

сенных эндокринных факторов в генезе коллагенозов не вызывает сомнений. Известно, что системная волчанка и склеродермия чаще встречаются у женщин. Следует отметить также возрастные особенности развития коллагенозов, связанные с особенностями эндокринно-гормональной регуляции. Так, начало системной волчанки часто связывают с началом менструального цикла, с беременностью или родами, склеродермию — с климактерическим периодом. Основные принципы лечения коллагенозов сводятся к применению кортикостероидов и иммунодепрессантов. Лечение проводится очень длительно и строго индивидуально. При достижении стойкой ремиссии заболевания кортикостероиды отменяют. Однако для сохранения стойкой ремиссии необходимо устранить очаги хронической инфекции в организме, в частности воспаление половой сферы. Чувствительным индикатором, реагирующим количественными и качественными изменениями на любые сдвиги внешней и внутренней среды, является биоценоз влагалища.

Цель исследования — изучить состояние биоценоза влагалища у женщин, страдающих коллагенозами.

Материал и методы. Авторами обследованы 17 пациенток с коллагенозами, на фоне лечения которых наступила вторичная аменорея. Длительность аменореи колебалась от 6 мес до 3 лет (в среднем составила

1,5 года). Всем пациенткам было исследовано состояние биоценоза влагалища методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени (ПЦР-РВ) с использованием реагентов Фемофлор (ООО «НПО ДНК-Технология»).

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования установлено отсутствие жалоб и клинических проявлений нарушений биоценоза влагалища у всех обследованных пациенток. В процессе обследования не выявлено ни одной пациентки с сохраненной лактофлорой. Абсолютное большинство случаев дисбиоза (67%) было связано с анаэробами. Умеренный аэробный дисбиоз был диагностирован у 22% больных, умеренный анаэробный — у 34%, выраженный аэробный — у 11%, выраженный анаэробный — у 33%.

Заключение. Все пациентки с аменореей, развившейся на фоне терапии системных заболеваний, являются группой высокого риска восходящей инфекции урогенитального тракта. Для сохранения стойкой ремиссии в лечении основного заболевания пациентки данной группы нуждаются не только в тщательном обследовании с выявлением патогенной микрофлоры влагалища, но и в применении методов коррекции выявленных типов дисбиоза.

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ОТ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гасимова У.Р., Соснова Е.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета), г. Москва

Определение отдаленных изменений состояния овариального резерва яичников у женщин репродуктивного возраста после органосохраняющих хирургических вмешательств на органах малого таза является одним из главных вопросов современной гинекологии.

The determination of the long-term changes of ovarian reserve state after organ-sparing pelvic surgery in women of reproductive age is one of the most challenging issues of modern gynaecology.

Цель исследования — оценить изменения состояния овариального резерва яичников у женщин репродуктивного возраста после органосохраняющих оперативных вмешательств на органах малого таза.

Материал и методы. 98 пациенток репродуктивного возраста с доброкачественными заболеваниями тазовых органов были обследованы в пределах нашего исследования. Средний возраст больных составил $33,1 \pm 0,8$ года. Пациентки были разделены на группы с учетом нозологии: лейомиомы — 32,6% женщин, кисты яичников — 34,7%, трубно-перитонеальный фактор бесплодия — 32,6%. Пациентки также были разделены в зависимости от доступа оперативного вмешательства: после лапаротомии — 27,5% женщин, после лапароскопии — 72,5%. Подгруппу после оперативного вмешательства лапароскопическим доступом

дополнительно разделили на 2 группы в зависимости от использованного метода электрохирургии: монополярный (24,5%) и биполярный (47,9%). Исследование пациенток проводили с использованием лабораторных и инструментальных методов диагностики. Пациентки были обследованы как ретро-, так и проспективно.

Результаты. Межгрупповое сравнение ретро- и проспективных результатов исследований у пациенток, разделенных по группам с учетом нозологии, выявило значительное снижение овариального резерва согласно параметрам как гормонального, так и инструментального исследований. Более выраженные послеоперационные изменения со стороны овариального резерва были выявлены у пациенток с яичниковой нозологией.

Перспективные результаты концентраций лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего

гормона (ФСГ) и антиовариальных антител (АОА) в подгруппе пациенток после лапароскопии были значительно выше, чем у пациенток после лапаротомии, концентрации эстрадиола (E_2), тестостерона (Тсв), пролактина (Прл) и антимюллерова гормона (АМГ) были значительно ниже в той же группе по сравнению с показателями, полученными у пациенток после лапаротомии. Значительное уменьшение объема яичников было диагностировано через 6 мес после хирургических вмешательств на органах малого таза, особенно выраженные изменения были выявлены после лапароскопии. Результаты цветного доплеровского картирования (ЦДК) органов малого таза с пульсовой доплерометрией выявили существенное снижение показателей V_{max} , V_{min} , T_{max} .

Пред- и послеоперационное исследование гормональных показателей у пациенток, распределенных с учетом использованного метода электрохирургии, определило значительное увеличение концентраций ЛГ, ФСГ, АОА и снижение концентраций E_2 , Тсв и АМГ в обеих группах через 6 мес после проведенных ор-

сохраняющих оперативных вмешательств на органах малого таза. Более выраженные изменения выявлены у пациенток после использования биполярного метода электрохирургии. Выявленные параметры гормонального исследования, УЗИ, ЦДК у пациенток после использования монополярного метода электрохирургии показали менее выраженные изменения овариального резерва

Заключение. Изменения функционального состояния функций яичников в послеоперационном периоде наблюдались у всех пациенток вне зависимости от нозологии. У женщин репродуктивного возраста с доброкачественными образованиями органов малого таза лапаротомия должна быть первым выбором доступа для реализации органосохраняющих хирургических вмешательств. При использовании лапароскопического доступа применение монополярного метода электрохирургии является более щадящим выбором по отношению к сохранению состояния овариального резерва яичников и фертильной функции у женщин репродуктивного возраста в послеоперационном периоде.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТОКОЛОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Геркулов Д.А., Коган И.Ю.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург

Исследование посвящено сравнению эффективности протоколов ЭКО у 99 больных с генитальным эндометриозом III/IV степени тяжести при гормональной неoadъювантной терапии и без таковой. Выявлено, что частота клинической беременности при использовании в качестве гормональной терапии диеногеста в 2 раза превышает таковую у больных без гормональной терапии (50 и 23,3% соответственно; $p < 0,05$).

Investigation of the outcomes of in vitro fertilization cycles after controlled ovarian hyperstimulation in severe-to-moderate endometriosis with and without suppressive hormonal therapy. Administration of 2 mg dienogest daily 3–6 month before IVF cycle significantly improve IVF outcome. Clinical pregnancy rate was 50% versus 23.3% ($p < 0.05$) in patients undergoing medical treatment with dienogest and without medical treatment before IVF cycles respectively.

Актуальность. Преодоление бесплодия у больных с тяжелыми формами наружного генитального эндометриоза (НГЭ) представляет сложную научно-практическую задачу. Несмотря на значительный прогресс репродуктивной медицины, частота наступления беременности у больных с тяжелыми формами НГЭ остается невысокой. Это связано с высокой частотой заболевания, его хроническим течением, мультифакториальностью нарушения репродуктивной функции, возможностью рецидива после лечения.

Цель настоящего исследования — изучение эффективности протоколов ЭКО у больных с тяжелой степенью эндометриоза при использовании различных вариантов неoadъювантной терапии.

Материал и методы. В исследование вошли 99 пациенток, отвечающих следующим критериям включения: возраст ≤ 40 лет; наружный генитальный эндометриоз III–IV степени тяжести; индекс массы тела ≤ 35 кг/м²; базальный уровень ФСГ ≤ 12 МЕ/мл; АМГ

$\geq 0,3$ нг/мл; период от момента проведения лапароскопии до вступления в настоящий протокол — не более 5 лет; протокол ЭКО, завершившегося переносом эмбрионов. В зависимости от варианта неoadъювантной терапии все больные были разделены на 3 группы: 1-ю составили 45 пациенток (использование аГнРГ), 2-ю — 24 пациентки (использование диеногеста), 3-ю — 30 пациенток (отсутствие гормональной терапии). Во всех случаях был использован гибкий протокол с антагонистами гонадотропин-рилизинг-гормона (цетрореликс или ганиреликс 250 мкг/сут), стимуляцию яичников осуществляли по стандартной методике со 2—3-го дня менструального цикла с помощью препаратов рекомбинантного ФСГ (фоллитропин- β , пурегон, МСД, США). Антагонист ГнРГ назначали при достижении лидирующим фолликулом диаметра 14 мм. Критерием введения триггера финального созревания фолликулов было достижение тремя фолликулами (при развитии 3 и более фолликулов) или 1 фолликулом (при развитии менее 3