

у пациенток 1-й группы выявлено: протяженность рубца 3–4 мм, истончение рубца до 2 мм в виде ниши — у 8 (88,9%) больных, наличие воспалительного процесса — у 4 (44,4%), образование сквозного дефекта в рубце — у 2 (22,2%); у пациенток 2-й группы: протяженность рубца 4–5 мм, истончение рубца до 2 мм в виде ниши — у 9 (81,8%), наличие воспалительного процесса — у 5 (45,4%), образование дырки в рубце — у 3 (27,3%). Лапароскопическая операция пластики рубца без иссечения выполнена 2 (22,2%) пациенткам 1-й группы и 3 (27,3%) пациенткам 2-й группы. Лапароскопическая операция пластики рубца с иссечением выполнена 2 (22,2%) пациенткам 1-й группы и 3 (27,3%) пациенткам 2-й группы. Кровотечение во время операции у всех больных составило не более 100 мл. Повторное оперативное лечение лапаротомическим доступом выполнено 4 (40%) пациенткам с иссечением рубца по поводу несостоятельности рубца на матке. В настоящее время беременна 1 (10%) пациентка из 1-й группы. Операция пластики рубца лапаротомным доступом с иссечением рубца выполнена 3 (33,3%) пациенткам 1-й группы и 3 (27,3%) пациенткам 2-й группы. Интра- и

послеоперационных осложнений не зафиксировано. Кровопотеря во время операций — не более 150 мл. Повторная пластика рубца не требуется. В настоящее время 5 (83,3%) пациенток беременны. Влагалищным доступом выполнены операции 2 (22,2%) пациенткам из 1-й группы и 2 (18,9%) из 2-й группы. Повторная несостоятельность рубца выявлена у 2 (50%) пациенток. Интраоперационное осложнение в виде повреждения мочевого пузыря обнаружено у 1 (25%) больной.

Критериями к выбору способа операционного лечения несостоятельного рубца являются: расположение рубца, его протяженность, толщина, сопутствующие осложнения, необходимость сохранить репродуктивную функцию женщины. Количество операций кесарева сечения и миомэктомии не играет главной роли в выборе варианта лечения. Наиболее эффективным методом является операция пластики рубца лапаротомным доступом. Об этом свидетельствует низкое число интра- и послеоперационных осложнений, снижение вероятности повторной операции по реконструкции рубца и возможное планирование и ведение беременности.

Клюкина Л.А.

ДИЕНОГЕСТ — СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

В ходе данной работы проведена оценка эффективности влияния препарата диеногест на ключевые звенья патогенеза эндометриоза и возможности использования данного препарата в качестве гормональной терапии в комплексном лечении эндометриоза, а также профилактики рецидивов данного заболевания.

In the course of this work there has been done the evaluation of the influence of Dienogest in the key links of pathogenesis endometriosis and the possibility of its application as a hormonal therapy in a complex treatment of endometriosis, as well as in prevention of relapse of this disease.

Эндометриоз является хроническим, гормонозависимым, прогрессирующим и рецидивирующим заболеванием, поражающим 12–60% женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз диагностируют у 6–7% фертильных женщин, у пациенток с бесплодием его частота может достигать, по данным различных авторов, 20–48%. Лечение эндометриоза должно быть комплексным и поэтапным. На первом этапе лечения проводят хирургическое удаление гетеротипий, на втором этапе целесообразным считается применение гормональной терапии. Прогестагены, наряду с комбинированными оральными контрацептивами (КОК), являются препаратами первой линии в комплексном лечении эндометриоза.

Цель: оценить эффективность терапии диеногестом по влиянию данного препарата на ключевые звенья патогенеза эндометриоза.

Материал и методы. Проведен поиск и анализ современной литературы в отношении патогенеза эндометриоза и оценена эффективность использования ди-

еногеста в качестве гормональной терапии на втором этапе лечения эндометриоза.

Результаты. Диеногест — современный гестагенный препарат, разработанный специально для лечения эндометриоза. Диеногест — прогестаген IV поколения, сочетает свойства 19-нортестостерона — высокую селективность, сильное прогестагенное действие на эндометрий и высокую биодоступность при пероральном применении, и свойства производных прогестерона — хорошую переносимость, отсутствие метаболических, сосудистых и печеночных эффектов, что крайне важно для длительного использования. Самые низкие дозы пероральных прогестагенов содержатся именно в диеногесте (2 мг/сут).

Диеногест в минимальной дозе — 2 мг/сут оказывает центральное воздействие — угнетает систему гипоталамус—гипофиз—яичники, вследствие чего происходит надежное подавление овуляции за счет апоптоза клеток гранулезы доминантного фолликула, что приводит к снижению секреции эстрадиола и сохранению его в пре-

делах пороговой концентрации (30—50 пг/мл), достаточной для подавления пролиферативных процессов в эндометриальной ткани при отсутствии проявлений системного эстрогендефицита, таких как снижение минеральной плотности костной ткани, что наблюдается при применении агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ). При непрерывном применении влияет непосредственно на очаги эндометриоза, вызывая дифференциацию стромальных клеток (децидуализацию) и атрофию железистого компонента эндометрия. Прием данного препарата активизирует фермент 17-бета-гидроксистероиддегидрогеназу, преобразующий эстрадиол в слабый эстрон, что меняет эстрогенный баланс на локальном уровне. В экспериментальных исследованиях на модели эндометриоза было выявлено, что диеногест обладает антипролиферативным, противовоспалительным, антиангиогенным эффектами при приеме в минимальной дозе — 2 мг в день. В минимальной суточной дозе диеногест снижает локальную невропатическую боль за счет мощного противовоспалительного действия и снижения передачи болевых сигналов, не требует гистологической верификации эндометриоза.

В литературе описано исследование с проведением лапароскопии до и после лечения, во время которого у 65% пациенток, получавших диеногест в минимальной дозе 2 мг/сут в течение 6 мес, было отмечено полное исчезновение очагов наружного эндометриоза, у 20% пациенток выявлена частичная ремиссия. В 16% наблюдений изменений не было зафиксировано. Также была проведена сравнительная оценка эффективности лечения норэтистероном в дозе 10 мг/сут, в ходе которой получены примерно такие же результаты, как и при исследовании с диеногестом, но были отмечены выраженные метаболические и андрогенные проявления, чего не было выявлено при использовании диеногеста.

Выводы. Комплекс свойств диеногеста: антиэстрогенное, антипролиферативное, противовоспалительное, антиангиогенное действие — определяет его высокую эффективность; немногочисленные побочные явления и отсутствие неблагоприятных гипоестрогенных побочных эффектов определяют безопасность и возможность длительного применения, делают диеногест оптимальным гормональным препаратом для комплексного лечения эндометриоза, а также для профилактики рецидива заболевания.

Кулешова Д.А., Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Крюковский С.Б., Бабич Е.Н.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск

Целью исследования явилось изучение особенностей анамнеза, течения беременности, родов, послеродового периода, перинатальных исходов у первородящих пациенток старше 40 лет на основе ретроспективного анализа 80 историй родов родильного дома ОГБУЗ «Клиническая больница № 1» г. Смоленска. Выявлено, что паритет родов не оказывает существенного влияния на особенности течения гестации и родового акта у родильниц данной возрастной группы. Причиной осложнений беременности и родов у данной категории женщин является сам по себе возрастной фактор и отягощенный анамнез.

The aim of the study is to evaluate anamnesis, gestational complications, labor, delivery, puerperium and perinatal outcomes of the primiparous older than 40 years. It was a retrospective analysis of 80 case reports of the maternity Smolensk Clinical Hospital № 1. It was revealed that the parity of labor has no significant effect on the course of pregnancy and outcomes in postpartum women older than 40 years. The age factor alone and aggravated history are the main causes of gestation and childbirth complications in this group of women.

Не первый год в мировой литературе появляются данные, свидетельствующие о том, что беременность после 40 лет становится все более распространенным явлением, в том числе среди первородящих женщин. По данным различных авторов, у пациенток позднего репродуктивного возраста чаще встречаются различные осложнения беременности и родов, приводящие к увеличению количества оперативных вмешательств, росту перинатальной заболеваемости и смертности (до 6,6% и выше).

Целью исследования явилось изучение особенностей анамнеза, течения гестационного процесса, родов, послеродового периода, перинатальных исходов у первородящих пациенток старше 40 лет. Проведен ретроспективный анализ историй родов родильного дома

ОГБУЗ «Клиническая больница № 1» г. Смоленска за 2010—2014 гг. включительно. Общее число родильниц старше 40 лет составило 184, из них 28 — первородящие женщины, которые были включены в основную группу (группа I), из них 15 (53%) — первобеременные. В группу сравнения (группа II) вошли 52 повторнородящие пациентки старше 40 лет, из них 43 (83%) родильницы с паритетом родов II—III, 9 женщин с паритетом родов IV—VIII. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета Statistica 7.0 для Windows. Разницу считали достоверной, если величина p не превышала 0,05.

Анализ структуры экстрагенитальной патологии свидетельствует о широком спектре и высокой частоте встречаемости различных соматических заболеваний у