

89% и маточных труб в 6%. Mesh-коррекция пролапса гениталий и стрессового недержания мочи сочеталась с экстирпацией матки в 3 и 2% случаев соответственно, с герниопластикой пупочной грыжи в 5%. Средний возраст больных составил  $57 \pm 8,1$  года. Средний ИМТ составлял  $46,45 \pm 8,2$  (от 35,64 до 73,2 кг/м<sup>2</sup>), при этом у 12 больных ИМТ более 60 кг/м<sup>2</sup>. Показаниями к оперативному лечению являлись: рак эндометрия (30%), атипичная гиперплазия эндометрия и аденоматоз (17%), симптомная миома матки (15%), сочетание патологии эндометрия, тела матки и придатков (24%). У всех больных морбидное ожирение сочеталось с тяжелыми соматическими заболеваниями, преимущественно сердечно-сосудистой (гипертоническая болезнь, ИБС, нарушения ритма), венозной (ХВН, варикозная болезнь) и эндокринной систем (сахарный диабет). Длительность операции составила  $75 \pm 39,35$  мин, длительность ЭТН —  $90 \pm 40,6$  мин, кровопотеря  $100 \pm 62,2$  мл. Пребывание в стационаре —  $4,0 \pm 0,85$  койко-дня. По результатам хирургического лечения у 41% больных диагностирован рак тела матки, у 32% множественная миома матки, у 24% кисты яичников. Реже наблюдались гиперпластические процессы эндометрия без атипии (18%), атипичная гиперплазия и аденоматоз (8%). Среди кист яичников преобладали доброкачественные новообразования, такие как эндометриоидные (25%), серозные цистаденофибромы (25%), простые кисты и

тератомы (12,5%). Двум (8,4%) больным поставлен диагноз карциномы яичника. У больных с раком тела матки преобладали эндометриоидный морфологический тип (95%), высококодифференцированные (56,4%) и неинвазивные или малоинвазивные опухоли (75,6%). Частота осложнений составила 12%. Из интраоперационных осложнений отмечены ранения полых органов (прямой кишки, тонкой кишки, мочевого пузыря,  $n = 3$ ), которые были связаны с наличием выраженного спаечного процесса в полости малого таза и брюшной полости. Среди послеоперационных осложнений преобладали гнойно-септические ( $n = 5$ ). Также необходимо отметить в двух случаях формирование стриктуры мочеоточника (купированы после их стентирования), в одном — гематому купола влагалища (повторная госпитализация, консервативная терапия). У одной больной выполнена лапароконверсия, которую мы не относим в группу осложнений, поскольку она была связана с неудачной попыткой открытой лапароскопии у пациентки с осложненным хирургическим анамнезом и наличием вентральной грыжи больших размеров.

Мы полагаем, что лапароскопический доступ для выполнения гистерэктомии у пациенток с морбидным ожирением при наличии достаточного опыта хирурга и оснащения операционной является более предпочтительным ввиду небольшого количества осложнений, малой травматичности и быстрой реабилитации.

**Райкова А.А.**

## **ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

ГБОУ ВПО «Первый московский государственный университет им. И.М. Сеченова», г. Москва

*Ожирение — одно из самых распространенных хронических заболеваний в мире. В последние годы накоплено большое количество данных о влиянии ожирения на менструальный цикл. В основе нарушений функций гипоталамо-гонадной системы у женщин с ожирением лежит изменение центральных механизмов регуляции функции яичников, коры надпочечников, а также метаболизма половых стероидов в периферических тканях. Доказано, что снижение массы тела способствует нормализации цикла.*

*Obesity is one of the most common chronic diseases in the world. In recent years accumulated a large amount of data on the impact of obesity on the menstrual cycle. At the base of disorders of the pituitary — gonadal axis in women with changes in obesity are the central regulatory mechanisms function of ovary, adrenal cortex and changes in the metabolism of sex steroids in peripheral tissues. Weight loss helps to normalize cycle.*

За последнее десятилетие ожирение превратилось в серьезную медико-социальную проблему. По данным Всемирной организации здравоохранения, в современном мире примерно 1,5 млрд взрослого населения страдают избыточным весом, в России около 50% населения имеют избыточную массу тела, 30% — ожирение. Его распространенность настолько велика, что ученые говорят о новой эпидемии XXI века. Особое влияние ожирение оказывает на здоровье женщин репродуктивного возраста. Висцеральное ожирение является независимым предиктором нарушений менструального цикла у женщин с избыточной массой тела. Результаты

классических исследований показывают, что у женщин с ожирением различные нарушения менструального цикла встречаются в 4 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела. Следует отметить, что нарушения менструального цикла составляют 15—20% в структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста, что, безусловно, делает эту проблему особо актуальной.

Целью работы стало выявление взаимосвязи между ожирением и менструальной дисфункцией у женщин репродуктивного возраста, а именно освещение наиболее значимых патогенетических аспектов развития

метаболических расстройств, ассоциированных с ожирением, а также вопросов клиники, диагностики и тактики лечения таких больных.

Проведен анализ 19 литературных источников, опубликованных за последние 10 лет, из которых 5 являются работами российских авторов, 14 — зарубежных.

В результате анализа литературных данных выявлена связь между метаболизмом жировой ткани и нарушением менструального цикла. Так, у пациенток с ожирением дисфункция яичников возникает как следствие метаболических расстройств, сопровождающих ожирение или им обусловленных. Избыток жировой ткани приводит к накоплению в ней стероидов и активных эстрогенов. Возникают нарушения гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, следствием чего является повышение секреции кортиколиберина, гонадолиберина гипоталамусом и соответственно адренокортикотропного гормона, пролактина, гонадотропинов гипофизом, а также увеличение продукции гормонов яичниками. Кроме того, в развитии овариальной недостаточности при ожирении существенную роль играют инсулинорезистентность и ответная гиперинсулинемия. Повышенный уровень инсулина в крови увеличивает чувствительность яичников к гонадотропной стимуляции, что нарушает процессы фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках. Нарушение менструального цикла начинается с увеличения длительности цикла, сопровождающегося недостаточностью лютеиновой фазы, затем развивается олигоменорея, аменорея

и хроническая ановуляция, приводящая в конечном счете к бесплодию. Одной из частых ошибок в ведении данного контингента пациенток является то, что до назначения лечения ожирения проводится стимуляция функции яичников. При длительной стимуляции овуляции без снижения массы тела может развиваться синдром преждевременного истощения яичников. В связи с этим первым и необходимым этапом лечения нарушений менструального цикла у таких пациенток является снижение массы тела. Так, через 3 и особенно через 6 мес терапии отмечается достоверное уменьшение содержания ЛГ, повышение концентрации тестостерон-эстроген-связывающего глобулина, что приводит к закономерному снижению свободных фракций андрогенов.

Таким образом, ожирение — одна из наиболее важных и актуальных проблем современной медицины. В последние десятилетия выявлено множество патогенетических факторов ожирения, которые оказывают влияние на разные этапы репродуктивного процесса и приводят к неблагоприятным репродуктивным исходам у женщин. Лечение ожирения является сложным процессом и включает в себя работу врачей различных специальностей: эндокринолога, психотерапевта, гинеколога. Изменение образа жизни, индивидуальный подход к медикаментозной терапии позволяют улучшить качество жизни пациенток и снизить показатели менструальной дисфункции, что является основным аргументом для продолжения исследований в данном направлении.

**Райкова А.А.**

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ, СОДЕРЖАЩИХ ДРОСПИРЕНОН, ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

ГБОУ ВПО «Первый московский государственный университет им. И.М. Сеченова», Москва

*Синдром поликистозных яичников — это одна из наиболее изучаемых патологий в гинекологии, однако этиология и патогенез этого заболевания до конца не выяснены. Важную роль в терапии играют комбинированные оральные контрацептивы с прогестагенами последнего поколения, такими как дроспиренон. Применение комбинированных оральные контрацептивов с антиандрогенной активностью патогенетически обосновано.*

*Polycystic ovary syndrome is one of the most studied pathologies in gynecology, but the etiology and pathogenesis has not been fully elucidated. An important role in the treatment of combined oral contraceptives play a latest-generation progestogen, such as drospirenone. The use of combined oral contraceptives with antiandrogen activity justified pathogenetically.*

Синдром поликистозных яичников является актуальной проблемой гинекологической эндокринологии. Распространенность заболевания среди женщин фертильного возраста составляет 4—8%. На долю этой патологии приходится 56,2% всех случаев эндокринного бесплодия. Синдром поликистозных яичников является ведущей причиной кожных проявлений гиперандрогении, он ассоциирован с высоким риском развития инсулинорезистентности и, как следствие, сахарного диабета II типа, а также может приводить к ряду других заболеваний, в том числе к раку эндометрия.

Важную роль в терапии синдрома поликистозных яичников играют комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон. При синдроме поликистозных яичников у женщин, не планирующих беременность, микродозированные комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон, являются препаратом первой линии, так как дроспиренон — метаболически нейтральный прогестин, не вмешивающийся в углеводный и жировой обмен.

Целью работы является оценка положительного влияния комбинированных оральные контрацептивов,