

RI ($0,61 \pm 0,08$), снижение Vmax ($8,3 \pm 0,9$ см/с). Содержание АМГ в сыворотке снизилось 2,3 раза. У 6 из 47 пациенток при динамическом наблюдении выявлены признаки запоздалой овуляции на 18—24-й день менструального цикла.

У 69 больных со зрелой тератомой до операции $V = 7,3 \pm 0,6$ см³, КАФ = $5,76 \pm 2,3$, что в среднем в 1,2 раза выше при сопоставлении с дооперационными значениями пациенток с ЭОЯ. При ЦДК RI был равен $0,49 \pm 0,01$, Vmax = $10,1 \pm 0,9$ см/с, АМГ = $3,0 \pm 0,5$ нг/мл.

У 38 пациенток со ЗТ из 1-й группы (АПК) через 6 мес отмечалось увеличение V (в см³) в 1,4 раза ($V = 10,7 \pm 0,7$ см³), кровоток характеризовался выраженной перфузией (RI = $0,47 \pm 0,05$; Vmax = $13,8 \pm 0,5$ см/с). Содержание АМГ снизилось в 1,2 раза ($2,4 \pm 0,16$ нг/мл). Овуляция в оперированном яичнике выявлена у каждой пятой пациентки. Спустя год АФ ($5,2 \pm 0,4$) располагались хаотично в ткани яичника, V (в см³) составлял $7,0 \pm 0,3$ см³. Показатели интраовариальной перфузии соответствовали дооперационному уровню. Уровень АМГ достоверно не различался с результатами до операции. Овуляция отмечена у каждой второй пациентки.

Через полгода после оперативного лечения с применением БПК (2-я группа) у 31 пациентки со ЗТ V (см³) был увеличен в 1,2 раза. Возросла интенсивность интравариальной перфузии (RI = $0,41 \pm 0,07$; Vmax = $15,9 \pm 0,5$ см/с). Уровень АМГ был снижен в 1,5 раза. Овуляция выявлена у 6 из 31 больной. Через 12 мес V (в см³) составлял $6,24 \pm 0,3$ см³, определялись деформированные фолликулы ($4,2 \pm 0,3$). Гемодинамические показатели в оперированном яичнике приближались к дооперационным значениям: RI = $0,57 \pm 0,03$; Vmax = $9,1 \pm 0,7$ см/с; АМГ составлял $1,5 \pm 0,3$ нг/мл, что в 2 раза ниже по сравнению с дооперационным уровнем. Овуляция наблюдалась у 8 (25,8%) пациенток.

Заключение. Применение БПК снижает как качественные, так и количественные характеристики ОР. Наиболее предпочтительным методом коагуляции при органосохраняющих операциях на яичниках следует считать АПК.

Персонализированный подход и выбор метода гемостаза необходимы пациенткам с диагностированными эндометриоидными образованиями яичников, так как сам эндометриоз ведет к снижению примордиального пула за счет окислительного стресса.

Андросова Я.Ю.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕОПЛАЗИЙ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

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

В научном обзоре описывается связь заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов с генетическими факторами. Подчеркивается необходимость в проявлении онкологической настороженности в отношении первично-множественных неоплазий у женщин с отягощенной наследственностью по онкологической патологии органов репродуктивной системы.

The following review describes the correlation between malignant neoplasms of the female reproductive system and genetic factors. The results highlight the fact that women with multiple primary neoplasms and aggravated heredity of genital neoplasms should be paid special attention.

Проблема профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований женских половых органов в настоящее время продолжает оставаться чрезвычайно актуальной. Несмотря на все достижения современной медицины, заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей остаются довольно высокими и наблюдается тенденция к их увеличению.

Рост заболеваемости можно объяснить возросшим уровнем скрининга среди женщин, у которых нет симптомов злокачественных новообразований репродуктивной системы. Казалось бы, с увеличением количества и улучшением качества способов ранней диагностики смертность должна уменьшаться, как это и происходит во многих Западных странах (Великобритания, Дания, США, Франция), однако в России печальная тенденция к увеличению смертности и уменьшению 5-летней выживаемости пока остается неизменной. Причинами отсутствия положительного

эффекта программ скрининга на уровень смертности в России являются пренебрежительное отношение к профилактическим осмотрам, общее недоверие к медицине, скептическое отношение многих условно здоровых женщин к существующим методам ранней диагностики злокачественных новообразований репродуктивной системы. Опираясь на зарубежный опыт и учитывая особенности российского менталитета, можно сказать, что способы изменить ситуацию существуют. Основная нагрузка при этом ложится на врачей акушеров-гинекологов. Одним из наиболее простых и доступных способов выделения групп риска является сбор анамнеза жизни, здесь речь идет о наследственности.

В настоящее время выявлено 8 синдромов, проявляющихся семейной предрасположенностью к возникновению злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. Определены гены, мутации в которых ответственны за возникновение наследственных

форм рака яичников и молочной железы (*BRCA1* в хромосоме 17 q12-21 и *BRCA2* в хромосоме 13 q12). При раке тела матки наблюдаются мутации в генах, участвующих в регуляции клеточного цикла: *p16*, *p27*, *p53*, *K-ras*, *PTEN*. При раке шейки матки основную роль играет ВПЧ, однако риск развития рака данной локализации у женщин, кровные родственники которых болеют злокачественными опухолями, в 1,6 раза выше по сравнению с остальной популяцией. У женщин с первичным раком молочных желез повышается риск развития рака толстой кишки, тела матки и яичников; у женщин с первичным раком половых органов — риск развития рака толстой кишки, а у женщин с первичным раком тела или шейки матки — риск развития рака прямой кишки спустя 5 лет после лечения первичной опухоли, тогда как для других органов риск развития вторых первичных опухолей остается на уровне популяционной частоты. Отмечено, что у женщин с мутацией в генах *RCBA1* рак яичников возникает в раннем возрасте, отмечаются первично-множественные опухоли яичников и молочной железы у кровных родственников, при этом частота возникновения рака яичников к 60 годам может достигать 70%.

Мысовская Ю.С.

ВЕРИФИКАЦИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Минздрава России (кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета), г. Саратов

Данная исследовательская работа посвящена выявлению основных факторов риска развития фетоплацентарной недостаточности, а также определению возможности прогнозирования развития фетоплацентарной недостаточности и задержки роста плода у беременных на ранних сроках гестации.

This research work is devoted to identifying the main risk factors for the development of fetoplacental insufficiency, as well as the possibility of forecasting of development of fetoplacental insufficiency and delayed growth of the fetus in pregnant women at early gestational ages.

Современный мир высоких технологий повлиял на многие стороны нашей жизни, однако основная задача акушерства — обеспечить рождение здорового ребенка — осталась неизменной. Несмотря на то что патологии беременных полиморфны, их действие на плод в большинстве случаев универсально, и оно проявляется развитием фетоплацентарной недостаточности (ФПН) за счет недостаточной плацентарной перфузии, ведущей к внутриутробной гипоксии, самым важным звеном которой является церебральная гипоперфузия, способствующая поражению ЦНС. Итогом данного каскада патологических изменений является задержка роста плода (ЗРП), оказывающая многогранное влияние на дальнейшее развитие ребенка.

Целью данной научной работы стало выявление основных факторов риска развития ФПН, а также анализ возможности прогнозирования развития ФПН и ЗРП у беременных на ранних сроках гестации.

Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета СГМУ им. В.И. Разумовского в родильном отделении Саратов-

Таким образом, установлены общие принципы передачи опухолевых синдромов, распознаны специфические гены, отвечающие за возникновение множества разновидностей «семейного» рака. На основании этого разработаны молекулярно-генетические тесты, позволяющие осуществить раннюю диагностику онкоассоциированных генетических повреждений.

Каждый акушер-гинеколог как специалист, наиболее часто встречающий не только больных, но и здоровых женщин, должен проявлять онкологическую настороженность при выявлении у пациентки наследственной отягощенности по злокачественным новообразованиям. Каждой женщине, среди родственников которой были случаи возникновения онкологической патологии органов женской репродуктивной системы, следует рекомендовать генетическое обследование на мутации в специфических локусах генома. Если пациентка не желает или у нее нет возможности провести такое обследование, следует рекомендовать ей ежегодные профилактические осмотры у врача акушера-гинеколога, проведение скрининговых обследований, направленных на диагностику и выявление злокачественных неоплазий.

ской ГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток с ФПН и ЗРП за 2015 г. (64 женщины), которые составили основную группу исследуемых. Также была взята контрольная группа пациенток, беременность которых протекала без развития ФПН и ЗРП (36 женщин).

Частота встречаемости ФПН с исходом в ЗРП в 2013—2015 гг. составила в среднем около 4,7% от числа всех беременных. На первый взгляд, может показаться, что распространенность данной патологии невелика. Однако если рассматривать этот показатель в абсолютных величинах, то получится, что примерно у каждой 21-й беременной развивается ФПН и раз в шесть дней рождается один ребенок с диагнозом ЗРП. Средний возраст беременных в основной и контрольной группах был сопоставим. Наиболее часто, в 66,7% случаев, диагноз ФПН и ЗРП был поставлен женщинам в возрасте 25—29 лет. У женщин с наличием избыточной массы тела риск развития ФПН и ЗРП в 1,8 раза выше, чем у женщин с нормальной массой тела. Гинекологический анамнез у пациенток основной группы был отягощен в