

незе развития данных процессов важную роль играют цитокины (IL8, IP10, MCP-1, MIG, RANTES) — белки, которые контролируют клеточную миграцию, регулируют иммунный ответ и кроветворение.

Цель — оценить влияние ферментного протеолитического препарата лонгидаза на болевой синдром, спаечный процесс и динамику уровня цитокинов (IL-8, IP10, MCP-1, MIG, RANTES) в периферической крови (ПК) у больных НГЭ.

Материал и методы. В исследование были включены 50 пациенток с НГЭ II—III степени (согласно классификации R-AFS) в сочетании со спаечным процессом органов малого таза II—III степени. Всем больным было выполнено хирургическое лечение лапароскопическим доступом с дальнейшей терапией агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) в течение 6 мес (1 инъекция в 28 дней). Пациентки были разделены на две группы: 1-я группа (30 женщин) получала препарат лонгидаза в виде суппозитория 3000 МЕ интравагинально, 2-я — группа сравнения (20 женщин) — не получала вышеуказанного препарата. Перед проведением оперативного лечения и через 6 мес после него оценивался болевой синдром, выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, а также определялись уровни следующих цитокинов в ПК: IL-8, IP10, MCP-1, MIG, RANTES.

Результаты. Применение препарата лонгидаза в комплексной терапии НГЭ сопровождалось более эффективным снижением выраженности болевого синдрома в области малого таза по сравнению с группой сравнения (на 93,4 и 85% соответственно). Диспареуния также более значительно уменьшилась в группе больных НГЭ, получавших лонгидазу, по сравнению с группой сравнения (86,8 и 80% соответственно). Отмечено достоверное снижение болезненности при пальпации заднего свода влагалища на 94% в 1-й группе по сравнению

с пациентками второй группы (на 85% соответственно). У всех больных при выполнении УЗИ органов малого таза через 6 мес после проведенного оперативного лечения признаки спаечного процесса отмечены не были. После комбинированного лечения НГЭ через 6 мес отмечено достоверное повышение уровня IL-8 в группе сравнения на 31,64% по сравнению с больными первой группы (на 17,63%), что свидетельствует о выраженном иммуномодулирующем эффекте лонгидазы, приводящему к достоверному и более быстрому уменьшению выраженности воспалительной реакции. У больных из первой группы отмечено повышение содержания IP10 на 31,73% по сравнению с группой сравнения (на 4,61% соответственно), что отражает ингибирующее влияние данного препарата на процессы неоангиогенеза. У больных НГЭ, получавших лонгидазу, наблюдалось достоверное снижение уровня хемокина MIG на 35,81% по сравнению с группой сравнения (на 16,27% соответственно), а также уменьшение содержания MCP-1 на 27,98% по сравнению с группой сравнения (на 17,60% соответственно), что свидетельствует о протективном влиянии препарата в отношении развития спаечного процесса за счет подавления образования фиброзной ткани. На фоне проведения комбинированной терапии НГЭ отмечалось снижение уровня RANTES, более выраженное в первой группе больных (43,81 и 38,26% соответственно), показывающее супрессию воспалительной реакции на фоне проводимого лечения.

Заключение. Включение протеолитического ферментного препарата лонгидаза в состав комбинированной терапии НГЭ характеризуется (по сравнению со стандартной терапией) достоверным уменьшением выраженности болевого синдрома, спаечного процесса, а также приводит к подавлению процессов неоангиогенеза и обладает протективным действием в отношении развития фиброзной ткани.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКО У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Махмадалиева М.Р., Меркулова А.И.

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

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 72 пациенток с трубно-перитонеальным и мужским факторами бесплодия, с нормальной, с избыточной массой тела и с ожирением, проходивших лечение бесплодия методом ЭКО. Выявлено, что избыточный вес негативно влияет на эффективность программ ЭКО.

Subgroup retrospective analysis on overweight, obese patients and patients with normal weight was performed. Obesity and overweight have negative impact on IVF treatment outcomes.

Проблема ожирения в настоящее время чрезвычайно актуальна. По данным ВОЗ, в 2003 г. около 1,7 млрд человек на планете (каждый 4-й житель) имел избыточную массу тела или ожирение. В России не менее 30% трудоспособного населения имеют избыточную массу тела и 25% — ожирение.

Ожирение может неблагоприятно влиять на репродуктивную функцию женщины. Основными причинами бесплодия при ожирении являются хроническая ановуляция. Избыточная масса тела сопровождается высокой частотой нарушений менструального цикла, дисфункциональными маточными кровотечениями,

гиперпластическими процессами эндометрия, повышенным риском развития рака эндометрия, самопроизвольным прерыванием беременности, осложнениями течения беременности и родов. Частота бесплодия у женщин с ожирением составляет 33,6% по сравнению с 18,6% женщин с нормальной массой тела (Колода Ю.А., 2010).

Предполагается, что сопутствующие метаболические и эндокринные нарушения могут повлиять на продолжительность стимуляции яичников, суммарную дозу гонадотропинов, количество и качество полученных ооцитов и эмбрионов, состояние эндометрия и в конечном итоге — на частоту наступления беременности.

Целью исследования явился сравнительный анализ основных параметров результативности программ ЭКО у женщин с нормальной, избыточной массой тела и ожирением.

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезни 72 пациенток с трубноперитонеальным и мужским факторами бесплодия, проходивших лечение бесплодия в отделении вспомогательных репродуктивных технологий ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта» в период с 2012 по 2014 г. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) были сформированы 3 группы пациенток: с нормальной, избыточной массой тела и ожирением.

Суммарная доза гонадотропинов, используемая для стимуляции функции яичников, была достоверно выше у пациенток с избыточной массой тела ($2123,44 \pm 563,06$ МЕ) и ожирением ($1846,59 \pm 640,7$ МЕ), по сравнению с данными у пациенток с нормальной массой тела ($1328,03 \pm 297,76$ МЕ), при $p < 0,001$. Также была достоверно выше доза рекомбинантных гонадотропинов в перерасчете на 1 полученную яйцеклетку у пациенток с массой тела, превышающей нормальную ($281,77 \pm 227,91$ и $222,94 \pm 152,84$ МЕ против $140,52 \pm 72,04$ МЕ у женщин, не имеющих избытка массы тела, при $p = 0,20$). Частота наступления беременности была выше у пациенток с нормальной массой тела и составила 51,52%, у женщин с избыточной массой тела — 45,45% и у пациенток с ожирением — 41,18%.

В заключение можно отметить, что у женщин с избытком массы тела потребность в препаратах для стимуляции овуляции достоверно превышает аналогичный показатель у пациенток с нормальной массой тела. В то же время эффективность стимулирующего действия препаратов гонадотропных гормонов, определяемая как их доза, затраченная на полученную яйцеклетку, достоверно выше у женщин с нормальной массой тела.

Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии избыточной массы тела пациенток на эффективность стимуляции суперовуляции в протоколах ЭКО.

(Окончание — в следующем номере.)

