

Интраоперационных осложнений не обнаружено. Послеоперационные осложнения: у одной пациентки после операции возник болевой синдром, который потребовал рассечения ленты, у одной пациентки появились жалобы на учащенное мочеиспускание. Причиной стало сдавление мочевого пузыря субсерозным узлом на передней стенке матки, так как после операции матка приняла положение выраженного *anteflexio*. Потребовалась надвлагалищная ампутация матки лапароскопическим доступом для купирования учащенного мочеиспускания.

Результаты лечения изолированного апикального пролапса с помощью методики «сакроспинальная гистеропексия CYRENE®» показали ее высокую эффективность и безопасность. Методика демонстрирует хорошие анатомические и функциональные результаты. Выявлено отсутствие интраоперационных осложнений, небольшое количество и малая значимость послеоперационных осложнений. Требуется больше наблюдений и длительный контроль для формирования более полного представления о данной методике.

Обидняк Д. М., Гззян А. М., Ниаури Д. А., Джемлиханова Л. Х.

ВЛИЯНИЕ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА НА ИМПЛАНТАЦИЮ В ПРОГРАММЕ КОНТРОЛИРУЕМОЙ СТИМУЛЯЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ПОВТОРНЫМ НЕЭФФЕКТИВНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Санкт-Петербургский государственный университет (кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии), г. Санкт-Петербург

Имплантация является тонко скоординированным процессом, требующим деликатного взаимодействия между эмбрионом и эндометрием. Несмотря на интенсивное развитие репродуктивной медицины и эмбриологии, процесс имплантации эмбрионов остается наименее контролируемым этапом вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Целью исследования было оценить влияние колониестимулирующего фактора роста на частоту наступления клинической беременности у пациенток с повторным неэффективным применением ЭКО.

Implantation is a highly co-ordinated event that requires delicate embryonic and endometrial interaction. Despite intensive development of reproductive medicine and embryology implantation is still the less controlled stage of advanced reproductive technologies. The aim of the study was to evaluate the impact of colony-stimulating growth factor on implantation and clinical pregnancy rate in patients with repeated implantation failure.

Широко используемый в зарубежной литературе термин «repeated implantation failure» не имеет общепринятого аналога в русском языке, он подразумевает отсутствие имплантации после переноса эмбрионов в нескольких программах ВРТ. Факторы, препятствующие nidации эмбриона, могут исходить как от эндометрия — нарушение его рецептивности, так и от самого эмбриона. В этой связи в фокусе особого внимания исследователей находятся женщины с повторным неэффективным применением ВРТ при переносе эмбрионов хорошего качества. На сегодняшний день одним из перспективных направлений коррекции рецептивности эндометрия является применение препаратов рекомбинантного колониестимулирующего фактора роста (КСФР). Его роль в имплантации не определена, однако первые проспективные рандомизированные исследования на небольших выборках пациенток в программе ЭКО продемонстрировали положительный эффект.

Цель исследования: оценить влияние колониестимулирующего фактора роста на результативность программы ЭКО и ЭКО/ICSI у пациенток с неэффективными попытками ВРТ в анамнезе при хорошем качестве эмбрионов.

Материал и методы. В исследование включены 46 женщин до 40 лет. Пациентки были разделены на 2 группы по принципу рандомизации: группа исследова-

ния ($n = 20$) и группа контроля ($n = 26$). Критериями включения являлись: указание на 2 и более неэффективные попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в анамнезе вне зависимости от фактора бесплодия, а также хорошее качество перенесенных эмбрионов в текущем и предыдущих циклах ВРТ. Критерием исключения являлось наличие маточного фактора: аномалии полового аппарата; тонкий эндометрий — толщина эндометрия в день переноса эмбрионов менее 7 мм. Пациентки в обеих группах не отличались по возрасту, индексу массы тела, количеству неэффективных попыток в анамнезе, соотношению факторов бесплодия. Всем пациенткам проводилась контролируемая стимуляция суперовуляции по короткому протоколу с антагонистами с использованием рекомбинантных гонадотропинов на фоне мониторинга фолликулогенеза. Суммарная доза гонадотропинов статистически не отличалась в обеих группах. При достижении 3 фолликулов диаметра 17 мм и больше, назначался препарат рекомбинантного хорионического гонадотропина в дозировке 6500 МЕ. Через 36 ч после введения рекомбинантного хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) производилась трансвагинальная пункция фолликулов и аспирация ооцитов. Количество фолликулов на момент назначения триггера, количество полученных ооцитов, а также доля незрелых ооцитов на стадии

метафазы I в обеих группах статистически не различались. Перенос жизнеспособных эмбрионов хорошего качества производился на 4-е или 5-е сут после трансвагинальной пункции фолликулов. Всем пациенткам группы исследования в день процедуры эмбриотрансфера был введен подкожно рекомбинантный гранулоцитарный КСФР человека (филграстим, 30 млн МЕ). Эффективность проводимого лечения оценивалась по частоте наступления клинической беременности (регистрация сердцебиения по данным ультразвукового исследования).

Результаты. Частота имплантации достоверно отличалась и составила в группе исследования и в группе контроля 29,3 и 24,5% соответственно ($p < 0,05$). Клиническая беременность в группе исследования за-

фиксирована в 35% случаев (7 из 20), в то время как в группе контроля в 30% (8 из 26), причем у 3 из 8 женщин беременность перестала развиваться при сроке до 9—10 нед. В группе исследования все беременности прогрессируют. Нежелательных явлений ни у одной пациентки не отмечено.

Выводы. 1. Рекомбинантный гранулоцитарный КСФР человека повышает частоту имплантации и клинической беременности в программах ВРТ. 2. Подкожный путь введения рекомбинантного КСФР является безопасным. 3. Для подтверждения полученных результатов и оптимизации ведения пациенток с повторным неэффективным применением ВРТ требуется дальнейшее проспективное рандомизированное исследование.

Овчаренко Д.В.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ВЗАИМОВЛИЯНИЕ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ И ПРОГНОЗОВ ДАЛЬНЕЙШЕГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ

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

Рассеянный склероз (РС) — широко распространенное хроническое мультифакторное аутоиммунно-нейродегенеративное заболевание ЦНС, в основе которого лежит распад миелиновых оболочек (демиелинизация). Заболевание протекает волнообразно с обострениями и ремиссиями, чаще всего встречается у женщин, дебютируя в возрасте моложе 18 и старше 45 лет. До 90-х годов считалось, что беременность и РС несовместимы из-за возможного вредного воздействия беременности на течение РС. За последние 20 лет произошла глобальная инверсия взглядов на эту проблему.

Multiple sclerosis (MS) — quite a widespread chronic multifactorial autoimmune neurodegenerative disease of central nervous system, which is based on the disintegration of the myelin sheath (demyelination). The disease occurs in waves with exacerbations and remissions, often affects women, debuting at the age younger than 18 and older than 45 years. Until the 90s it was thought that pregnancy and the MS are not compatible because of the possible adverse effects of pregnancy on the course of MS. Over the last 20 years, there was a global inversion of views on this issue.

Согласно статистическим данным, РС встречается вдвое чаще у женщин, чем у мужчин. В последние годы врачами-клиницистами отмечаются такие тенденции, как повышение показателей его распространенности, увеличение числа случаев РС в детородном возрасте, а точнее с началом в возрасте моложе 18 лет, поэтому остро встает вопрос о взаимовлиянии беременности и РС, и он остается актуальным как для акушеров-гинекологов, так и для неврологов. Более 20 лет назад РС являлся противопоказанием к беременности, но в ходе различных исследований было доказано, что беременность не оказывает никакого отрицательного эффекта на течение заболевания и уровень инвалидизации, а скорее наоборот, оказывает так называемое протективное действие.

Цель — оценка взаимовлияния беременности и РС, влияния лекарственных средств (ЛС) для лечения РС на беременность, определение тактики родоразрешения, прогнозов дальнейшего течения заболевания после родов.

Материал и методы. Проведен анализ современной научной литературы о патогенетических механизмах влияния беременности на течение РС, о тактике ведения родов у таких пациенток, а также проанализированы исследования на тему возможности применения ЛС для лечения обострений РС во время беременности.

По итогам основного крупнейшего международного исследования — наблюдения за течением беременности у 227 больных РС — PRIMIS (Pregnancy In Multiplesclerosis), которое проведено в 1998 г., доказано снижение частоты рецидивов во время беременности, максимальное в третьем триместре, и выраженное увеличение частоты обострений к третьему месяцу после родов с последующим возвратом к значениям, зарегистрированным в год до беременности. Это объясняется изменением гормонального фона у женщины во время беременности (повышается содержание эстриола, 17 β -эстрадиола, прогестерона, пролактина, кальцитриола), что приводит к торможению иммунных процес-