегодно уровень рождаемости почти в два раза превышает среднероссийский показатель, а естественный прирост населения обеспечивает его воспроизводство. Вместе с тем, за последние 10 лет показатели рождаемости, общей смертности и естественного прироста населения в Республике Тыва характеризовались разнонаправленной и не однозначной динамикой.

Показатель общей смертности населения в Республике Тыва, в отличие от показателя рождаемости, имел четко выраженную и однонаправленную динамику в сторону увеличения. Так, за последние 10 лет показатель смертности увеличился с 11,4 до 14,3. В результате постепенного снижения показателя рождаемости и стремительно растущего показателя смертности населения, динамика показателя естественного прироста населения характеризуется резким снижением. Показатель естественного прироста населения в Республике Тыва снизился почти в 2 раза — с 8,6 до 5,3.

На фоне постоянно ухудшающейся демографической ситуации, в Республике Тыва отмеча-

ется высокий уровень материнской и младенческой смертности, превышающий в несколько раз средние показатели по Красноярскому краю и по Российской Федерации.

Динамика показателя материнской смертности носит хаотичный, волнообразный характер, что свидетельствует о его неуправляемости со стороны службы родовспоможения и системы здравоохранения в целом. Следует отметить, что динамика показателей материнской смертности в целом по РФ имеет устойчивый характер снижения, а в Красноярском крае ситуация существенным образом изменилась с 2001 года, когда впервые показатели материнской смертности стали ниже общероссийских. Показатель младенческой смертности почти в два раза превышает аналогичные показатели по РФ и Красноярскому краю и, в отличие от последних, не имеет выраженной динамики снижения.

Таким образом, стабильно высокий уровень материнской и младенческой смертности в Республике Тыва, на фоне постоянно ухудшающейся демографической ситуации, при высокой рождаемости и общей смертности, требует проведения глубокого научного анализа сложившейся ситуации и разработки комплексной региональной программы.

ШАТАЛОВА Е.В., МИХЕЕНКО Г.А.
НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии ТНЦ СО РАМН,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТОЗА ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫМИ ИЗЛУЧЕНИЯМИ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА

Гестоз на протяжении многих лет занимает лидирующие позиции в структуре материнской смертности. В последнее время отмечается рост частоты атипического течения и тяжелых форм гестоза. Эффективная профилактика гестоза и его последствий определяют начало превентивных мероприятий в ранние гестационные сроки и требуют одновременного назначения большого количества лекарственных препаратов. Однако интенсивная медикаментозная терапия может стать небезопасной для плода и новорожденного.

С этой позиции, перспективной является разработка новых методов профилактики и терапии гестационной патологии, сочетающих прием фармакологических препаратов с использованием преформированных физических факторов, хорошо переносимых пациентами, доступных для самого широкого круга медицинских учреждений и не уступающих в эффективности традиционным, проверенным временем схемам лечения.

Целью исследования явилась оценка эффективности нового метода профилактики гестоза на основе использования электромагнитного излучения крайне высоких частот.

Объект наблюдения составили 100 женщин, у которых высокий риск развития гестоза прогнозировался в первом триместре беременности с последующим проведением комплексной профилактики этого осложнения.

Для прогноза риска развития гестоза была использована собственная оценочная шкала (2000), чувствительность которой составила 76 %, специфичность — 92 %, общая точность — 84 %.

Наблюдаемые были разделены на 2 равные группы: получавшие только медикаменты (контрольная группа) и прошедшие на фоне медикаментозной профилактики гестоза курс воздействия электромагнитными излучениями миллиметрового диапазона — КВЧ-терапию (основная группа). КВЧ-воздействие осуществлялось на биологиче-



ски активные точки тела: MC6 (ней-гуань), R3 (тай-си), E36 (цзу-сань-ли), VG14 (да-чжу), R7 (фу-лю), C7 (шень-мень), курсом из 10 процедур, в 12-20 недель гестации.

Клинически выраженный гестоз в основной группе развился в 52 % случаев, при этом 42 % наблюдений составила легкая степень тяжести, 10 % – средняя. Первые симптомы данной патологии были зарегистрированы в $34,1 \pm 0,6$ недели гестации.

В контрольной группе гестоз развился в 72 % случаев ($P < 0,05$). Легкая степень этого осложнения диагностирована в 38 % наблюдения, средняя степень – 34 % ($P < 0,001$). Впервые клинические проявления данного осложнения беременности были зарегистрированы в $31,3 \pm 0,7$ недели беременности ($P < 0,05$).

Плацентарную недостаточность в контрольной группе имели 82 % беременных: компенсированную – 52 %, субкомпенсированную – 26 %, декомпенсированную – 4 %. Средний гестационный срок появления плацентарной недостаточности в контрольной группе составил $24,0 \pm 2,7$ недели.

В основной группе общая частота плацентарной недостаточности была зафиксирована на уровне 64 % ($P < 0,05$). Компенсированная плацентарная недостаточность встречалась в 50 % случаев, субкомпенсированная – в 14 %, декомпенсированной плацентарной недостаточности в основной группе не было. В среднем, данное осложнение впервые появлялось в $30,1 \pm 2$ недель гестации ($P < 0,05$).

В срок через естественные родовые пути были родоразрешены 44 женщины (88 %), получивших КВЧ-терапию. Частота абдоминального родоразрешения в основной группе составила 12 %. Кесарево сечение после КВЧ-терапии выполнялось при беременности 37-39 недель по сочетанным показаниям, среди которых отсутствие эффекта от терапии гестоза присутствовало только в одном случае (16,7 %). Средняя оценка доношенных новорожденных по шкале Апгар составила 7,8 0,1.

В контрольной группе через естественные родовые пути родоразрешены 86 % женщин. Удельный вес кесарева сечения в этой группе был равен 14 %. При этом, в 43 % случаев ($P < 0,05$) операция выполнялась в 34-36 недель гестации, на фоне отсутствия эффекта от проводимой терапии гестоза. Средний балл оценки доношенных новорожденных по Апгар составил 7,2 0,1.

После проведения КВЧ-терапии внутриутробная задержка развития плода наблюдалась в 4 % наблюдений, в то время как аналогичный показатель у получавших только медикаменты составил 12 % ($P < 0,05$). Тяжелая степень гестоза и перинатальные потери в обеих сравниваемых группах отсутствовали.

Таким образом, профилактика гестоза с использованием электромагнитных излучений миллиметрового диапазона значительно уменьшает степень выраженности данного осложнения, замедляет появление его симптомов и плацентарной недостаточности, что оптимизирует исход беременности и родов.

ШРАМКО С.В., ЗОРИНА Р.М., БАЖЕНОВА Л.Г., КРАЮШКИНА Н.А.

*Государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

МАКРОГЛОБУЛИНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИН ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ ДО ОПЕРАЦИИ И В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Альфа-2-макроглобулин (МГ) и ассоциированный с беременностью альфа-2-гликопротеин (АБГ) относятся к белкам семейства макроглобулинов и обладают свойствами ингибиторов протеиназ, иммуномодуляторов и транспортеров многих биологически активных веществ. Известно, что содержание МГ снижается при острых воспалительных процессах и повышается при аутоиммунных заболеваниях. Кроме того, АБГ является белком беременности, при которой его концентрация возрастает в сотни раз.

У небеременных женщин уровень МГ превышает уровень АБГ почти в 500 раз. Литературные сведения об изменениях концентрации вышеперечисленных белков у женщин с воспалительными процессами придатков матки малочисленны и противоречивы. Как известно, любые хирургические вмешательства сопровождаются массовой гибелью клеток, некрозом тканей в очаге воспаления, измененным белковым катаболизмом и развитием токсических состояний.

Все вышеизложенное послужило предпосылкой для проведения данной работы, целью кото-



рой было оценить динамику концентраций МГ и АБГ в крови женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки при традиционном оперативном методе и лапароскопии.

Обследованы 39 пациенток (возраст 30-37 лет), госпитализированных по неотложным показаниям с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ). Основную группу составили 25 женщин, которым с лечебной целью проводилась лапароскопия: у 16 % — аднексэктомия с контр튜브эктомией, у 33 % — односторонняя тубэктомия, в 19 % случаев операция закончилась 2-х сторонней тубэктимией и у 32 % — односторонней аднексэктомией. В группу сравнения вошли 14 пациенток, у которых хирургическое лечение выполнялось классическим лапаротомным способом: у 13 больных она закончилась гистерэктимией с придатками, в 1 случае аднексэктомией с контр튜브эктомией. Время с момента госпитализации до начала оперативного лечения составляло от 6 часов до 3-х суток. Послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений.

Содержание МГ и АБГ в сыворотке крови больных было определено при поступлении в стационар, на 1-3 и 4-7 сутки послеоперационного периода, методом ракетного иммуноэлектрофореза.

Установлено, что уровень АБГ в сыворотке всех обследованных женщин в дооперационном и раннем послеоперационном периоде, независимо от метода хирургического лечения, оставался неизменным, колеблясь от $0,01 \pm 0,005$ г/л до $0,016 \pm 0,003$ г/л. Неизменный уровень АБГ в крови боль-

ных, который является структурным и функциональным аналогом МГ, свидетельствует о том, что он не принимает участия в развитии локальной воспалительной реакции.

Содержание МГ в сыворотке крови у пациенток основной группы статистически значимо ($p = 0,04$) снижалось на 22 % в 1-3 сутки послеоперационного периода ($с\ 2,41 \pm 0,18$ г/л до $1,9 \pm 0,12$ г/л), а к 7 суткам повышалось до $2,1 \pm 0,17$ г/л, не отличаясь статистически значимо от исходных данных.

Уровень МГ в крови больных в течение 1-3 суток после лапаротомии резко снижался на 49 % ($с\ 2,43 \pm 0,31$ г/л до $1,25 \pm 0,2$ г/л; $p = 0,02$) и оставался сниженным на 28 % к 7 суткам после операции ($1,64 \pm 0,2$; $p = 0,03$).

Таким образом, выявлена прямая зависимость уровня МГ от объема оперативного вмешательства. При лапароскопическом методе лечения гнойно-воспалительных процессов в придатках матки, который характеризуется наименьшим травматизмом, содержание основного ингибитора протеиназы и панрегулятора в организме альфа-2-макроглобулина быстро восстанавливается после операции. И, напротив, лапаротомический метод хирургического лечения с расширением объема оперативного вмешательства до гистерэктомии сопровождается значительным снижением в крови концентрации данного белка.

Полученные данные являются дополнительным доказательством предпочтительности эндоскопического метода лечения при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки у женщин репродуктивного возраста.

ШРАМКО С.В., БАЖЕНОВА Л.Г., ЧИРИКОВА Т.С.
Государственный институт усовершенствования врачей,
МУЗ Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЛЬФА-2-МАКРОГЛОБУЛИНА И АНТИТРИПСИНА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Широкая распространенность осложненных форм воспаления придатков матки, наряду с частым несоответствием патоморфологической картины и общей клинической симптоматики, затрудняет выбор оптимальной лечебной тактики, и побуждает к поиску объективных критериев оценки степени тяжести воспалительного процесса органов малого таза.

Результаты многочисленных исследований показывают, что альфа-2-макроглобулин (МГ) и антитрипсин (АТ) обладают способностью образовывать специфические комплексы с протеи-

назами, цитокинами, иммунными комплексами и другими биологически активными веществами, проявляя себя как маркеры многих заболеваний и патологических состояний.

Целью данной работы было установление связи между уровнем сывороточного МГ и АТ и наличием гнойного расплавления в яичниках и маточных трубах при воспалительных процессах придатков матки.

Изучено содержание МГ и АТ в крови 75 пациенток гинекологического стационара с воспалительными заболеваниями органов малого таза, в



возрасте от 16 до 50 лет. Из них, 39 женщин имели деструктивные процессы в маточных трубах (пиосальпинкс) и яичниках (пиовар, абсцесс), 36 пациенток деструкции органов (аднексит, сальпингит) не имели. Альфа-2-макроглобулин и антитрипсин определялись методом ракетного иммуноэлектрофореза с использованием моноспецифических антисывороток к данным белкам.

В результате исследования установлено, что содержание АТ в сыворотке крови больных с деструктивными процессами в яичниках и маточных трубах было статистически значимо ниже ($1,81 \pm 0,11$ г/л), в сравнении с таковым у женщин без воспалительной деструкции в органах ($2,24 \pm 0,19$ г/л). Достоверной разницы между уровнем сывороточного АТ в группах с деструкцией в яичниках и маточных трубах не выявлено.

Концентрация МГ в группе обследованных больных с наличием гнойного расплавления в яичнике была статистически значимо ниже ($1,95 \pm 0,19$ г/л), в сравнении с таковой в группе больных с воспалительной деструкцией в маточной трубе ($2,62 \pm 0,21$ г/л).

Результаты исследования показали, что уровень сывороточного альфа-2-макроглобулина и антитрипсина является объективным критерием оценки степени тяжести и наличия деструкции при воспалительных процессах придатков матки. Полученные данные позволяют расширить методы дифференциальной диагностики, оптимизировать выбор лечебной тактики и сократить сроки пребывания в стационаре больных с осложненными формами воспаления придатков матки.

ЯВОРСКАЯ С.Д., ЛУЧНИКОВА Е.В.

Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА «НОВАРИНГ»

В связи с увеличением в последние годы заболеваемости и инвалидизации населения, снижением общей продолжительности жизни и падением деторождения, проблема планирования семьи приобретает не только медицинское, но и социальное значение. Использование безопасных и надежных методов контрацепции, с одной стороны, способствует реализации права женщины свободно и осознанно определять количество желанных детей, с другой стороны, — сохранить свое репродуктивное здоровье. В интересах женщин фармацевтические компании и фирмы постоянно работают над совершенствованием своих препаратов, разрабатывают новые контрацептивные технологии.

Совсем недавно на фармацевтическом рынке Сибири появился новый гормональный контрацептив НоваРинг. Это низкодозированный гормональный контрацептив для вагинального применения. Гибкое контрацептивное кольцо, содержащее 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этногестрела.

Цель настоящего исследования: изучение контрацептивной эффективности и частоты возможных побочных эффектов нового низкодозированного гормонального контрацептива НоваРинг.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение 6 месяцев находились 11 женщин в возрасте от 25 до 41 года (средний возраст $31,5 \pm 0,3$ года).

Женщины самостоятельно вводили ринг во влагалище, с 1-го по 5-й день менструального цикла, и оставляли его на 21 день. Затем кольцо самостоятельно удаляли из влагалища и делали перерыв 7 дней. Все женщины перед назначением контрацепции прошли полное клиническое обследование, включающее определение индекса массы тела, биохимические показатели крови, уровни ПРЛ и ТТГ, а также УЗИ органов малого таза и молочных желез.

Результаты. В анамнезе у 9 пациенток были искусственные аборт и роды. Двоих детей имели только 3 пациентки. Не имели беременности в прошлом 2 женщины. Ранее, с целью контрацепции, 4 женщины использовали ВМС и гормональные препараты, только гормональные контрацептивы использовали 5 женщин. Механические способы контрацепции применяли 2 женщины, химические — одна.

Практически у всех женщин менструальный цикл был регулярный. Нарушение менструального цикла по типу опсоменореи отмечено только у одной пациентки, симптомы дисменореи выявлены еще у 3-х. Биохимические показатели красной крови и данные гормонограммы перед назначением гормонального контрацептива у всех пациенток были в пределах возрастной нормы. Из экстрагенитальной патологии у 3-х женщин выявлена вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу, у 3-х — хронический пиелонефрит, у 2-х — заболевания ЖКТ (хронический ге-



патит, хронический холецистит), у 4-х выявлена гиперплазия щитовидной железы, без нарушения ее функции. При проведении УЗИ гениталий у 5 женщин обнаружены признаки хронического эндометрита, аденомиоза 2 ст. — у одной. Вторичные ПКЯ диагностированы у одной пациентки. Диагноз фиброзно-кистозной мастопатии различной степени выраженности поставлен 3-м женщинам, причем одна из них ранее оперирована по поводу фибroadеномы молочной железы.

По истечении 6 месяцев приема НоваРинга случаев самопроизвольного выпадения ринга из влагалища и наступления беременности не наблюдалось. Менструальный цикл у всех женщин на фоне применения контрацептивного кольца был регулярным. Уменьшение длительности и объема менструальноподобного кровотечения отметили 3 пациентки, ранее имевшие гиперполименорею. Наличие межменструальных кровянистых выделений в 1-м цикле использования контрацептива отметили 3 пациентки. Среди других побочных явлений, следует отметить кратковременные жалобы на чувство тошноты (1 пациентка), чувство нагрубания молочных желез (1 пациентка), некоторое снижение либидо (2 пациентки). Существенного изменения артериального давления и массы тела на протяжении 6 месяцев использования контрацептива не отмечено. На фоне применения НоваРинга не отмечено достоверных изменений

уровней ПРЛ, ТТГ и глюкозы крови, показателей системы гемостаза. Размеры матки, по данным УЗИ, достоверно не менялись, однако ультразвуковые признаки хронического эндометрита исчезли у 4-х из 5-ти их имевших, структура яичников у всех пациенток соответствовала приему КОК.

Все женщины, применявшие НоваРинг, отметили простоту и удобство нового контрацептива (поставил на 21 день и забыл), отсутствие какого-либо неудобства у самой женщины и у их сексуальных партнеров, надежность контрацепции, оптимальность регуляции менструального цикла и минимум побочных эффектов, по сравнению с гормональными препаратами, которые они использовали ранее. Единственным минусом данного контрацептива, по мнению женщин, является его относительно высокая стоимость, что, несомненно, влияет на процент доступности НоваРинга для пациенток различного социального статуса и финансового достатка.

Таким образом, НоваРинг является высокоэффективным гормональным контрацептивом местного применения, не оказывающим существенного влияния на гормональный гомеостаз и показатели красной крови. Он обладает минимумом побочных эффектов, хорошо переносится и может быть рекомендован как препарат выбора, особенно для женщин с хроническими заболеваниями ЖКТ и почек.

ЯКОВЛЕВА Н.В.

*ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В последнее время отмечается значительное увеличение частоты внематочной беременности во всех странах. Данная патология представляет собой не только непосредственную опасность для жизни больной, связанную с возможным внутренним кровотечением, но и чревата неблагоприятными отдаленными последствиями: спаечным процессом в малом тазу, повторной внематочной беременностью, вторичным бесплодием.

Целью исследования явилось повышение качества лечения внематочной беременности путем использования малоинвазивных операций для сохранения репродуктивной функции женщин.

Проанализированы результаты хирургического лечения 100 женщин, в возрасте от 18 до 40 лет, оперированных по поводу внематочной беременности. Анализ результатов исследования показал, что 33 % женщин ранее перенесли опе-

ративные вмешательства на органах малого таза, из них, 30 % на маточных трубах. При этом в 25 % наблюдений операции на маточных трубах были проведены по поводу внематочной беременности, в 5 % — по поводу бесплодия. По анамнестическим данным установлено, что у 87 % пациенток были воспалительные заболевания половых органов, искусственные аборты — у 52 %.

Всем больным с подозрением на внематочную беременность было проведено комплексное обследование, которое позволило в первые сутки поставить правильный диагноз и провести оперативное вмешательство. Комплексное обследование включало: клинко-лабораторное обследование, бимануальное обследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование, проведение уротеста на определение в-хорионического гонадотропина в моче, лапароскопию. Среди современных методов диагностики наибольшей информативнос-



тью обладали трансвагинальное ультразвуковое исследование и эндоскопия. Лапароскопический доступ позволил сократить время дифференциальной диагностики, визуально оценить патологические процессы в полости малого таза и осуществить оперативное вмешательство.

При ревизии органов брюшной полости была констатирована трубная беременность, которая в 69 случаях локализовалась в ампулярном отделе трубы, в 6 — в интерстициальном отделе, в 24 случаях расположение плодного яйца было расценено как пограничное в истмико-ампулярном отделе трубы. У одной пациентки плодное яйцо располагалось в интрамуральном отделе трубы. У 51 пациентки трубная беременность прервалась по типу трубного аборта, у 16 — по типу разрыва маточной трубы, у 33 женщин имела место прогрессирующая трубная беременность. Объем кровоизлияния в брюшную полость составлял от 50 до 1500 мл. Диаметр маточной трубы в области плодместилища колебался от 2 до 8 см. Выраженный спаечный процесс в брюшной полости был выявлен у 70 % женщин, причем более чем у половины из них — за счет перенесенных воспалительных процессов придатков матки.

Всем женщинам при подтверждении диагноза внематочной беременности выполнялась хирургическая операция лапароскопическим доступом. Объем оперативного вмешательства зависел от нескольких факторов. Большое влияние на выбор метода оперативного вмешательства оказывало клиническое течение ВБ. Большинство пациенток (67 %) поступили на стадии нарушенной ВБ, когда проведение органосохраняющих операций было возможно лишь у половины пациенток. У женщин с прогрессирующей беременностью практически всегда удавалось сохранить орган. 80 % пациенток поступали при сроке беременности более 6 недель, когда имелись значительные изменения маточной трубы на всем протяжении. В таких случаях не всегда удавалось сохранить маточную трубу. Объем проводимой операции зависел также от места имплантации плодного яйца в маточной трубе. У 2/3 больных эктопическое плодное яйцо имплантировалось в ампулярном отделе. Это наиболее благоприятная локализация для выполнения органосохраняющих операций, даже при большом сроке беременности. У 1/3 пациенток плодное яйцо локализовалось в истмическом или истмико-ампулярном отделах, при данной локализации плодного яйца выполнение органосохраняющих операций было возможно только при небольшом сроке беременности.

Радикальные операции с удалением маточной трубы проведены у 41 пациентки. Показаниями для удаления маточной трубы явились большой срок ВБ, разрыв маточной трубы с массивным внутрибрюшным кровотечением и незаинтере-

сованность женщины в сохранении детородной функции.

Органосохраняющие операции выполнены у 59 пациенток. Характер операции зависел от локализации плодного яйца. При его имплантации в ампулярном отделе трубы, проводилось осторожное выдавливание плодного яйца без рассечения стенки маточной трубы. После этого тщательно промывали область, где было имплантировано плодное яйцо. Проведение данной методики оказалось возможным лишь у 6 больных при небольшом сроке беременности и при локализации плодного яйца в нижней трети ампулярного отдела.

Наиболее часто (у 50 больных) нами проводилась сальпинготомия: разрез игльчатым монополярным по антимезентериальному краю маточной трубы над точкой максимального растяжения, в зоне с наименьшим количеством сосудов. После рассечения маточной трубы, проводили удаление плодного яйца щипцами, промывание маточной трубы и гемостаз микробиполярными щипцами. При локализации плодного яйца в истмическом или истмико-ампулярном отделах, чаще всего разрез на трубе не зашивали. По данным некоторых авторов, сближение краев разреза приводит к последующей деформации маточной трубы. Мы использовали наложение лапароскопических швов на разрез при большом сроке беременности, с целью гемостаза, у 5 пациенток. Другим типом хирургического лечения истмической трубной беременности являлась сегментарная резекция, при которой удаляли только участок маточной трубы, где локализовалось плодное яйцо. Такие операции проводились при невозможности осуществить гемостаз после удаления плодного яйца из плодместилища. В дальнейшем, через 3-6 мес. после операции, осуществляли микрохирургический трубный анастомоз лапароскопическим либо традиционным доступом.

При локализации плодного яйца в ампулярном отделе, также проводили линейную сальпинготомию, но разрез в ампулярной части маточной трубы осуществляли игльчатым монополярным до дистального просвета. Разрез на трубе не зашивали. Однако, при большом сроке беременности, когда из-за значительного изменения трубы трудно провести гемостаз, проводили резекцию части ампулярного отдела маточной трубы. Во время этой же операции данным пациенткам было проведено формирование стомы с фиксацией вывернутой маточной трубы к серозной оболочке викриловыми швами для предотвращения окклюзии. Это позволяло сохранять маточную трубу пациенткам с единственной маточной трубой.

У большинства женщин были выполнены сочетанные вмешательства по поводу сопутствующей гинекологической патологии: рассечение спаек — у 70 больных, реконструктивно-пластические операции на второй маточной трубе — у



38 женщин, коагуляция эндометриоидных гетеротопий — у 19, удаление кист яичника — у 19, удаление миоматозных узлов — у 5, стерилизация 2-й маточной трубы — у 2-х.

Лапароскопические операции проходили практически бескровно, благодаря использованию электроэнергии для рассечения тканей и гемостаза. Завершали операцию промыванием брюшной полости большим количеством физиологического раствора. Дренажи не использовали, из-за возможного возникновения спаек. Осложнений в процессе оперативного вмешательства не наблюдалось. Послеоперационный период протекал благоприятно: применение наркотических анальгетиков и стимуляции кишечника не требовалось. Средний койко-день составил $5,0 \pm 0,7$.

Отдаленные результаты после оперативного лечения ВБ с сохранением маточной трубы оценивали, в основном, по данным ГСГ, иногда по данным лапароскопии, которая проводилась по показаниям. Нормальная проходимость маточных труб наблюдалась у 88 % женщин после органосохраняющих операций по поводу внематочной беременности. Маточная беременность наступила у 42 % пациенток, внематочная — у 10 %.

У женщин с непроходимыми маточными трубами после ВБ мы выполняли микрохирургические реконструктивно-пластические операции лапароскопическим и лапаротомическим доступами. Подобные операции были выполнены 8 пациенткам, у 5 из них наступила беременность. У одной пациентки после 2-х внематочных беременностей отмечалась непроходимость обеих маточных труб в истмических отделах, через 3 месяца после последней ВБ ей была проведена микрохирургическая операция: двусторонний трубный анастомоз. Через 6 мес. после операции наступила маточная

беременность, которая закончилась рождением здорового ребенка.

Таким образом, лапароскопия является методом выбора для хирургического лечения ВБ, позволяя минимально инвазивным способом окончательно установить диагноз и провести вмешательство в необходимом объеме, в том числе коррекцию сопутствующей гинекологической патологии.

Эндохирургический метод лечения ВБ позволяет повысить качество лечения больных с трубной беременностью путем снижения травматичности и продолжительности операции, обеспечения ранней физической реабилитации, психологического комфорта пациенток.

Экономическим преимуществом лапароскопии является существенное снижение расходов на лекарственные препараты, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и продолжительности нетрудоспособности.

Проведение органосохраняющих операций является эффективным методом лечения ВБ и позволяет сохранить репродуктивную функцию у 42 % женщин. Проведение данных операций возможно у большинства женщин при прогрессирующей трубной беременности небольшого гестационного срока при любой локализации эктопического плодного яйца. При нарушенной ВБ органосохраняющие операции возможны у половины пациенток, преимущественно при локализации плодного яйца в ампулярном отделе.

При нарушении проходимости маточных труб после органосохраняющих операций возможно проведение микрохирургических реконструктивно-пластических операций лапароскопическим либо лапаротомическим доступом, что способствует восстановлению репродуктивной функции у 60 % женщин.

ЯНКО В.С., ГУСЯТИНА Г.Н., ПОЛУКАРОВ А.Н., ЛИХАЧЕВА В.В., РЕНГЕ Л.В.
*МЛПУ Зональный перинатальный центр, родильный дом
г. Новокузнецк*

КАРДИОТАХОГРАФИЯ С ИНТЕГРАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПО МЕТОДУ ДЕМИДОВА В ОПРЕДЕЛЕНИИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

В настоящее время неотъемлемой частью комплексной оценки состояния плода во время беременности и в родах является кардиотахография (КТГ). Мониторное наблюдение за сердечной деятельностью плода значительно расширяет возможности антенатальной и интранатальной диагностики, позволяет эффективно решать вопросы рациональной тактики ведения беременности и

родов и, тем самым, снижать показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

Целью исследования явилось определение оптимальной стратегии и рациональной тактики ведения родов у женщин с высоким риском развития асфиксии плода.

Проведен анализ исхода родов для плода и новорожденного в зависимости от антенатального



показателя состояния плода (ПСП) за последние 5 лет у 924 женщин в родильном доме Зонального перинатального центра (ЗПЦ).

При беременности использована наружная (непрямая) КТГ. Сердечную деятельность плода в течение одного часа регистрировали ультразвуковым датчиком с частотой 1,5-2 МГц, работа которого основана на эффекте Доплера фетального монитора Fetalgard-3000 с компьютерной обработкой и расчетом интегрального показателя состояния плода (ПСП).

В зависимости от значений ПСП, были выделены 3 группы беременных с доношенным сроком беременности.

Первая группа – 691 беременная с показателем ПСП до 1,4, что характеризовало компенсированное состояние плода.

Вторая группа – 147 беременных с показателем ПСП до 1,5-2,0, что указывало на признаками гипоксии плода, фетоплацентарной недостаточности.

Третья группа – 86 беременных с показателем ПСП от 2,0 до 3,0, что является признаком тяжелой гипоксии плода.

Все беременные первой группы родоразрешены через естественные родовые пути. Все новорожденные из 1-й группы наблюдения родились живыми. 633 – 91,6 % с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, без асфиксии. 58 – 8,4 % в состоянии асфиксии, из них 38 (65,5 %) в состоянии легкой асфиксии, с оценкой по Апгар 7-6, 19 детей (32,8 %) в состоянии асфиксии средней степени тяжести 5-6 баллов, 1 ребенок (1,7 %) с оценкой по Апгар 3-6. При анализе историй родов у женщин, родивших детей в состоянии асфиксии, выявлены признаки внутриутробной инфекции (ВУИ) – 37 новорожденных (63,8 %); врожденные пороки развития (гипоплазия легких плода, агенезия мозолистого тела головного мозга, врожденный порок сердца) – 3 новорожденных (5,2 %); патология пуповины (истинный узел или оболочечное прикрепление пуповины, обвитие со сдавливанием) – 13 (22,4 %); аспирационный синдром – 5 случаев (8,6 %).

Во второй группе беременных с ПСП 1,5-2,0 перед родами проводилось лечение ФПН с использованием метаболических средств и контрольным исследованием ПСП. Всем женщинам проводились программированные роды под мониторным контролем. У 40 женщин (27,2 %) роды завершены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке по поводу интранатального дистресса плода. Все дети родились живыми, с оценкой по Апгар 8-9 баллов.

В третьей группе беременных, с исходным ПСП 2,0-3,0, когда имелись признаки тяжелой ФПН, гипоксии плода, для выбора рациональной тактики ведения родов потребовалась оценка степени гемодинамических нарушений в маточно-плацентарном комплексе по доплерометрии. У 56 (65,1 %) выявлены гемодинамические нарушения пуповинного кровотока 2-3 ст., что явилось показанием к плановому оперативному родоразрешению. У 30 беременных третьей группы при доплерометрии выявлены гемодинамические нарушения 1-й ст. в маточно-плацентарном комплексе, что позволило принять решение о проведении программированных родов под мониторным наблюдением. У 8 из 30 женщин (26,7 %) роды закончились экстренным кесаревым сечением по поводу интранатального дистресса плода. Все новорожденные третьей группы беременных родились живыми. 2 ребенка (3,6 %) родились в асфиксии средней степени тяжести, 7 (8,1 %) – с легкой асфиксией, остальные-77 (89,5 %) имели оценку по Апгар 8-9 баллов.

Таким образом, применение кардиотохографии с интегральным показателем состояния плода по методу В.Н. Демидова высоко информативно в антенатальном прогнозировании риска асфиксии плода, что позволяет правильно оценить компенсаторные возможности плода и выбрать оптимальный метод и срок родоразрешения. Нам представляется, что для прогнозирования исхода родов у беременных из группы высокого риска (ГВР) по внутриутробной инфекции, патологии пуповины и ВПР требуется проведение доплерометрии и непрерывный мониторинг в родах.



СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ





ЗАХАРОВ И.С., СОКОЛОВА О.Ф., МАЛЬЦЕВА И.А., НОСКОВА В.А.,
ПЕРЕДЕЛКИНА В.Н., ОРЛОВА Е.Н.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДА РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ И КИСТОЙ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Пиелонефрит единственной почки представляет большую угрозу для жизни матери и плода. Сочетание этой патологии с кистой почки еще более усугубляет прогноз. В связи с этим, случай благоприятно закончившейся беременности представляет большой интерес.

Беременная К., 19 лет, поступила в отделение патологии беременных родильного дома № 1 13.01.2005 с диагнозом: Беременность 35-36 недель. Отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез. Хронический пиелонефрит единственной почки, латентное течение. Дистопия правого мочеточника в мочевой пузырь слева. Киста единственной почки. Сколиоз I степени с деформацией таза, разворот правой подвздошной кости. Гестоз, отечная форма. Анемия легкой степени. Хроническая гипоксия плода. Эндометриоз.

Из анамнеза жизни: в детстве частые ОРЗ, перенесла ветряную оспу, псевдотуберкулез, с 2001 г. юношеский поясничный остеохондроз, сколиоз с деформацией таза. Наследственность отягощена по аномалии почек.

Заболевание впервые заподозрено в возрасте 1 г. 2 мес. при обследовании по поводу ОРВИ (в общем анализе мочи — лейкоциты сплошь, белок 0,165 г/л). В 1 г. 3 мес. отмечено ухудшение состояния — в анализе мочи лейкоцитурия (40-60 в п/з), протеинурия (0,033 г/л), эритроцитурия (18-20 в п/з); в общем анализе крови — повышение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево. Была госпитализирована в детское хирургическое отделение, где поставлен диагноз: Полное удвоение единственной почки справа. Хронический пиелонефрит. По поводу чего была выполнена операция (24.03.87 — в 1 г. 5 мес.) — уретерокутаностомия справа.

В течение второго года жизни постоянные обострения пиелонефрита (лейкоцитурия, бактериурия). В 2 г. 2 мес. госпитализирована в детское хирургическое отделение повторно, где проведе-

на операция — имплантация верхнего мочеточника единственной правой почки в мочевой пузырь слева. В послеоперационном периоде — лигатурный абсцесс послеоперационного рубца. В 3 года — рефлюксирующий мегауретерогидронефроз справа, вторичный пиелонефрит.

С 4-х лет частота обострений пиелонефрита уменьшилась, до 2-3 раз в год к 12 годам и до 1-2 раз в год к 15 годам. Последнее обострение в возрасте 17 лет, функция почки сохранена. Лечение регулярное в стационаре. В 10 лет при проведении УЗИ выявлена круглая киста в нижнем полюсе правой почки размерами 66 × 50 × 38 мм.

Из акушерско-гинекологического анамнеза: альгоменорея (с 2001 г.), эндометриоз (2001 г.) Половая жизнь с 14 лет, не предохранялась. Первая беременность (2000 г.) прервана в сроке 20 недель (по медицинским показаниям), без осложнений. Вторая беременность — настоящая.

На учете по поводу данной беременности с 14-15 недель. Первый триместр беременности протекал на фоне раннего токсикоза. В 19 недель — угрожающий самопроизвольный выкидыш. В 30 недель выявлена однократная бактериурия. В 31-32 недели — анемия легкой ст., гестоз (отеки I ст.); от плановой госпитализации отказалась. Во время беременности течение пиелонефрита латентное, прибавка веса 17,4 кг. В 35-36 недель — настоящая госпитализация.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, соматический и акушерский статус без особенностей, лабораторно значительных отклонений не выявлено.

Учитывая урологическую и ортопедическую патологию, жизнеспособность плода, отсутствие признаков инфицирования решено провести оперативное родоразрешение. 21.01.05 выполнено плановое кесарево сечение по Гусакову. Извлечена девочка 2550 г, 7/8 баллов по шкале Апгар. Течение послеоперационного периода гладкое.

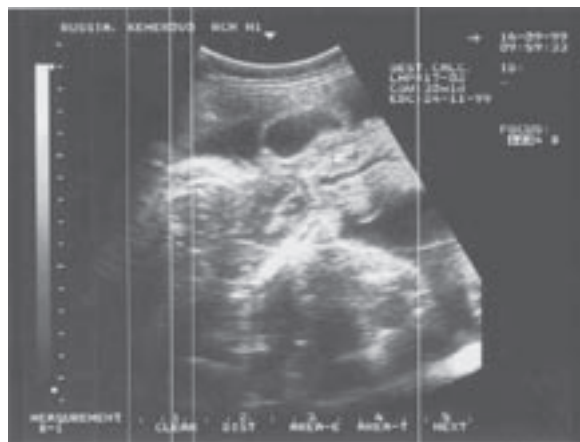
Аномалия развития стебля тела — это дефект брюшной стенки плода, характеризующийся отсутствием пупочного кольца и пуповины. Данный порок формируется с 3-й недели гестации, когда плоский трехслойный эмбрион трансформируется в цилиндрический плод в результате параллельного деления соприкасающихся закладок туловища: цефалической, латеральной и каудальной. В результате этого, из хориональной полости образуется перитонеальная. При аномалии стебля тела указанные закладки делятся неправильно, содержимое брюшной полости персистирует в хориональную, а амнион и хорион сливаются только по краю плаценты [1].

Приводим случай собственного наблюдения аномалии стебля тела.

При ультразвуковом сканировании обнаружено тазовое предлежание обоих плодов. У I плода определялись признаки хронической гипоксии.

Рис. 1.

Эхограмма: подкожная эктопия сердца (1),
полная эвентрация печени (2).



Пуповина проходила по грыжевому мешку, 2 сосуда пуповины (артерия и вена) короткие и тонкие, кровоток в артерии пуповины был критически снижен. Плацента располагалась по передней стенке, толщиной 35 мм, стадия зрелости I.

Принимая во внимание недоношенность и отсутствие данных за порок развития I плода, решено пролонгировать беременность до срока его жизнеспособности.

Методом родоразрешения избрано кесарево сечение. Наличие грыжевого мешка у II плода, соединенного на значительном протяжении непосредственно с плацентой, и ход пуповины вдоль мешка не позволяли провести роды через есте-



ственные родовые пути в связи с высоким риском травматизма и кровотечения. Кроме того, не представлялось возможным оценить длину пуповины I плода.

Через 10 дней после поступления в стационар, в связи с началом спонтанной родовой деятельности и значительными структурными изменениями шейки матки, проведено оперативное родоразрешение — лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение по Дерфлеру. Вскрыт плодный пузырь, излились околоплодные воды в количестве 1 литр. За ягодицы извлечен I плод женского пола массой 1950 г, длиной 42 см, оценкой по шкале Апгар 3-6 баллов. На пуповину наложен зажим. После этого произведено ручное отделение плаценты и выделение последа вместе с прикрепленным к плаценте II плодом.

Пуповина II плода короткая (4 см), представлена двумя сосудами. Внутренние органы II плода локализовались в грыжевом мешке, их морфология полностью соответствовала данным ультразвукового исследования (рис. 2). Лицевой и мозговой череп, конечности визуально не изменены. Масса плода с плацентой составила 950 г. Препарат был отправлен на патолого-анатомическое исследование.

Заключение: врожденный порок развития плода — аномалия стебля тела.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 8-е сутки. Ребенок переведен на второй этап выхаживания в отделение патологии новорожденных. Дальнейшую судьбу проследить не удалось, в связи со сменой места жительства.

Таким образом, в диагностике врожденных пороков развития значительная роль принадлежит ультразвуковому сканированию. Оно позво-

Рис. 2

Внешний вид плода с аномалией стебля тела.



ляет не только уточнить диагноз, но и выбрать оптимальный при данном виде порока метод родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода /Ромеро Р., Пилу Дж., Дженти Ф. и др. — М., 1994. — 448 с.
2. Prenatal assessment of anterior abdominal wall defects and their prognosis /Mann L., Ferguson-Smith M.A., Desai M. et al. //Prenat. Diagn. — 1984. — N 4. — P. 427.



ШИН Е.Л., ВЛАСОВА В.В., ЮЩЕНКО М.А.
*УЗ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Заболеваемость туберкулезом в России за последние десять лет увеличилась более чем в 2 раза, составив в 2001 году 87,5 на 100 тыс. населения, а показатель смертности — 20,4 на 100 тыс. населения. Всего в России зарегистрировано 384380 больных с активными формами туберкулеза. Эти данные свидетельствуют о том, что эпидемическая ситуация по туберкулезу становится критической [1].

Среди женщин туберкулез является наиболее частой причиной смертельных исходов от инфекционных заболеваний. В развивающихся странах туберкулез находится на третьем месте среди причин заболеваемости и смертности женщин репродуктивного возраста [2]. Наблюдается неуклонный рост туберкулеза женских половых органов, занимающего II-III место среди внелегочных локализаций [3].

В последние годы опубликованы работы, посвященные проблеме туберкулеза у женщин репродуктивного возраста в период гестации. Сочетание туберкулеза и беременности ставит перед врачами ряд проблем. С одной стороны, это влияние беременности, родов, послеродового периода и лактации на развитие и течение туберкулезного процесса, с другой — влияние туберкулеза на течение беременности и родов, здоровье родильницы и новорожденного [3].

Взгляды различных авторов на эту проблему часто взаимно противоположны. Одни исследователи полагают, что беременность отрицательно влияет на течение туберкулезного процесса, мотивируя частое выявление острых, осложненных форм туберкулезной инфекции, нередко с генерализацией [4], другие считают, что беременность не оказывает какого-либо влияния на состояние специфического процесса [2].

Своевременно диагностировать туберкулез у беременных — важная задача врача, поскольку за этим следует решение ряда вопросов: необходимость прерывания беременности или ее сохранения, поскольку туберкулез у будущей матери опасен не только для нее самой, но и для внутриутробно развивающегося плода, а впоследствии — для новорожденного [3].

Для развития туберкулезного процесса в организме недостаточно проникновения микобактерии туберкулеза. Большое значение для этого имеют следующие факторы: социальные, санитарно-бытовые условия, алкоголизм, курение, наркомания; состояние нервной системы: стрессы, перевозбуждение; состояние желез внутренней секреции:

больные с гиперэстрогенией, с резко уменьшенной или увеличенной эстроген-прогестероновой функцией имеют неблагоприятный прогноз.

Возникновение и развитие туберкулезной инфекции чаще всего связано с гематогенной генерализацией первичного очага. Первичное инфицирование человека туберкулезом происходит в детском возрасте. Протекая латентно, инфекционный процесс не диагностируется. Клинические проявления совпадают с менархе, началом половой жизни и другими факторами, снижающими сопротивляемость организма к инфекциям и усиливающим патогенность возбудителя.

Поражение туберкулезом половой системы — это проявление общего заболевания, подчиняется свойствам, присущим туберкулезу вообще. Туберкулез гениталий развивается незаметно, не проявляясь клинически в течение длительного времени [5].

За период 2003-2004 гг. в гинекологическом отделении ГУЗ КОКБ находились на лечении пять пациенток репродуктивного возраста с патологическими процессами половых органов, протекающими на фоне генитального и экстрагенитального туберкулеза. Из них, четыре пациентки были беременными. В трех случаях беременность возникла и развивалась на фоне туберкулеза плевро-легочной системы, в одном — на фоне туберкулеза матки.

Впервые туберкулез был выявлен у 3-х поступивших в отделение пациенток: милиарный туберкулез легких и экссудативный туберкулезный плеврит — с помощью посевов мокроты и экссудата из плевральной полости на ВК, рентгенологического обследования; туберкулез матки — с помощью анализа ПЦР. Две пациентки (с туберкулезом единственного легкого и туберкулезом кишечника, туберкулезным мезаденитом) находились на диспансерном учете у фтизиатра в течение пяти лет.

При поступлении все пациентки предъявляли жалобы на постоянные ноющие боли внизу живота, беспорядочные кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры от 37,2°C до 39°C с ознобами. Больные туберкулезом плевро-легочной системы жаловались на кашель, боли в груди.

При обследовании у всех пациенток определялись снижение эритроцитов и гемоглобина (что соответствовало анемии II-III степени тяжести), палочкоядерный сдвиг нейтрофилов, лимфоцитоз, повышение СОЭ, гипопроотеинемия.



При бимануальном исследовании определялись мягкая, умеренно болезненная матка, отечные придатки, в одном случае — правостороннее tuboовариальное образование, достигающее до стенки таза, с плотной консистенцией, сдавливающее правый мочеточник с блоком правой почки.

Беременность, протекающая на фоне туберкулеза матки, осложнилась прогрессирующей отслойкой плодного яйца и закончилась самопроизвольным абортом в сроке 6-7 недель.

Среди больных плевро-легочными формами туберкулеза в одном случае беременность закончилась срочными самостоятельными родами. В другом, в связи с возникновением и утяжелением дыхательной недостаточности у больной с единственным легким, пораженным туберкулезом, по жизненным показаниям, беременность прервана в сроке 22 недели путем интраамниального введения гипертонического раствора.

У больной, страдавшей милиарным туберкулезом легких, беременность была прервана в сроке 14 недель в связи с подтеканием околоплодных вод и развитием гнойного хориоамнионита.

Во всех случаях течение постабортного и послеродового периодов осложнилось развитием воспалительного процесса в матке, что повлекло за собой необходимость повторной ревизии полости матки (в двух случаях), оперативного вмешательства в объеме тотальной гистерэктомии с билатеральной сальпингэктимией (в 2-х случаях). В дальнейшем послеоперационный период протекал на фоне инфильтратов в малом тазу.

У пациентки с наличием воспалительного правостороннего tuboовариального образования на фоне туберкулеза кишечника, туберкулезного мезаденита была выполнена лапаротомия, правосторонняя аднексэктомия (после предварительного стентирования правого мочеточника). Операция осложнилась ранением тонкого кишечника вследствие выраженного рубцово-спаечного процесса в малом тазу. Выполнить тотальную гистерэктомию технически не представлялось возможным.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия совместно с противотуберкулезными препаратами. В дальнейшем все паци-

ентки были переведены в противотуберкулезный диспансер для специфического лечения.

Таким образом, проблема сочетания беременности и туберкулезного процесса остается актуальной в настоящее время, поскольку влияние такого тяжелого инфекционного заболевания на беременность создает условия для нарушения репродуктивного здоровья женщин.

Туберкулез и беременность взаимно отягощают друг друга. Туберкулез, выявленный у женщин в период беременности или после родов, характеризуется острым началом, тяжелыми клиническими формами вследствие физиологического ослабления иммунитета.

Обострение туберкулезного процесса или его первичное возникновение чаще наблюдается в первой половине беременности, но иногда и в последние недели перед родами. Беременность, возникшая на фоне туберкулеза гениталий, часто заканчивается самопроизвольными выкидышами.

Постабортный, послеродовой периоды на фоне туберкулезной инфекции различной локализации осложняются присоединением неспецифической микрофлоры, приводящей к развитию гнойно-воспалительных процессов в малом тазу.

Выраженный спаечный процесс является особенностью при туберкулезе гениталий, кишечника, так как в процессе заживления очагов туберкулезного поражения восстановление тканевых структур не происходит. Развивается фиброз, приводящий к возникновению спаек.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чужова, Н.М. БЦЖ /Чужова Н.М. – 2002. – № 7. – С. 26-27.
2. Макаров, О.В. Беременность и туберкулез /Макаров О.В., Каюкова С.И., Стаханов В.А. //Рос. вест. акуш.-гинеко. – 2004. – № 1. – С. 23-26.
3. Омарова, Х.М. Родовспоможение у больных туберкулезом женщин /Х.М. Омарова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Махачкала, 2000.
4. Фишер, Ю.Я. Внедиспансерные группы риска заболевания туберкулезом /Ю.Я. Фишер: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1994.
5. Петерс, Г.Е. Туберкулез женских половых органов /Петерс Г.Е. – Кемерово, 1998.



ЮЩЕНКО М.А., ВЛАСОВА В.В., ШИН Е.Л.
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРИ НЕКРОЗЕ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Миома матки представляет собой доброкачественную, хорошо отграниченную инкапсулированную опухоль, источником которой являются гладкомышечные клетки шейки или тела матки. Многочисленные данные литературы позволяют с уверенностью утверждать, что процессы гипертрофии и гиперплазии гладких мышечных клеток контролируются половыми гормонами [1]. Причем, миома матки может быть как эстроген-, так и прогестеронзависимой. При этом можно думать, что наличие прогестеронзависимой опухоли миометрия несовместимо с пролонгированием беременности [2].

Сочетание миомы матки и беременности встречается с частотой 0,4-4 %. Одним из возможных осложнений беременности является некроз миоматозного узла, который может наступить в различные сроки беременности. Частота этого осложнения колеблется от 6 до 18 % [3].

Причина быстрого роста миомы матки во время гестации возникает в первом триместре, когда компенсаторные процессы в матке и опухоли напоминают «замкнутый круг». Компенсаторная гипертрофия мышечных волокон матки приобретает явно патологический характер в связи с появлением очаговой, регионарной (около узла) гипертрофии, нарушающей венозный отток от узла и приводящей вследствие этого к быстрому росту узла. В ответ увеличивается как компенсаторная диффузная, так и регионарная гипертрофия. Очаговая гипертрофия в сочетании с несовершенством сосудов в узле миомы — основные причины, вызывающие быстрый рост и некроз узла, которые, в свою очередь, могут быть показаниями для миомэктомии во время беременности [3].

Вопрос об объеме оперативного вмешательства во время беременности зависит от многих факторов: величины узла миомы и места его расположения, квалификации хирурга и его отношения к решению вопроса о целесообразности сохранения детородной функции у пациентки. Следует иметь в виду, что решение вопроса в пользу прерывания беременности с последующей миомэктомией в отдаленные сроки таит в себе большую опасность развития вторичного бесплодия, кроме того, в некоторых случаях возникает необходимость расширения объема операции до гистерэктомии и развивающихся впоследствии неблагоприятных последствий: психоэмоциональных реакций, тяжелого течения гипертонической болезни, климатического периода [3].

В период 2000-2004 гг. в гинекологическом отделении УЗ КОКБ находились под наблюдением 10 беременных с миомой матки, симптомное течение которой развивалось в I-II триместрах гестации. Среди выполненных оперативных вмешательств преобладали органосохраняющие операции в объеме тотальных гистерэктомий, выполненных у семи пациенток, не заинтересованных в пролонгировании беременности. Показаниями к радикальным оперативным вмешательствам в данных случаях явились: множественная миома матки с низким расположением узлов; большие размеры миомы, сопровождающиеся нарушением функции смежных органов; множественная миома матки с различными вариантами расположения крупных узлов у женщин старше 35 лет.

Органосохраняющая консервативная миомэктомия без вскрытия полости матки проведена трем пациенткам. Основным показанием к экстренной операции во время беременности явился некроз субсерозного миоматозного узла, сопровождавшийся клиникой «острого живота». Характерными симптомами некроза миомы матки были боли в животе различной степени выраженности. Они имели схваткообразный или постоянный характер, чаще локальное расположение, с иррадиацией в нижние отделы живота. В клинических анализах крови наблюдались умеренно выраженный палочкоядерный сдвиг влево, увеличение СОЭ.

В диагностике данного осложнения беременности особое значение имело ультразвуковое исследование, позволяющее оценить эхоструктуру, экзогенность, эхопроводимость и внутреннее строение узла. При выявлении деструктивных изменений внутри опухоли, определялись отдельные эхопозитивные и эхонегативные участки, представляющие собой некроз.

Пациентка Е., 23 года, первобеременная, доставлена в гинекологическое отделение с клиникой острого живота при сроке беременности 22 недели. Миома матки малых размеров была впервые выявлена за год до предстоящей беременности. При поступлении в общий анализ крови: лейкоциты $7,8 \times 10^9/\text{л}$, умеренный палочкоядерный сдвиг, увеличение СОЭ до 30 мм/ч. По данным ультразвукового исследования: беременность 22 недели. Эхопризнаки нарушения питания субсерозного миоматозного узла, размером $76 \times 57 \times 49$ мм. За время динамического наблюдения и симптоматического лечения в течение суток отмечалась отрицательная динамика: нарастание болевого синдрома, появление сухости во



рту, перитонеальных симптомов. В экстренном порядке проведено оперативное вмешательство. Во время операции при ревизии выявлено: матка увеличена до 22 недель беременности, справа в области угла субсерозный узел, диаметром около 7 см. Произведена консервативная миомэктомия. Результат гистологического исследования: миоматозный узел с нарушением трофики. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление швов первичным натяжением. Выписана на 19-е сутки послеоперационного периода. Родоразрешена при доношенном сроке беременности путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

Пациентка Я., 30 лет, первобеременная, доставлена в гинекологическое отделение с клиникой острого живота при сроке беременности 15 недель. Миома матки впервые выявлена при поступлении. При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты $5,0 \times 10^9/\text{л}$, умеренно выраженный палочкоядерный сдвиг, СОЭ — 18 мм/ч.

По данным ультразвукового исследования: Беременность 15 недель. Миома матки, нарушение питания узла. За время динамического наблюдения и симптоматического лечения в течение 12 часов наблюдалась отрицательная динамика: нарастал болевой синдром, появились перитонеальные симптомы. В экстренном порядке проведено оперативное вмешательство. Во время операции при ревизии выявлено: матка увеличена до 15-16 недель, с субсерозным узлом диаметром 6,5 см, основание которого около 2 см. Произведена консервативная миомэктомия. Гистологический результат: субсерозный миоматозный узел с выраженными склеротическими изменениями, нарушением питания. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление швов первичным натяжением. Выписана на 13-е сутки послеоперационного периода. Родоразрешена при доношенном сроке беременности путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

Пациентка Ш., 26 лет, первобеременная, была доставлена в гинекологическое отделение ГУЗ КОКБ с клиникой острого живота. Миома матки впервые выявлена при поступлении. При обследовании в анализе крови: лейкоциты — $8,9 \times 10^9$, умеренный палочкоядерный сдвиг, ускорение СОЭ до 40 мм/ч. По данным ультразвукового исследования: Беременность 24 неде-

ли. Миоматозного узла, размером 7×6 см. При динамическом наблюдении и симптоматическом лечении в течение 6 часов отмечалась отрицательная динамика: сохранялись локальные боли внизу живота слева, сухость во рту, тошнота, перитонеальные симптомы. В экстренном порядке проведено оперативное вмешательство. Во время операции при ревизии выявлено: матка увеличена до 24 недель беременности, на передней стенке матки субсерозный узел 7×7 см, на широком основании. Произведена консервативная миомэктомия. Гистологический результат: миоматозный узел с нарушением питания. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление швов первичным натяжением. На 10-е сутки послеоперационного периода больная переведена в отделение патологии беременности областного родильного дома. В дальнейшем родоразрешена при доношенном сроке беременности путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

Таким образом, продемонстрированные случаи подтверждают возможность выполнения консервативной миомэктомии при некрозе субсерозного узла у беременных женщин. Это позволяет не только сохранить настоящую беременность, но и репродуктивную, и менструальную функцию, избежать психо-эмоциональный стресс и семейно-сексуальную дисгармонию.

Консервативная миомэктомия при некрозе миоматозного узла должна выполняться при пролонгировании острой стадии некротического процесса на фоне отсутствия эффекта от медикаментозной терапии. Такие оперативные вмешательства необходимо проводить в высококвалифицированном учреждении, врачами, имеющими большой опыт хирургической деятельности, с соблюдением строго разработанных показаний и противопоказаний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Савицкий, Г.А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии /Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. — СПб, 2000. — 235 с.
2. Беременность и прогестеронзависимая миома матки /Краснопольский В.И., Сергеев П.В., Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н. //Рос. вест. акуш.-гинеко. — 2003. — № 3. — С. 55-57.
3. Кулаков, В.И. Миомэктомия и беременность /Кулаков В.И., Шамаков Г.С. — М., 2001. — С. 80-99.



ОГЛАВЛЕНИЕ

АКУШЕРСТВО

Архипов В.В., Хайруллина Ф.Л.,
Мухамадиева М.В., Радутный В.Н.
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ – ФОРМИРОВАНИЕ
ПОЛНОЦЕННОГО РУБЦА.....5

Евтушенко И.Д., Иванова Т.В., Сатышева И.В.,
Оккель Ю.В., Беляева А.Ю.
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ.....9

Карелина О.Б., Артымук Н.В.
ГОРМОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА
У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ.....12

Кулавский Е.В.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОВ ПРИ МНОГОВОДИИ.....15

Курбатов А.В., Захарова И.В., Михайлов В.Д.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН
С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ
ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ.....20

Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Стариков Н.В.,
Поздняков И.М.
КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ
ПОЛНОЦЕННОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
НИЖНЕГО СЕГМЕНТА РАЗЛИЧНЫМИ
ШОВНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ.....23

Пырсыкова Ж.Ю.
3D-ДОППЛЕРОМЕТРИЯ В КОМПЛЕКСЕ
ОЦЕНКИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО
КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ,
СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ.....29

Рец Ю.В., Ушакова Г.А.
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
И КЛИНИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФОРМАЦИИ
МЕЖДУ МАТЕРЬЮ
И ПЛОДОМ О СОСТОЯНИИ
РЕГУЛЯТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ.....34

Рец Ю.В., Ушакова Г.А., Кубасова Л.А.,
Калиш О.А., Шрайбер А.А.
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ
РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ
И ПЛОДА ПРИ ГЕСТОЗЕ.....38

Тришкин А.Г., Артымук Н.В., Николаева Л.Б.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА
В РОДАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ
С АСФИКСИЕЙ.....42

Фадеева Н.И., Бельницкая О.А., Сердюк Г.В.
ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ
У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ
НЕВЫНАШИВАНИЕМ РАННИХ СРОКОВ.....45

Хайруллина Ф.Л., Архипов В.В., Радутный В.Н.
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.....49

Цхай В.Б., Глызина Ю.Н.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗОВ
ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ПОМОЩИ
МЕТОДА ВОДНО-ИММЕРСИОННОЙ
КОМПРЕССИИ.....52

Цхай В.Б., Народов А.А., Макаренко Т.А.,
Даценко А.В., Ульянова И.О.
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ
ИНСУЛЬТ.....55

ГИНЕКОЛОГИЯ

Бочкарева Н.В., Коломиец Л.А., Кондакова И.В.,
Старова А.Б., Стуканов С.Л., Смирнова Л.П.
СОВРЕМЕННАЯ СХЕМА МЕТАБОЛИЗМА
ЭСТРОГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ
ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ
С МИОМОЙ МАТКИ.....61

Вишнякова С.В., Пекарев О.Г.
ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В
РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ЖЕНЩИНЫ....66

Власова В.В., Ефремов С.Д.
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ –
АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
МИОМЫ МАТКИ.....69



ДЖЕМИЛОВА Е.Н., Коломиец Л.А., Величко С.А., ЧУРУКСАЕВА О.Н. ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ.....72	Кублинский К.С., Евтушенко И.Д., Ткачев В.Н., Вороновская Н.И., Титкова И.Н. РАННЕЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ.....104
Евтушенко И.Д., Рыбников С.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....76	Любарова И.Б., Тихоновская О.А., Алифирова В.М. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....107
Иванова Т.В., Радионченко А.А., Дыгай А.М. РОЛЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА.....79	Мозес В.Г., Ушакова Г.А., Минаева Т.А., Полторацкая Л.П., Мальцева И.А., Орлова Е.Н. СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН В ОСНОВНЫЕ ВОЗРАСТНО- БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ В НОРМЕ И ПРИ ЕЕ ВАРИКОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ.....112
Карушина Л.М., Афанасьева Е.И., Быкова В.М. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТИПИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ.....84	Мозес В.Г., Ушакова Г.А., Минаева Т.А., Полторацкая Л.П., Мальцева И.А., Орлова Е.Н. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН В ОСНОВНЫЕ ВОЗРАСТНО- БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ.....114
Клинышкова Т.В. ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗ- АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ.....87	Насырова С.Ф. ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОДРОСТКОВ И НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН.....117
Коломиец Л.А., Чуруксаева О.Н., Уразова Л.Н., Севостьянова Н.В. АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУС- ПОЗИТИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....90	Насырова С.Ф. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ.....120
Кох Л.И., Суходоло И.В., Тардакина А.В., Наседкин А.Г. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ПАРОВАРИУМА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....94	Овсянникова Т.В., Пекарев О.Г., Любарский М.С., Тихонов А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ УРОВНЕЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЛП(А)-ЛИПОПРОТЕИДА И АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА.....124
Кочергина Ю.В., Елгина С.И., Ушакова Г.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....97	
Крапивина Н.А., Артымук Н.В., Тачкова О.А., Костин В.И. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....101	



ПЕКАРЕВ О.Г., КИСЕЛЕВА Т.В., ШИШКИНА О.И., СИЗОВА Л.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕАБОРТНЫХ МЕТРОЭНДОМЕТРИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТА ИММОЗИМАЗЫ И ЭНТЕРОСОРБЕНТА.....	132	ТИХОНОВСКАЯ О.А., ПЕТРОВА М.С., ЛОГВИНОВ С.В., БУХАРИНА И.Ю., ПЕТРОВ И.А., ПЕТРИНА Ю.В., ОКОРОКОВ А.О., АЛИТКИНА Е.С. РОЛЬ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА И ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ В ИНДУКЦИИ Фолликулярных кист (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	163
ПОГОРЕЛАЯ С.П., БЕЛОКРЫЛОВА М.Ф., КУЦЕНКО И.Г., БОЛОТОВА В.П., ЕВТУШЕНКО И.Д. ВТОРИЧНАЯ НОРМОГОНАДОТРОПНАЯ АМЕНОРЕЯ И ОЛИГОМЕНОРЕЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ.....	135	УТКИН Е.В., ПОДОНИНА Н.М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	169
ПОНОМАРЕВА М.В., ЛУКИНА Н.А., АХМЕТЧИН А.Б. КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	139	УШАКОВА Г.А., ЕЛГИНА С.И., НАЗАРЕНКО М.Ю. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК В РЕГИОНЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ И КОНЦЕПЦИЯ ЕГО СОХРАНЕНИЯ.....	172
ПРОТАСОВА И.Н., ЦХАЙ В.Б., ПЕРЬЯНОВА О.В., МАКАРЕНКО Т.А. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....	143	УШАКОВА Г.А., ТЕЛЕНКОВА Ж.Н., ЕЛГИНА С.И. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК – КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ И ПУТИ ЕГО СОХРАНЕНИЯ.....	178
ПУШКАРЕВ В.А., КУЛАВСКИЙ В.А., ГАШИМОВА Д.Т., КУДАШКИНА Н.В., НИЗАМУТДИНОВ Р.Ф. МЕТОД ФИТОПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (КУЛЬТИТОВ) ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ (ПАНГИСТЕРЭКТОМИИ).....	147	ФОКИН Ю.А., ЦХАЙ В.Б., МОДЕСТОВ А.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА АБОРТОВ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ.....	181
РУДАКОВА Е.Б., РУДАКОВ Н.В., КАЛИНИНА О.Б., НАУМКИНА Е.В., МУН Ю.А., КОРЖУК О.В. КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЕК У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ...	152	ЮРЬЕВ С.Ю., КРОТОВ С.А., АНТОНОВА С.С., РОСТОВА С.А., ЕВТУШЕНКО И.Д. ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ПРОТИВОИНФЕКЦИОННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ.....	184
РЫБНИКОВ С.В., АРТАМОНОВ В.А., ЧУНАРЕВ В.Ф. ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....	157	ЯВОРСКАЯ С.Д., ФАДЕЕВА Н.И., ИВАНОВ Е.Г. СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ.....	188
САНДАКОВА Е.А., ЛЕБЕДЕВА О.С., ЩЕРБИНИНА Е.В., ВЕРЕЩАГИНА Н.В. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБОРТА, КАК РЕЗУЛЬТАТА РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА.....	159	ТЕЗИСЫ АХМЕТЧИН А.Б., КОЛПИНСКИЙ Г.И., ЗВЯГИНА О.В., КОЧЕТКОВА Н.Н., ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЙОДОДЕФИЦИТА – УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА.....	193



АХМЕТЧИН А.Б., Колпинский Г.И., Кочеткова Н.Н., Пономарева М.В. ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	194	Евтушенко И.Д., Майборода И.Б., Болотова В.П. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	204
БАХАЕВ В.В., Гюнтер В.Э. РЕКОНСТРУКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕТКОЙ ИЗ СВЕРХЭЛАСТИЧНОЙ НИТИ НИКЕЛИДА ТИТАНА.....	196	Ечина И.А., Чеченина А.А., Ренге Л.В., Самусенко Н.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОГО ФЕРМЕНТА ИМОЗИМАЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ.....	206
БАХАЕВ В.В., Гюнтер В.Э., Салов П.П. РЕКОНСТРУКЦИЯ ПУЗЫРЬНОВАГИАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЕЕ ПРОЛАПСЕ СЕТКОЙ НИКЕЛИДА ТИТАНА.....	197	Жилякова О.В., Захарова И.В., Михайлов В.Д. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	207
Болгова Т.А., Завьялова Е.А. СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.....	198	Зеленина Е.М., Зуева Г.П., Пучкова Е.В., Лыкова О.В. АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕЙ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ I ПЕРИОДА РОДОВ.....	208
Бохина Ж.В. АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	199	Зинкевич Я.С., Рыжкова А.П., Евтушенко И.Д., Куценко И.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....	209
Буянова С.Н., Петрухин В.А., Титченко Л.И., Щукина Н.А., Мгелиашвили М.В., Пырסיкова Ж.Ю., Титченко И.П., Бабунашвили Е.Л., Цивцивадзе Е.Б. ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.....	200	Кох Л.И., Девякович Н.Н. ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАДСОСУДИСТОГО СЛОЯ МИОМЕТРИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ.....	211
Гурьева В.А., Бодякина Л.И. ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК С ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	201	КРАВЦОВА Е.С. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОФОБЛАСТА У ПАЦИЕНТОК С ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В ЭМБРИОНАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА НА ФОНЕ ГИПОФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА.....	212
Гурьева В.А., Никонов А.М., Концеба Л.Н. ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОК С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА.....	202	Кулавский В.А., Беглов В.И. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА.....	213
Гурьева В.А., Дударева Ю.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	203	Кулавский В.А., Абдрахманова А.М., Кулавский Е.В. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	214



Кучеренко С.Г., Пекарев О.Г., Бочкарева А.Л. ПРИМЕНЕНИЕ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....	216	Осинцева М.И., Зуева Г.П., Пучкова Е.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВорожденных при различных МЕТОДАХ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ.....	227
Левченко В.Г., Бахаев В.В., Данилова Л.Н., Грачева Л.М. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	217	Паличев В.Н., Хаес Б.Л., Слугина Г.Д., Зеленков А.А., Кобелев А.Н., Николаева Л.Б. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ У РОЖЕНИЦ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	229
Левченко В.Г., Бахаев В.В., Блинов А.И., Глушанова Н.А., Грачева Л.М., Данилова Л.Н. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ.....	218	Предеина Е.М., Хорошавина Н.А., Зорина Р.М., Левченко В.Г. АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИН И ЭСТРАДИОЛ В КРОВИ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.....	231
Логутова Л.С., Титченко Л.И., Петрухин В.А., Ахвледиани К.Н., Титченко Ю.П., Мельников А.П. ТРЕХМЕРНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАТКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	219	Предеина Е.М., Зорина Р.М., Левченко В.Г. ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ, ПРИНИМАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ.....	232
Лукина Н. А., Пономарева М.В., Черняева В.И. ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 15-18 ЛЕТ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	221	Радутный В.Н., Архипов В.В., Абдрахманова А.М., Хайруллина Ф.Л. ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ И СОСТОЯНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ.....	232
Маркова Е.А., Кузнецова Т.А., Салфеткина С.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОСАЛЬПИНКОВ У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ.....	222	Ремнева О.В., Тихомирова А.В. ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	233
Меховская Л.Ю. ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ НУТРИЕНТОВ В РАЦИОНЕ БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КУЗБАССЕ.....	224	Сидоров А.П., Кулавский В.А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН.....	234
Михеенко Г.А., Баженова Е.Г. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕ.....	225	Суродеева М.А., Шубина Е.Л., Агранович Т.Ф., Новикова Т.Н., Корнетов Н.А., Евтушенко И.Д. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	235
Николаева Л.Б., Большанина Е.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	226		



Уткин Е.В., Предеина Е.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ПРЕПАРАТА «ЯРИНА».....	237	Шрамко С.В., Баженова Л.Г., Чирикова Т.С. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЛЬФА- 2-МАКРОГЛОБУЛИНА И АНТИТРИПСИНА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....	245
Фадеева Н.И., Мамонова И.П. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....	238	Яворская С.Д., Лучникова Е.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА «НОВАРИНГ».....	246
Фокин Ю.А. ОПЫТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ(ПО МАТЕРИАЛАМ ГБ № 4 Г. КРАСНОЯРСКА).....	239	Яковлева Н.В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	247
Хаятова З.Б., Пекарев О.Г., Шпагина Л.А., Трунов А.Н., Кузьмина В.В. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ГЕМОПОЭЗА.....	240	Янко В.С., Гусятин Г.Н., Полукаров А.Н., Лихачева В.В., Ренге Л.В. КАРДИОТАХОГРАФИЯ С ИНТЕГРАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПО МЕТОДУ ДЕМИДОВА В ОПРЕДЕЛЕНИИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....	249
Черникова Л.Ю., Евтушенко И.Д. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....	241	СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ	
Чооду С.Э. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И АКУШЕРСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА.....	242	Захаров И.С., Соколова О.Ф., Мальцева И.А., Носкова В.А., Переделкина В.Н., Орлова Е.Н. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДА РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ И КИСТОЙ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ.....	253
Шаталова Е.В., Михеенко Г.А. ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТОЗА ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫМИ ИЗЛУЧЕНИЯМИ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА.....	243	Марочко Т.Ю., Балашова Е.В., Зуева Г.П., Орлов Н.М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ ПЛОДА.....	254
Шрамко С.В., Зорина Р.М., Баженова Л.Г., Краюшкина Н.А. МАКРОГЛОБУЛИНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИН ПРИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ ДО ОПЕРАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	244	Шин Е.Л., Власова В.В., Ющенко М.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	256
		Ющенко М.А., Власова В.В., Шин Е.Л. КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРИ НЕКРОЗЕ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	258





ДЛЯ ЗАМЕТОК