

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

4 (37) 2018

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ
научно-практический журнал



- **Н.М. Мамедалиева,
Г.Н. Мошкалова,
А.М. Сапаралиева**
Современные аспекты
прегравидарной подготовки при
невынашивании беременности
инфекционного генеза
- **Д.Д. Шардарбекова,
Д.В. Джакупов,
Т.К. Кудайбергенов,
Ф.А. Кусаинова,
З.Е. Барманашева**
Лечение спаечного процесса
у гинекологических пациентов
- **Дов Фельдберг**
Характерные особенности
беспокойства и депрессии у пар,
проходящих процедуру
экстракорпорального оплодотворения



Казахстанская Ассоциация репродуктивной медицины



ХІ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС **КАРМ-2019**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ.

ВРТ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

НОЯБРЬ 2019 | АЛМАТЫ

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА:

- Бесплодие. Современные принципы диагностики и лечения
- Организационные аспекты развития вспомогательных репродуктивных технологий. Государственная поддержка
- Беременность и роды. Состояние детей после ВРТ. Безопасное материнство
- Андрология. Диагностика и лечение мужского бесплодия, роль ВРТ
- Преимплантационная генетическая диагностика
- Криоконсервация и хранение репродуктивного материала. Донорство гамет и эмбрионов. Суррогатное материнство
- Репродуктивная эндокринология. Подготовка к программам ВРТ
- Эндовидеохирургия в репродуктологии

+7 (727) 250 00 11 | +7 (776) 250 05 57
karm@medexpo.kz | www.karm.kz
www.repromed.kz | www.medmedia.kz

Организатор:



Конгресс-оператор:



Партнер:



Информационный
партнер:





РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Научно-практический журнал
Казахстанской Ассоциации репродуктивной медицины



Главный редактор

В.Н. Локшин, член-корреспондент НАН РК, профессор

Заместители главного редактора

Т.К. Кудайбергенов, профессор, А.И. Избасаров, профессор

Редакционная коллегия

А.А. Ахметова, Л.М. Актаева, Л.А. Бадельбаева, С.Б. Байкошкарлова, А. А. Байназарова, Х.М. Бикташева, Р.К. Валиев, Т.М. Джусубалиева, Е.Т. Длимбетов, А.М. Дошанова, Л.С. Каюпова, Ш.К.Карибаева, Д.Р.Кайдарова, И.П. Коркан, Н.М. Мамедалиева, Д.Д.Мырзахметова, Г.К.Омарова, В.Е. Полумисков, С.А. Салехов, Г.С.Святова, А.Е.Тажиева, Т.М. Укыбасова, Т.Е.Хусаинов, В.В.Чистяков, М.С. Шишиморова.

Ответственный секретарь – А.Н. Рыбина

Редакционный совет

М.К Алчинбаев (Казахстан), М.Б.Аншина (Россия), Г.У.Асымбекова (Кыргызстан), В.М. Здановский (Россия), Н.А Каюпова (Казахстан), Е.А.Калинина (Россия), М.В.Киселева (Россия), Н.Н.Мезинова (Казахстан), В.С.Корсак (Россия), M. Dirnfeld (Израиль), В. Lunenfeld (Израиль), Р.С. Кузденбаева (Казахстан), А.А. Попов (Россия), А.М. Юзько (Украина), Т.А. Назаренко (Россия), В.Д. Зукин (Украина), Ф.В. Дахно (Украина), Л.А. Левков (Швеция), И.О. Маринкин (Россия), В.Е. Радзинский, (Россия), Т.Ф. Татарчук (Украина), R. Frydman (Франция), Dov Feldberg (Израиль), Б.В. Шалекенов (Казахстан), А.И. Никитин (Россия), Е.Б. Рудакова (Россия), М.А. Шахова (Россия), С.В. Штыров (Россия), А. Хомасуридзе (Грузия).

Адрес редакции

Республика Казахстан, ул. Байтурсынова, 79
тел.: +7 (727) 250 00 11
e-mail: karm@medexpo.kz
Электронная версия журнала на сайте www.repromed.kz

Учредитель

Казахстанская Ассоциация репродуктивной медицины

Издатель

Республика Казахстан, 050012
г. Алматы, ул. Байтурсынова, 79
тел.: +7 (727) 250 00 11
e-mail: info@medmedia.kz



Издается с 2009 г.

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и культуры РК

Свидетельство о регистрации № 10329-Ж от 24.08.2009 г.

Периодичность 4 раза в год

Территория распространения – Республика Казахстан

Тираж 500 экз. Заказ №2032

Отпечатано в типографии ТОО «ПК Муравей», г. Алматы, ул. Толе би, 304, оф. 301

тел.: +7 (727) 238 14 28, 238 14 29

Редакция не всегда разделяет мнение авторов публикаций. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели. Рекламодатели предупреждены об ответственности за рекламу незарегистрированных, неразрешенных к применению МЗ РК лекарственных средств и предметов медицинского назначения. При перепечатке материалов ссылка на журнал «Репродуктивная медицина» обязательна.

Content

Содержание

Мазмұны

From the chief editor

Operative gynecology

Treatment of adhesions in gynecological patients

D.D. Shardarbekova,

D.V. Dzhakupov,

T.K. Kudaibergenov

F.A. Kusainova, Z.E. Baramanasheva

Reproduction problems

Modern aspects of pregravid preparation in case of miscarriage of infectious

N.M. Mamedaliyeva,

G.N. Moshkalova, A.M. Saparaliyeva

Successful pregnancy and childbirth in programs using calcium ionophore, in patients with a lack of fertilization in previous programs by intracytoplasmic sperm injection with normozoospermia

M. P. Yakhyarova, L.A. Badelbaeva

Women Health

Features of vagina microbiocenosis in women with tuboperitoneal infertility

O.V. Bagatko

Тезисы

Unique characteristic of anxiety and depression among couples undergoing in vitro fertilization treatment

Prof. Dov Feldberg

The mystery and the importance of the luteal phase support in ART

Prof. Dov Feldberg

The ability to restore reproductive function in women with prolactinomas

A.K. Dosanova

От главного редактора

Оперативная гинекология

Лечение спаечного процесса у гинекологических пациентов

Д.Д. Шардарбекова,

Д.В. Джакупов,

Т.К. Кудайбергенев,

Ф.А. Кусаинова, З.Е. Барманашева

Проблемы репродукции

Современные аспекты прегравидарной подготовки при невынашивания беременности инфекционного генеза

Н.М. Мамедалиева,

Г.Н. Мошкालова, А.М. Сапаралиева

Успешная беременность и роды в программах с использованием ионофора кальция у пациентов с отсутствием оплодотворения в предыдущих программах ИКСИ с нормоспермией

М.П. Яхьярова, Л.А. Бадельбаева

Женское здоровье

Особенности микробиоценоза влагалища у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием

О.В. Багатько

Тезисы

Характерные особенности беспокойства и депрессии у пар, проходящих процедуру экстракорпорального оплодотворения

Проф. Дов Фельдберг

Тайна и важность поддержки лютеиновой фазы во вспомогательной репродуктивной технологии (ВРТ)

Проф. Дов Фельдберг

Возможность восстановления репродуктивной функции у женщин с пролактиномами

А.К. Досанова

Бас редактордан

Жедел гинекология

Гинекологиялық наукастарда адгезияларды емдеу

Д.Д. Шардарбекова,

Д.В. Джакупов,

Т.К. Кудайбергенев,

Ф.А. Кусаинова, З.Е. Барманашева

Тұқым шығару мәселелері

Жүктіліктің алдын-ала дайындалуының заманауи аспектілері жүкпалы туылу жүктілігі

Н.М. Мамедалиева,

Г.Н. Мошкालова, А.М. Сапаралиева

Кальций ионофорын колданатын бағдарламаларда табысты жүктілік және босану, бұрын ИКСИ бағдарламаларында ұрықтандыру болмаған наукастарда, нормоспермермиямен

М.П. Яхьярова, Л.А. Бадельбаева

Әйелдердің денсаулығы

Түтікше- перитонеальді бедеулігі бар әйелдердің қынабының микробиоценозының ерекшеліктері

О.В. Багатько

Тезисы

Экстракорпоральды ұрықтандыру процедурасын өтіп жатқан жұптар арасындағы депрессия мен мазасыздандудың сипатты ерекшеліктері

Проф. Дов Фельдберг

Қосалқы репродуктивті технологиядағы (ҚРТ) лютеиндік фазаны қолдау сыры мен маңыздылығы

Проф. Дов Фельдберг

Пролктиномамен ауыратын әйелдердің репродуктивті функциясын қалпына келтіру мүмкіндігі

А.К. Досанова

6

7

11

15

20

27

29

31

Pregavid preparation of patients with infertility with thin endometrium <i>K.G.Serebrennikova</i>	Прегравидарная подготовка пациенток с бесплодием при тонком эндометрии <i>К.Г.Серебренникова</i>	Жіңішке эндометриямен бедеулігі бар науқастарды алдын-ала гавидалы дайындау <i>К.Г.Серебренникова</i>	33
Effectiveness of treatment of chronic endometritis using physiotherapy on BTL-4000 premium in a retrospective analysis in ART of the Aktobe laboratory <i>L.I. Pokotilo S.A.Kamnev, L.V. Dudko</i>	Эффективность лечения хронического эндометрита с применением физиолечения на BTL-4000 premium в ретроспективном анализе в ВРТ лаборатории г. Актобе <i>Л.И. Покотило, С.А.Камнев, Л.В.Дудко</i>	Ақтөбе зертханасында АРТ-да ретроспективті талдауда BTL-4000 premium-де физиотерапияны қолдану арқылы созылмалы эндометрит емдеудің тиімділігі <i>Л.И. Покотило С.А.Камнев, Л.В. Дудко</i>	35
The present and future of clinical embryology <i>O.V. Shurygina, O.V. Ivanova, O.V. Kulakova, S.Z. Yuldasheva</i>	Настоящее и будущее клинической эмбриологии <i>О.В. Шурыгина, О.В. Иванова, О.В. Кулакова, С.З. Юлдашева</i>	Клиникалық эмбриологияның бүгіні мен болашағы <i>О.В. Шурыгина, О.В. Иванова, О.В. Кулакова, С.З. Юлдашева</i>	38
Significant improvement in embryo cultivation due to the time-lapse method <i>Thomas Ebner</i>	Значительное улучшение в культивировании эмбрионов благодаря методу time-lapse <i>Томас Эбнер</i>	Time-lapse әдісінің арқасында эмбриондарды едеуір жақсарту <i>Томас Эбнер</i>	39
<i>Developments</i>	<i>События</i>	<i>Оқиғалар</i>	
POST RELEASE	ПОСТ-РЕЛИЗ	ПОСТ-РЕЛИЗ	40
<i>Reproductive Medicine</i>	<i>Репродуктивная медицина</i>	<i>Репродуктивная медицина</i>	
Statement of formalities	Правила оформления статей	Ережені рәсімдеу ережесі	41

От главного редактора



Локшин Вячеслав Нотанович,
главный редактор, президент
Казахстанской Ассоциации
репродуктивной медицины

Дорогие коллеги!

От имени Правления КАРМ и редколлегии журнала «Репродуктивная медицина» сердечно поздравляю вас с наступающим 2019 годом - годом грядущего десятилетнего юбилея нашего журнала.

Чуть более месяца прошло после окончания X Международного конгресса «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ. ВРТ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ». Наш форум стал значимым событием для всей медицинской общественности страны, а особенно для специалистов занимающихся лечением бесплодия и других нарушений репродуктивной системы. В работе Конгресса приняло участие более 700 врачей, перед слушателями выступили известные ученые и практики из 21 страны мира. Форум стал рекордным по числу проведенных мастер-классов, выступлений спикеров и спутниковых симпозиумов. Тезисы выступлений и пост-релиз конгресса публикуются в настоящем номере журнала. Это событие определило основные направления развития ВРТ в нашей стране, поставило конкретные задачи перед врачами и клиниками, дало оценку большой организационной работе по оптимизации диагностики и лечению пациентов с бесплодием.

Особое внимание было уделено медицинской и молекулярной генетике в будущем развитии ВРТ. В Казахстане в этом направлении делается немало, научная и практическая сферы медицины в этой области идут в ногу со временем. В стране родилось более 100 здоровых детей после успешного проведения а-CGS диагностики, и их число будет увеличиваться в геометрической прогрессии. Ведь только рождение здорового ребенка стоит рассматривать как успешный результат проведения программ ВРТ.

Хотел бы выразить искреннюю благодарность нашим коллегам из 22 стран мира, поддержавшим наш Конгресс и представившим интереснейшие доклады о последних достижениях мировой науки и практики в области репродуктивной медицины.

Организаторы и участники форума также признательны министру здравоохранения страны Е.А. Биртанову за содержательное приветствие Конгрессу и большую поддержку наших инициатив.

В условиях широкого внедрения цифровизации здравоохранения наши подходы к диагностике и лечению нарушений репродуктивной системы должны быть унифицированы и соответствовать самым высоким международным стандартам. Новые цифровые технологии позволят максимально способствовать политике открытости клиник. Очень важна регулярная отчетность о своих результатах перед профессиональным сообществом, организация этого процесса требует законодательной поддержки. С нашей точки зрения клиника не может получить государственный заказ или иную господдержку, если она не подает достоверные регулярные отчеты о своей профессиональной деятельности. Мы приглашаем коллег к дискуссии и обмену опытом по вопросам, имеющим практическое и теоретическое значение для как для мировой, так и для казахстанской репродуктологии.

В преддверии Нового года желаю вам, дорогие коллеги крепкого здоровья, благополучия, большого счастья и Удачи!

С уважением, профессор В.Локшин,
главный редактор журнала «Репродуктивная медицина», член-корр. НАН РК,
президент Казахстанской ассоциации репродуктивной медицины.

МРНТИ 76.29.48

ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Д.Д. Шардарбекова, Д.В. Джакупов, Т.К. Кудайбергенов, Ф.А. Кусаннова, З.Е. Барманашева

Институт репродуктивной медицины
Казахский медицинский университет непрерывного образования
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

Формирование спаечного процесса в послеоперационном периоде является одной из важнейших проблем в гинекологии. Послеоперационная интраперитонеальная адгезия занимает ведущие позиции среди причин трубно-перитонеального бесплодия. В статье представлен опыт хирургического лечения больных с выраженной степенью спаечного процесса в малом тазу в Институте репродуктивной медицины.

Ключевые слова: спаечный процесс, спаечная болезнь, лапароскопия, бесплодие.

Послеоперационная интраперитонеальная адгезия занимает ведущие позиции среди причин трубно-перитонеального бесплодия. Высокая частота спаечных осложнений отмечается у 55-97% пациенток после абдоминальных операций и обусловлена расширением объема и тяжести хирургического вмешательства, повышением резистентности микрофлоры к антибиотикам, изменением иммунологической реактивности организма [1,2,5]. Наиболее распространенными последствиями брюшинных спаек являются: нарушения репродуктивной функции, проявляющиеся женским бесплодием (75%), риск внематочной беременности (по мнению ряда авторов в 16-25%), диспареуния, кишечная непроходимость, сложность повторных оперативных вмешательств [3,4].

Согласно данным ВОЗ частота бесплодного брака составляет 15-40% всех супружеских пар. Анализ структуры причин бесплодия в браке указывает, что главное место среди женских факторов бесплодия занимают трубно-перитонеальные формы, частота которых достигает 30-70% [1-4]. Рядом исследователей доказано, что возникновение спаек в малом тазу и брюшной полости обусловлено не только перенесенными оперативными вмешательствами, но и воспалительными заболеваниями и эндометриозом.

Ключевой момент в формировании спаек — подавление фибринолиза вследствие ишемии при травме брюшины. Под воздействием травмы запускается механизм воспалительного процесса с определенными ферментативными реакциями с участием гиалуронидазы. Повышается проницаемость базальной мембраны стенки сосудов, что приводит к экссудации лимфы, лейкоцитов, макрофагов и фибриногена. Макрофаги в последующем дифференцируются в фибробласты, а из мезотелия брюшины высвобождаются тромбопластические вещества, ускоряющие превращение фибриногена в фибрин. Фибриновые образования оседают на поврежденный участок и оказывают хемотаксическое действие на пролиферирующие клетки мезенхимы, направляя их рост по

ходу волокон фибрина. В последующем фибробласты синтезируют и выделяют во внеклеточную среду коллагеновые волокна, которые образуют непрерывную соединительнотканную структуру, покрытую клетками мезотелия. Синтезируемый фибробластами растворимый коллаген с помощью внеклеточного медь- и пиридоксальсодержащего фермента лизилоксидазы за счет поперечных связей превращается в нерастворимый или сетчатый, который является основой формирования соединительной ткани [2].

Согласно общепринятой классификации, выделяют четыре степени спаечного процесса в малом тазу:

I степень – единичные нежные прозрачные бессосудистые спайки;

II степень – единичные сосудистые спайки, часто нарушающие расположение труб относительно яичников, треть которых прикрыта сайками;

III степень – множественные грубые сосудистые спайки, нарушающие расположение органов малого таза;

IV степень - область малого таза не визуализируется из за обширного спаечного процесса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность проведения лапароскопии при III-IV степени развития спаечного процесса у гинекологических пациенток

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Институте репродуктивной медицины за период с 2014 по 2018 годы было прооперировано 147 пациенток с выраженной степенью спаечного процесса в малом тазу (III-IV степени) . Среди них 97 пациенток с диагнозом - глубокий инфильтративный эндометриоз и 50 пациенток, спаечный процесс у которых развился после ранее перенесенных оперативных вмешательств в брюшной полости. Все пациентки прошли необходимое обследование, включающее лабораторные и инструментальные

анализы. Основными жалобами пациенток были: хроническая тазовая боль, бесплодие, нарушение функции кишечника, затрудненное мочеиспускание. На операциях использовалась аппаратура фирмы Карл Шторц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст пациенток составил $35,3 \pm 1,2$ года, минимальный возраст – 18 лет, максимальный 43 года.

Хроническая тазовая боль, диспареуния, боль при дефекации встречались у 85 женщин (57,8%), дискомфорт при наполнении мочевого пузыря и боли при мочеиспускании у 5 женщин, диарея у 59 женщин (40,1%), запоры у 40 женщин (27,2%).

Первичным бесплодием страдали 56 женщин (46,2%), вторичным – 65 (53,8%).

Ранее проведенные операции представлены в таблице 1. Из них у 34 пациенток лапаротомия была произведена однократно (23,1%), два раза лапаротомическим доступом было прооперировано 13 пациенток (8,8%), три раза – 13 пациенток (8,8%), и более четырех лапаротомических операций у пяти пациенток (3,4%). У 25 пациенток в анамнезе отмечен перитонит. Восемь пациенток были ранее оперированы по поводу острой непроходимости кишечника. Практически все пациентки перенесли ту или иную операцию, некоторые имели две и более операций в анамнезе. Перенесенные операции представлены в таблице 1

Таблица 1 - Перенесенные операции гинекологических пациенток.

Операции	Абс. число	(%)
Лапароскопия. Операции на придатках	45	37,1%
Лапароскопия. Аппендэктомия	55	45,4%
Лапаротомия. Операции на придатках	28	23,1%
Лапаротомия. Операция по поводу непроходимости кишечника	8	6,6%
Лапаротомия. Аппендэктомия	39	32,23%
Кесарево сечение	24	19,8%

Гинекологический анамнез представлен в таблице 2.

Гинекологический анамнез представлен в таблице 2.

Паритет	Абс. число	(%)
Роды	37	30,5%
Внематочная беременность	30	24,7%
Неразвивающаяся беременность	8	6,6%
Самопроизвольный выкидыш	15	12,3%
Аборты	44	36,3%

Пациентки со вторичным бесплодием, в каждом третьем случае имели детей, чаще беременности заканчивались абортами (36,3%) и внематочной беременностью (24,7%). Реже в анамнезе были самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность.

Всем пациенткам была проведена лапароскопия, разъединение спаек в брюшной полости и малом тазу. Важным моментом при выраженном спаечном процессе является постановка первого троакара и введение иглы Вереша в точку Палмера – на 3 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии слева. Такая постановка первого «слепого» троакара снижает риск ранения петель тонкого кишечника и соседних органов. Удаление одной маточной трубы произведено у 25 пациенток (17,0%), удаление обеих маточных труб у 12 пациенток. У 15 (15,5%) пациенток в патологический процесс был вовлечен мочевой пузырь, в который наблюдалось про-

растание эндометриoidных имплантатов и у 57 пациенток с эндометриозом (58,7%) в спаечном процессе были заинтересованы мочеточники среди всех пациенток с эндометриозом. У 130 пациенток (88,4%) анатомия малого таза была восстановлена полностью, у семнадцати женщин (11,6%) выделение петель кишечника из спаечного процесса было частичным, в связи с высоким риском повреждения. Визуальный осмотр брюшной полости и малого таза после окончания операции является обязательным, так как позволяет исключить повреждение смежных органов. Конверсий на лапаротомию не наблюдалось ни у одной пациентки. После операции у всех пациенток использовались антиспаечные барьеры («Интерсид») и гели («Мезогель»). В послеоперационном периоде у всех пациенток отмечалось повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, у одной пациентки гипертермия продержалась пять дней и максимальная температура тела достигала

38,0С. Каждой пациентке проводилась антибактериальная, инфузионная терапия, использовалась обязательная аналгезия, профилактика пареза кишечника и тромбозов с обязательным активным ведением послеоперационного периода. Осложнения в виде кишечной непроходимости на третьи сутки после операции вследствие ранения петли тонкой кишки троакаром отмечена у одной пациентки (0,7%), которая была впоследствии успешно разрешена в условиях многопрофильной больницы. У пациентки в анамнезе было пять лапаротомических вхождений и последняя операция проводилась по поводу кишечной непроходимости.

ВЫВОДЫ

1. В последние годы в Институте репродуктивной медицины наблюдается тенденция увеличения числа пациенток с выраженным спаечным процессом в малом тазу и спаечной болезнью.

2. Оптимальным вариантом постановки первого троакара при выраженном спаечном процессе является – точка Палмера.

3. Малый процент осложнений и эффективность лапароскопических операций при выраженном спаечном процессе органов брюшной полости и малого таза (0,7%) служит хорошим стимулом для дальнейшего расширения подобной хирургии у женщин с тяжелым спаечным процессом при различной гинекологической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев А.А., Сулима А.Н. Современные представления об этиологии и патогенезе спаечного процесса в малом тазу у женщин репродуктивного возраста. Медицинский вестник Юга России. - 2015. - С.4-14.
2. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Байлюк Е.Н. Спаечная болезнь органов малого таза у гинекологических больных: от патогенеза к профилактике. Онкогинекология. - № 4. - 2014
3. Максимова Н.А., Пустынников А.В., Петров Д.В., с соавт. Современные возможности профилактики и лечения спаечной болезни органов малого таза у послеоперационных гинекологических пациентов. Академический журнал Западной Сибири. – 2017. - № 3 (70). - Т. 13.
4. Стрижаков А.Н., Пирогова Н.М., Шахламова М.Н., Волущук И.Н., Смирнов А.А., Богачева Г.А. Профилактика и лечение спаечного процесса после оперативного лечения апоплексии яичника. Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. -2.
5. Barend A. van den Beukel, Roy de Ree, Suzanne van Leuven, Erica A. Bakkum, Chema Strik, Harry van Goor, and Richard P.G. ten Broek. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update, Vol.23, №.3 pp. 276–288, 2017

REFERENCES

1. Alekseev A.A., Sulima A.N. Modern ideas about the etiology and pathogenesis of adhesions in the pelvis in women of reproductive age. Medical Herald of the South of Russia. 2015 P.4-14
2. Bezhenar V.F., Tsyurdeeva A.A., Bayliuk Ye.N. Adhesive disease of the pelvic organs in gynecological patients: from pathogenesis to prevention Oncogynecology № 4, 2014
3. Maksimova N.A., Pustynnikov A.V., Petrov D.V., et al. Modern possibilities for the prevention and treatment of adhesive disease of the pelvic organs in postoperative gynecological patients. Academic Journal of Western Siberia № 3 (70), t 13, 2017
4. Strizhakov A.N., Pirogova N.M., Shakhlamova M.N., Volushuk I.N., Smirnov A.A., Bogacheva G.A. Prevention and treatment of adhesions after surgical treatment of ovarian apoplexy. Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist 2, 2015
5. Barend A. van den Beukel, Roy de Ree, Suzanne van Leuven, Erica A. Bakkum, Chema Strik, Harry van Goor, and Richard P.G. ten Broek. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update, Vol.23, No.3 pp. 276–288, 2017

ТҮЙІНДЕМЕ

ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ НАУКАСТАРДА АДГЕЗИЯЛАРДЫ ЕМДЕУ

Д.Д. Шардарбекова, Д.В. Джакупов, Т.К. Құдайбергенов, Ф.А. Кусайнова, З.Е. Бараманашева

Репродуктивті медицина институты
Қазақ Медициналық Үздіксіз Білім Беру Университеті
Қазақстан, Алматы

Операциядан кейінгі кезеңде адгезияларды қалыптастыру - ең маңызды мәселелердің бірі. Операциядан кейінгі адгезиясы бедеулік себептері арасында жетекші орын алады. Мақалада репродуктивтік медицина институтында жамбаста анық көрсетілген адгезиясы бар науқастарды хирургиялық емдеу тәжірибесі келтірілген.

Түйін сөздер: жабысқақ процесс, жабысқақ ауруы, лапароскопия, бедеулік.

SUMMARY

TREATMENT OF ADHESIONS IN GYNECOLOGICAL PATIENTS

D.D. Shardarbekova, D.V. Dzhakupov, T.K. Kudaibergenov F.A. Kusainova, Z.E. Baramanasheva

Institute of Reproductive Medicine
Kazakh Medical University of continuing Education
Kazakhstan, Almaty

The formation of adhesions in the postoperative period is one of the most important problems. Postoperative intraperitoneal adhesion occupies a leading position among the causes of tuboperitoneal infertility. The article presents the experience of surgical treatment of patients with a pronounced degree of adhesions in the pelvis in the Institute of Reproductive Medicine.

Key words: adhesive process, adhesive disease, laparoscopy, infertility.

МРНТИ 76.29.48

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Н.М. Мамедалиева, Г.Н. Мошколова, А.М. Сапаралиева

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены аспекты поэтапной прегравидарной подготовки женщин с инфекционным генезом невынашивания беременности. Представлен алгоритм прегравидарной подготовки, включающий на I этапе элиминацию инфекционного агента с использованием антибиотиков широкого спектра действия с высокой способностью проникновения в биопленку; на II этапе - назначения восстановительной терапии, направленной на коррекцию дисбиотических процессов влагалища и кишечника и на III этапе – восстановление морфофункционального потенциала эндометрия.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, невынашивание, хронический эндометрит, микробные биопленки.

Проблема невынашивания беременности остается одной из самых важных и актуальных проблем современного акушерства. Несмотря на успехи в совершенствовании способов диагностики, профилактики и лечения данной патологии частота ее остается в пределах 10-25 % и не имеет тенденции к снижению [1].

Причины невынашивания беременности сложны и многообразны и на сегодняшний день ведущая роль в генезе невынашивания отводится инфекционному фактору. При этом хронический персистирующий эндометрит сопутствует каждой 4-й беременности и выявляется в 60–87 % случаев при повторных выкидышах. Так, по данным В.М. Сидельниковой (2002 г.), у женщин, страдающим привычным невынашиванием, диагноз хронического эндометрита гистологически верифицирован в 73 % случаев, а в 87 % наблюдалась персистенция условно патогенных микроорганизмов в эндометрии [1].

Следует отметить, что особое место в структуре невынашивания беременности занимает неразвивающаяся беременность, обуславливающая более 20 % всех репродуктивных потерь. В последнее время отмечается увеличение частоты неразвивающейся беременности, так по данным А.Р. Аимбетовой [2] за 5 лет удельный вес неразвивающейся беременности увеличился почти в 3 раза (с 8% в 2004 г. до 21,1% в 2008 г.), а по данным Степанян Л.В. и соавторов [3] частота неразвивающейся беременности за последнее десятилетие повысилась с 5-15% до 25-45% среди всех случаев гестации. По данным многоцентровых исследований в Англии и США распространенность неразвивающейся беременности колеблется от 2,8% - до 15%.

На Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов (FIGO, Куала-Лампур, 2007 г), было отмечено что все без исключения случаи неразвивающейся беременности следует ассоциировать с наличием хронического эндометрита и выставлять этот диагноз даже без дополнительного обследования.

Обследование при прегравидарной подготовке жен-

щин с инфекционным генезом невынашивания начинается с проведения инфекционного скрининга – бактериологического исследования отделяемого из влагалища, цервикального канала и матки, с определением характера микрофлоры, количества ее и чувствительности к антибиотикам; исследуется бактериоскопия мазка из влагалища; проводится ИФА, ПЦР диагностика генитальных инфекций. Для диагностики хронического эндометрита используются так же следующие методы: трансвагинальное ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием, гистероскопия на 7-11 день цикла с последующим проведением гистологического, бактериологического и иммунологического исследования биоптата эндометрия. Диагноз хронического эндометрита должен быть подтвержден морфологически, при этом к критериям морфологической диагностики хронического эндометрита относятся:

- наличие воспалительных инфильтратов, состоящих преимущественно из лимфоцитов, лейкоцитов и гистиоцитов;
- наличие в строме эндометрия плазмацитов;
- очаговый фиброз стромы;
- склеротические изменения стенок спиральных артериол эндометрия.

Бактериологическое исследование биоптата эндометрия выявляет персистенцию в эндометрии патогенных микроорганизмов, дает их количественную характеристику и определяет чувствительность выделенной микрофлоры к антибиотикам. Иммунологические исследования при хроническом эндометрите выявляют несостоятельность локальных иммунных механизмов адаптации, нарушение рецептивности эндометрия. Основными факторами нарушения рецептивности являются: наличие в эндометрии патогенных микроорганизмов; морфологические признаки воспалительного процесса в эндометрии и увеличение провоспалительных цитокинов в сторону преобладания клеток типа Th1.

Прегравидарная подготовка женщин с инфекцион-

ным генезом невынашивания беременности включает применение комплексного этиопатогенетического лечения, состоящего из следующих этапов:

I этап прегравидарной подготовки заключается в элиминации микробно-инфекционного агента и включает рациональную антибиотикотерапию с профилактикой кандидоза.

Вместе с тем на сегодняшний день известно, что масштабы распространения резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам продолжают стремительно расти, а скорость разработки новых антибактериальных средств, к сожалению, совершенно не выдерживает заданный микроорганизмами темп.

Какова же причина стойкой резистентности бактериальных возбудителей и их ассоциаций к существующим противомикробным средствам и склонности вызываемых ими заболеваний к частым рецидивам? Ответ на этот вопрос заключается в формировании так называемых бактериальных (микробных) биопленок.

Сегодня известно, что более 90 % бактерий в организме существуют не свободно, а в виде биопленок («микробных городов») прикрепленных к субстрату (эндометрию, придаткам матки и т.д.) 30% биопленки – это бактерии, а остальная часть – межклеточный матрикс, слизь, в котором циркулируют питательные вещества, продукты жизнедеятельности микроорганизмов, ферменты, провосполительные цитокины и др.. Действие антибиотиков на биопленку встречает значительное сопротивление со стороны плотного матрикса, не позволяющего проникнуть им внутрь биопленки. Механизм формирования биопленок – это идеальный способ для микроорганизмов выжить в агрессивной среде и тем самым способствовать затяжному течению инфекционного-воспалительного процесса со склонностью к хронизации, а также увеличивать вероятность диссеминации возбудителей и приводить к неэффективности традиционной антимикробной терапии. Немаловажным является тот факт, что микроорганизмы в биопленках выживают при концентрациях перекиси водорода и молочной кислоты в 4–8 раз выше, чем выдерживают отдельные бактерии вне биопленок, а также при концентрации антибиотиков – в 500–1000 раз превышающих минимальные подавляющие концентрации для чистых культур вне биопленок.

По оценке Национального института Здоровья США около 90% всех человеческих инфекций протекает в форме биопленочной инфекции. По оценке Центра контроля и профилактики заболеваний (CDC) биопленки имеют место в 65% случаев инфекций требующих госпитализации. С учетом этого в бактериологических лабораториях различных стран уже начинают оценивать антимикробные препараты не только по эффективности их действия на изолированные культуры микроорганизмов, но и на группы возбудителей, находящихся в составе биопленок.

При этом, на современном этапе, учитывая биопленочные инфекции, в баклабораториях предусмотрены исследования биопленок, с их выращиванием и дальнейшей идентификацией с помощью сканирующей электронной микроскопии.

Кроме того, существуют специальные методики для определения проникновения антибиотика через био-

пленку, что позволяет с учетом этого назначать рациональную антибактериальную терапию.

Результаты, полученные в ходе таких исследований, выполненных разными авторами, позволили разделить все антимикробные препараты на 2 основные группы: хорошо и плохо проникающие в биопленки

В группу антибиотиков, хорошо проникающих в биопленки различных бактерий, вошли: тетрациклины, макролиды, фторхинолоны, рефампины, хлорамфеникол, сульфаниламиды.

Плохо проникающими в биопленки оказались: бета-лактамы препараты (пенициллины, цефалоспорины, монобактамы, карбапенемы и др), аминогликозиды, фосфомицин и некоторые др.

Таким образом, сегодня основу базовой антибактериальной терапии должны составлять антибиотики широкого спектра действия с высокой способностью проникновения в биопленку и клетку. Как показала практика таким требованиям наиболее соответствуют комбинации макролидов последнего поколения с нитроимидазолами (джозамицин 500 мг 3 раза в день в течении 10 дней+ метранидозол 500 мг 3 раза в день в течении 14 дней) или же защищенные пенициллины с фторхинолонами II-го поколения (амоксициллин с клавулановой кислотой 1000 мг 2 раза в день+офлоксацин 400 мг 2 раза в день).

А также согласно рекомендациям Европейского руководства по лечению воспалительно-инфекционных заболеваний предложена антибактериальная монотерапия – 400 мг моксифлоксацина (Авелокс) 1 раз в сутки на протяжении 14 дней, причем уровень доказательности эффективности этой схемы – наивысший (1a-A). При этом следует знать, что антибактериальную терапию целесообразно начинать с первого дня цикла. Для профилактики кандидоза рекомендуются препараты флуконазола в дозе 150 мг дважды во время антибиотикотерапии (в начале и в конце приема антибиотиков).

Системная терапия сочетанных форм инфекции должна дополняться применением препаратов местного действия для санации влагалища. Чаще всего с этой целью применяются противомикробные препараты широкого спектра действия, так же хорошо проникающие в биопленки, например: гексикон, нео-пенотран и др.

После завершения антибиотикотерапии всегда следует помнить о насущной необходимости проведения II этапа лечения генитальных инфекций, а именно назначения последующей восстановительной терапии, направленной на коррекцию дисбиотических процессов влагалища и кишечника. На сегодняшний день известно, что для восстановления нормоценоза влагалища важен подбор лактобацилл. По результатам исследований, проведенным группой канадских ученых под руководством проф. Mc Millana выявлено, что существуют культуры «правильных» лактобацилл, способных разрушать биопленки. Имеются доказательные данные, что *Lactobacillus Casei rhamnosus*, *L.Crispatus* участвуют в разрушении микробных биопленок, так как вырабатывают бактериоцины, подавляющие рост патогенных микроорганизмов.

Таким образом, цель II этапа – восстановление нормоценоза подразумевает колонизацию влагалища «правильной лактофлорой».

Развитие и течение генитальных инфекций сопровождается достоверным повышением в цервикальном канале уровней провоспалительных цитокинов системы Th1, что отражает интенсивность локального воспалительного процесса и является неблагоприятным фактором при планировании беременности. Одновременное угнетение системы защиты Th2 со снижением локального уровня противовоспалительных цитокинов свидетельствует о значительном дисбалансе в иммунитете и необходимости коррекции этого состояния.

Изменения иммунного статуса обосновывают назначение иммуномодулирующей терапии системного и локального уровня (как например: неовир, виусид, эпигентим спрей и др.) На современном этапе целесообразен дифференцированный подход к назначению иммуномодуляторов с учетом иммунного статуса конкретной пациентки.

Важным этапом прегравидарной подготовки является восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение последствий вторичных повреждений: коррекция метаболических нарушений и последствий ацидоза, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. В этой связи в комплексную терапию необходимо включение антиагрегантов (курантил, тромбо-асс, кардиомагнил), метаболической терапии с включением витаминотерапии с содержанием активных фолатов и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, а также системной энзимотерапии.

Кроме того, традиционно в комплексе прегравидарной подготовки показана физиотерапия, задача которой при хроническом эндометрите заключается в улучшении гемодинамики и микроциркуляции органов малого таза, стимуляции функции рецепторов, ускорении процессов регенерации эндометрия. Чаще всего используется электроимпульсная терапия, интерференционные токи, магнитное поле низкой частоты, лазеротерапия, а также ИРТ.

Следующим этапом прегравидарной подготовки является проведение гормонального лечения с применением низкодозированных оральных контрацептивов или циклической гормонотерапии эстрогенами в сочетании с гестагенами с целью усиления процессов пролиферации и создания должной секреторной трансформации эндометрия. Учитывая нарушение рецептивной активности при хроническом эндометрите, что клинически нередко проявляется недостаточностью лютеиновой фазы, патогенетически обосновано назначение дидрогестерона, как прогестагена с исключительно высокой селективностью к рецепторам прогестерона. Кроме того дидрогестерон обеспечивает выраженное иммуномодулирующее действие, уменьшая цитотоксичность НК-клеток и уровня провоспалительных цитокинов, таким образом создавая оптимальные условия для имплантации и вынашивания беременности.

В целом схема прегравидарной подготовки представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Прегравидарная подготовка при инфекционном генезе невынашивания беременности

1 этап	Элиминация инфекционного агента Антибактериальная терапия с 1 дня менструального цикла (джозамицин, моксифлоксацин, метронидазол и др.)
	Профилактика кандидоза (флуконазол-150, дважды)
	Имуномодулирующая и интерферонкорректирующая терапия (системная - неовир, виусид, виферон и др.; локальная – эпигентим спрей)
2 этап	Восстановление нормоценоза влагалища и кишечника (эубиотики, хилак-форте) после элиминации инфекции
3 этап	Восстановление морфофункционального потенциала эндометрия
	Метаболическая, энзимотерапия (Элевит+фолацин, омега-3-ПНЖК, вобензим)
	НМГ, дезагреганты (кардиомагнил, тромбоасс, фраксипарин)
	Физиолечение с 5-15 день менструального цикла (интерференционные токи, лазеротерапия, низкочастотная магнитотерапия), ИРТ.
	ЦГТ (прогинова с 1-15 день цикла, дидрогестерон с 16-26 день цикла)

Таким образом, прегравидарная подготовка у женщин с инфекционным генезом невынашивания беременности должна быть комплексной, основываться на патогенетических принципах развития воспалительного процесса

в матке и иметь методологическую направленность на нормализацию структуры и функции эндометрия и улучшение его рецептивности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. - М: «Триада-Х», - 2002. – 304 с.
2. Аимбетова А.Р. Прогнозирование и профилактика неразвивающейся беременности I триместра // автореф. дис. д.м.н., 2010.
3. Степанян Л.В., Синчихин С.П., Мамиев О.В. Неразвивающаяся беременность: этиология, патогенез // Астраханский медицинский журнал. - 2011., - №3. - Т. 6.

REFERENCES

1. Sidelnikova V.M. Privyichnaya poterya beremennosti. - M: «Triada-H», - 2002. – 304 s.
2. Aimbetova A.R. Prognozirovanie i profilaktika nerazvivayuscheysya beremennosti I trimestra // avtoref. dis. d.m.n., 2010.
3. Stepanyan L.V., Sinchihin S.P., Mamiev O.V. Nerazvivayuschayasya beremennost: etiologiya, patogenez // Astrahanskiy meditsinskiy zhurnal. - 2011., - #3. - T. 6.

SUMMARY**MODERN ASPECTS OF PREGRAVID PREPARATION IN CASE OF MISCARRIAGE OF INFECTIOUS****N.M. Mamedaliyeva, G.N. Moshkalova, A.M. Saparaliyeva**Asfendiyarov Kazakh National medical university
Kazakhstan, Almaty

The article discusses aspects of the phased pregravid preparation of women with infectious genesis of miscarriage. An algorithm of pregravid preparation is presented, including the I stage of elimination of the infectious agent using broad-spectrum antibiotics with a high ability to penetrate into the biofilm; at stage II - the appointment of rehabilitation therapy, aimed at correcting dysbiotic processes, vagina and intestines, and at stage III - restoring endometrial morphofunctional transport.

Key words: *pregravid preparation, miscarriage, chronic endometritis, microbial biofilms.*

ТҮЙІНДЕМЕ**ЖҮКТІЛІКТІҢ АЛДЫН-АЛА ДАЙЫНДАЛУЫНЫҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ
ЖҰҚПАЛЫ ТУЫЛУ ЖҮКТІЛІГІ****Н.М. Мамедалиева, Г.Н. Мошқалова, А.М. Сапаралиева**С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
Қазақстан, Алматы

МРНТИ 76.03.31

УСПЕШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ В ПРОГРАММАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИОНОФОРА КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОТСУТСТВИЕМ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В ПРЕДЫДУЩИХ ПРОГРАММАХ ИКСИ С НОРМОСПЕРМИЕЙ

М.П. Яхьярова, Л.А. Бадельбаева

Институт репродуктивной медицины
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

В данной работе приведены данные об успешных беременностях и родах после применения ионофора кальция для активации ооцитов при нормозооспермии у пациентов с отсутствием оплодотворения в предыдущих программах с применением метода интрацитоплазматической инъекции. Приведены теоретические и практические обоснования применения данного метода.

Ключевые слова: интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит (ИКСИ), экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), ионофор кальция, активация ооцита.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – выработка программы лечения с применением ионофора кальция А23187 для того, чтобы достичь более высоких результатов при проведении программ ЭКО с применением метода интрацитоплазматической инъекции.

Вероятность того, что оплодотворение не произойдет у супружеских пар с идиопатическим фактором бесплодия, проходящих программы классического метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), составляет от 10 до 23%. Преодолеть эту проблему позволяет использование метода интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в ооцит (ИКСИ) [1-3]. Применение метода ИКСИ позволяет получить более 70% оплодотворения из всех проинъецированных зрелых ооцитов [4,5]. Однако даже при хороших параметрах спермы, и несмотря на усовершенствование метода ИКСИ отсутствие оплодотворения в этих программах встречается у 2-3 % супружеских пар [6,7].

Основной причиной неудачного оплодотворения в этом случае является неспособность яйцеклетки завершить полную активацию для старта трансляционного этапа биосинтеза белка и образования зиготы. Активация яйцеклетки обуславливается значительным увеличением концентрации внутриклеточного кальция. Полная активация ооцитов представляет сложный процесс взаимодействия сперматозоида с яйцеклеткой, где начальный импульс активации несет сам сперматозоид [7,8].

Авторами установлено, что для успеха ИКСИ важным фактором является качество самих ооцитов, которое, несомненно, зависит от репродуктивного возраста пациентки, но имеется и множество других причин. Таким образом, возраст пациентки не всегда может служить фактором, определяющим успех ВРТ. Важную роль могут играть индивидуальные особенности пациентки: перенесенные заболевания, оперативные вмешательства, такие

как односторонняя аднексэктомия, тубэктомия, резекции яичников и другие. Следствием перенесенных заболеваний, любых операций на органах малого таза может быть нарушение кровообращения яичников, что напрямую влияет на качество, а также количество фолликулов и, соответственно, ооцитов [9-11].

Поиск оптимального решения для улучшения результативности клинической практики ЭКО очень актуален. При отсутствии оплодотворения в предыдущих программах с использованием метода ИКСИ хочется отметить применение метода дополнительной искусственной активации ооцитов. На сегодняшний день существуют разные виды искусственной активации в ЭКО+ИКСИ программах, например, электрическая, механическая и химическая. Наиболее распространённый химический метод – применение ионофора кальция А23187. Некоторые исследователи продемонстрировали значительное увеличение числа оплодотворенных яйцеклеток после ИКСИ при использовании метода искусственной активации [12-14].

Теоретическое обоснование применения ионофора кальция

В ооцитах млекопитающих внутриклеточное увеличение количества кальция является сигналом, о возобновлении мейоза и начале развития эмбриона. Этот процесс играет важную роль при оплодотворении. Высказано предположение о том, что сперма обеспечивает наличие растворимого фактора, который высвобождается в цитоплазму яйцеклетки при слиянии спермы и яйцеклетки. Сперма содержит специфическую фосфолипазу С, PLC-дзета, которая присутствует при достаточной концентрации для индуцирования выделения кальция в ооците [15].

Многие исследования показали, что искусственная активация ооцитов с ионофором кальция может увели-

чить количество внутриклеточного кальция, что будет имитировать физиологические клеточные сигнальные механизмы, которые приводят к активации ооцита [12-14].

Не так давно Nasr-Esfahani et al. сообщили, что АОА с иономицином может улучшить качество оплодотворения и увеличить скорость расщепления у пациентов с тератозооспермией.

В сообщениях Telia Eldar-Geva и из Университета Нагив (Израиль) также было отмечено, что при применении ионофора кальция были получены успешные беременности и роды после предыдущих провальных программ и при бесплодии неясного генеза [7]. Имеются сообщения об успешном оплодотворении и подтвержденных беременностях в случае 100% глобозооспермии при применении активации ооцитов с помощью ионофора кальция после применения метода ИКСИ [16, 17].

Программа лечения с применением ионофора кальция

Для выработки программы лечения в ИРМ была создана консилиумная рабочая группа, которая включала репродуктолога, ведущего программу, эмбриологов и самих пациентов. Основываясь на обзоре вышеприведенных тематических исследований и научных работ и по результатам анализа диагностических и клинических сведений о пациентах, была выработана комплексная программа лечения с применением ионофора кальция. Пациенты подписали информированное согласие на использование данной методики. Программа лечения должна была учитывать овариальный резерв па-

циентки и гарантировать отсутствие побочных последствий искусственной активации на последующее развитие эмбриона, что было основным фактором, говорящим в пользу применения ионофора кальция. Плановая программа лечения представляла реализацию следующих процедур:

1. Стимуляция суперовуляции пациенток с применением агонистов.
2. Подготовка сперматозоидов к программе ИКСИ.
3. Получение ооцитов и их подготовка к процедуре ИКСИ.
4. Искусственная активация ооцитов с использованием ионофора кальция А 123.
5. Инкубирование эмбрионов.
6. Анализ и отбор эмбрионов на перенос в полость матки.
7. Подсадка эмбрионов.
8. Диагностика беременности пациентки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Программы с использованием кальция ионофора проводилось у 3 супружеских пар с 100% отсутствием оплодотворения в предыдущих неудачных циклах ЭКО+ИКСИ. Проинъецированные ооциты промывали средой для культивирования, которая содержала 5 мкмоль ионофора кальция и инкубировали в течение 5 минут. Затем ооциты снова промывали средой для культивирования и инкубировали в инкубаторах при 37 °С в 6% CO₂.

В таблицах 1 и 2 приведены средние показатели спермограмм и морфологии сперматозоидов у супругов, а также показатели полученных ооцитов.

Таблица 1 - Средние показатели параметров спермограмм.

Средний возраст мужчин	Объем эякулята	Количество сперматозоидов в 1 мл, %	% активно подвижных сперматозоидов	Морфология сперматозоидов
37,3	2,4	42,7	47,3	12,2

Таблица 2 - Средние показатели полученных ооцитов.

Средний возраст женщин	Количество аспирированных ооцитов	Количество зрелых ооцитов на стадии МП	Количество нормально оплодотворенных ооцитов
33	12	10	7

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После стимуляции яичников и извлечения было получено 30 зрелых ооцитов, для них была проведена программа интродитоплазматической инъекции сперматозоидом. 21 ооцит был оплодотворен, что составило 63,6 % из всех проинъецированных ооцитов. В общей сложности 6 ооцитов (20%) не показали признаков оплодотворения, 3 ооцита были дегенерированы и вследствие

этого исключены из исследования. Культивирование эмбрионов проводилось в инкубаторах при температуре 37° с применением 6% CO₂. Перенос эмбрионов в полость матки был произведен на 5 сутки во всех трех программах. Беременности были подтверждены положительным тестом на ХГЧ и наличием сердцебиения на УЗИ.

В итоге у двух супружеских пар были рождены здоровые девочки весом 2 290 гр и 3 100 гр. У третьей женщи-

ны здоровый мальчик весом 2990 гр. был извлечен путем кесарева сечения.

ВЫВОДЫ

1. Активация ооцитов ионофором кальция благоприятно влияет на вероятность оплодотворения у пациентов, которые не имели оплодотворения в предыдущих программах ИКСИ.

2. Нельзя исключать возможность того, что у мужчин был дефектный, связанный со спермой фактор активации ооцита, из-за которого активация ооцита не происходила,

хотя показатели спермограммы и морфология сперматозоидов у данных пациентов могли быть нормальны.

3. Случаи, свидетельствующие о том, что клинические беременности и роды были получены после искусственной активации зрелых ооцитов с ионофором кальция в циклах ИКСИ, говорят об эффективности данного метода для пациентов с отсутствием оплодотворения в предыдущих программах ИКСИ. Необходимы дальнейшие исследования и усовершенствования применения данной методики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI, Sattar MA, Amin YM. Intracytoplasmic sperm injection and conventional in vitro fertilization for sibling oocytes in cases of unexplained infertility and borderline semen. *J Assist Reprod Genet* 1996;13:38–42.
2. Ruiz A, Remohi J, Minguez Y, Guanes PP, Simon C, Pellicer A. The role of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in couples with unexplained infertility after failed intrauterine insemination. *Fertil Steril* 1997;68:171–3.
3. Hershlag A, Paine T, Kvapil G, Feng H, Napolitano B. In vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection split: an insemination method to prevent fertilization failure. *Fertil Steril* 2002;77:229–32
4. Tarlatzis BC, Bili H. Intracytoplasmic sperm injection. Survey of world results. *Ann NY Acad Sci* 2000;900:336–44.
5. Van Steirteghem A, Nagy P, Joris H, Janssenswillen C, Staessens C, Verheyen G, et al. Results of intracytoplasmic sperm injection with ejaculated, fresh and frozen-thawed epididymal and testicular spermatozoa. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:134–42
5. Van Steirteghem A, Nagy P, Joris H, Janssenswillen C, Staessens C, Verheyen G, et al. Results of intracytoplasmic sperm injection with ejaculated, fresh and frozen-thawed epididymal and testicular spermatozoa. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:134–42
6. Liu J, Nagy Z, Joris H, Tournaye H, Devroey P, Van Steirteghem A. Successful fertilization and establishment of pregnancies after intracytoplasmic sperm injection in patients with globozoospermia. *Hum Reprod* 1995;10:626–9.
7. Flaherty SP, Payne D, Matthews CD. Fertilization failures and abnormal fertilization after intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:155–64.
7. Nast-Esfahani, M. H., Deemed, M. R., Tavalae, M. Artificial oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection. Copyright 2010 American Society for Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc.
8. Rybouchkin AV, Van der Straeten F, Quatacker J, De Sutter P, Dhont M. Fertilization and pregnancy after assisted oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection in a case of round-headed sperm associated with deficient oocyte activation capacity. *Fertil Steril* 1997; 68:1144–7.
9. Van Steirteghem, A. C., Nagy, Z., Joris, H. et al. 1993. High fertilization rates after intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction*, 8:1061–6.
10. Sousa, M. and Tesarik, J. 1994. Ultrastructural analysis of fertilization failure after intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction*, 9: 2374 – 2380.
11. Rolland, M., Le Moal, J., Wagner, V., Royere, D. and De Mouzon J. 2012. Decline in semen concentration and morphology in a sample of 26 609 men close to general population between 1989 and 2005 in France. *Human Reproduction*, 28 (2): 462 – 470.
12. Tesarik J, Sousa M. More than 90% fertilization rates after intracytoplasmic sperm injection and artificial induction of oocyte activation with calcium ionophore. *Fertil Steril* 1995;63:343–9.
13. Adams CA, Anderson LS, Wood SH. Activation of human oocytes using calcium ionophore after ICSI increases fertilization and number of embryos for couples with low ICSI fertilization rates. Abstracts of the 15th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology. Tours, France. [abstract no. O-059]. *Hum Reprod* 1999;14:32
14. Tesarik J. Oocyte activation after intracytoplasmic sperm injection of mature and immature sperm cells. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:117– 27.
15. Rybouchkin AV, Van der Straeten F, Quatacker J, De Sutter P, Dhont M. Fertilization and pregnancy after assisted oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection in a case of round-headed sperm associated with deficient oocyte activation capacity. *Fertil Steril* 1997; 68:1144–7.
16. Stone S, O'Mahony F, Khalaf Y, Taylor A, Braude P. A normal livebirth after intracytoplasmic sperm injection for globozoospermia without assisted oocyte activation: case report. *Hum Reprod* 2000;15: 139–41
17. Zeyneloglu HB, Baltaci V, Duran HE, Erdemli E, Batioglu S. Achievement of pregnancy in globozoospermia with Y chromosome microdeletion after ICSI: case report. *Hum Reprod* 2002;17:1833–6

REFERENCES

1. Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI, Sattar MA, Amin YM. Intracytoplasmic sperm injection and conventional in vitro fertilization for sibling oocytes in cases of unexplained infertility and borderline semen. *J Assist Reprod Genet* 1996;13:38–42.
2. Ruiz A, Remohi J, Minguez Y, Guanes PP, Simon C, Pellicer A. The role of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in couples with unexplained infertility after failed intrauterine insemination. *Fertil Steril* 1997;68:171–3.
3. Hershlag A, Paine T, Kvapil G, Feng H, Napolitano B. In vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection split: an insemination method to prevent fertilization failure. *Fertil Steril* 2002;77:229–32
4. Tarlatzis BC, Bili H. Intracytoplasmic sperm injection. Survey of world results. *Ann NY Acad Sci* 2000;900:336–44. 5. Van Steirteghem A, Nagy P, Joris H, Janssenswillen C, Staessens C, Verheyen G, et al. Results of intracytoplasmic sperm injection with ejaculated, fresh and frozen-thawed epididymal and testicular spermatozoa. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:134–42
5. Van Steirteghem A, Nagy P, Joris H, Janssenswillen C, Staessens C, Verheyen G, et al. Results of intracytoplasmic sperm injection with ejaculated, fresh and frozen-thawed epididymal and testicular spermatozoa. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:134–42
6. Liu J, Nagy Z, Joris H, Tournaye H, Devroey P, Van Steirteghem A. Successful fertilization and establishment of pregnancies after intracytoplasmic sperm injection in patients with globozoospermia. *Hum Reprod* 1995;10:626–9. 7. Flaherty SP, Payne D, Matthews CD. Fertilization failures and abnormal fertilization after intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:155–64. .
7. Nast-Esfahani, M. H., Deemed, M. R., Tavalae, M. Artificial oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection. Copyright 2010 American Society for Reproductive Medicine. Published by Elsevier Inc.
8. Rybouchkin AV, Van der Straeten F, Quatacker J, De Sutter P, Dhont M. Fertilization and pregnancy after assisted oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection in a case of round-headed sperm associated with deficient oocyte activation capacity. *Fertil Steril* 1997; 68:1144–7.
9. Van Steirteghem, A. C., Nagy, Z., Joris, H. et al. 1993. High fertilization rates after intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction*, 8:1061-6.
10. Sousa, M. and Tesarik, J. 1994. Ultrastructural analysis of fertilization failure after intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction*, 9: 2374 – 2380.
11. Rolland, M., Le Moal, J., Wagner, V., Royere, D. and De Mouzon J. 2012. Decline in semen concentration and morphology in a sample of 26 609 men close to general population between 1989 and 2005 in France. *Human Reproduction*, 28 (2): 462 – 470.
12. Tesarik J, Sousa M. More than 90% fertilization rates after intracytoplasmic sperm injection and artificial induction of oocyte activation with calcium ionophore. *Fertil Steril* 1995;63:343–9.
13. Adams CA, Anderson LS, Wood SH. Activation of human oocytes using calcium ionophore after ICSI increases fertilization and number of embryos for couples with low ICSI fertilization rates. Abstracts of the 15th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology. Tours, France. [abstract no. O-059]. *Hum Reprod* 1999;14:32
14. Tesarik J. Oocyte activation after intracytoplasmic sperm injection of mature and immature sperm cells. *Hum Reprod* 1998;13 Suppl 1:117– 27.
15. Rybouchkin AV, Van der Straeten F, Quatacker J, De Sutter P, Dhont M. Fertilization and pregnancy after assisted oocyte activation and intracytoplasmic sperm injection in a case of round-headed sperm associated with deficient oocyte activation capacity. *Fertil Steril* 1997; 68:1144–7.
16. Stone S, O'Mahony F, Khalaf Y, Taylor A, Braude P. A normal livebirth after intracytoplasmic sperm injection for globozoospermia without assisted oocyte activation: case report. *Hum Reprod* 2000;15: 139–41
17. Zeyneloglu HB, Baltaci V, Duran HE, Erdemli E, Batioglu S. Achievement of pregnancy in globozoospermia with Y chromosome microdeletion after ICSI: case report. *Hum Reprod* 2002;17:1833–6

SUMMARY

SUCCESSFUL PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN PROGRAMS USING CALCIUM IONOPHORE, IN PATIENTS WITH A LACK OF FERTILIZATION IN PREVIOUS PROGRAMS BY INTRACYTOPLASMATIC SPERM INJECTION WITH NORMOZOOSPERMIA**M. P. Yakhyarova, L.A. Badelbaeva**Institute of Reproductive Medicine
Kazakhstan, Almaty

The lack of fertilization is the biggest problem in assisted reproduction technology. The main causes of fertilization failure in conventional IVF are low sperm count and sperm morphology. However, in 2–3% of cycles using ICSI programs, with normal spermogram values and normal sperm morphology, there is a complete or partial absence of fertilization of mature oocytes. The main reason is the lack of activation of the oocyte during fertilization.

The purpose of this work is to report on successful pregnancies and deliveries after the application of calcium ionophore to activate oocytes with normozoospermia in patients with no fertilization in previous programs using the intracytoplasmic injection method (ICSI). The theoretical and practical substantiations of the application of this method are given.

Key words: *Intracytoplasmic sperm injection into the oocyte (ICSI), In vitro fertilization (IVF), calcium ionophore, oocyte activation.*

ТҮЙІНДЕМЕ

КАЛЬЦИЙ ИОНОФОРЫН КОЛДАНАТЫН БАҒДАРЛАМАЛАРДА ТАБЫСТЫ ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ, БҰРЫН ICSI БАҒДАРЛАМАЛАРЫНДА ҰРЫҚТАНДЫРУ БОЛМАҒАН НАУҚАСТАРДА, НОРМОСПЕРМЕРМИЯМЕН**М.П. Яхьярова, Л.А. Бадельбаева**Репродуктивті медицина институты
Қазақстан, Алматы

Ұрықтанудың жетіспеушілігі көмекші өсіру технологиясындағы ең үлкен мәселе болып табылады. Дәстүрлі ЭҚҰ-да ұрықтандырудың сәтсіздіктерінің негізгі себептері - шәует санының және шәует морфологиясының төмендігі. Алайда ICSI бағдарламаларын пайдаланатын циклдардың 2-3% -ында, қалыпты шәует-маңызы және қалыпты сперматозоидтық морфологиясы бар, піскен ооциттердің ұрықтандырудың толық немесе ішінара болмауы. Негізгі себеп - ұрықтандыру кезінде ооцит белсенділігінің болмауы.

Бұл жұмыстың мақсаты интритоплазмалық инъекция әдісімен (ICSI) бұрынғы бағдарламаларда ұрықсыздандырылмаған науқастарда ноздозооспермиямен ооциттерді белсендіру үшін кальций ионофорын қолданудан кейін табысты жүктілік пен жеткізу туралы хабарлау. Осы әдісті қолданудың теориялық және практикалық негіздемесі келтірілген.

Түйін сөздер: *иноцитоплазмалық сперматозды ооцитке инъекция (ICSI), In vitro ұрықтандыру (IVF), кальций ионофоры, ооцит белсендіру.*

МРНТИ 76.29.48

УДК 618.15:579.26:618.177-071[618.12-007.274+616.38]

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

О.В. Багатько

Медицинский центр «Мати та дитина»
Украина, Киев

АННОТАЦИЯ

Целью данного исследования было изучение состояния микробиоценоза влагалища у женщин с трубноперитонеальным бесплодием.

Была обследована 121 пациентка с трубноперитонеальным бесплодием, обратившаяся для лечения методами ВРТ и 50 гинекологически здоровых женщин. Для выявления состояния вагинального микробиоценоза методом комплексной количественной полимеразной цепной реакции с использованием системы «Фемофлор-скрин».

Изучение спектра биоценоза влагалища у женщин с бесплодием трубно-перитонеального характера показало, что концентрация лактобактерий в вагинальном биотопе у данной категории женщин меньше чем у здоровых; изменения спектра условно патогенной микрофлоры в микробиоценозе урогенитального тракта приводят к формированию у женщин с бесплодием дисбиоза с преобладанием *Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas* spp., *Eubacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp. и *Enterobacterium* spp.; *Ureaplasma* (*urealiticum* + *parva*) выявляется почти у каждой пятой пациентки, а грибы рода *Candida* spp. - у каждой третьей.

У большинства женщин с трубно-перитонеальным бесплодием имеется нарушение микробиоценоза влагалища, которые нужно корректировать для повышения эффективности лечения и снижения количества осложнений течения беременности.

Ключевые слова: трубноперитонеальное бесплодие, микробиоценоз, воспалительный процесс

ВВЕДЕНИЕ

Бесплодие – одна из самых актуальных проблем современной медицины, так как данной патология широко распространена. Частота бесплодных браков в популяции по данным разных авторов колеблется от 10 до 30% [1,2,3]. Причиной бесплодных браков в 40-50% случаев является патология репродуктивной системы у одного из партнеров, реже: в 25-30% у обоих [4]. Заболевания труб в структуре женского бесплодия составляют от 29,5% до 83% [5].

20 % пациенток имеют спаечные процессы в малом тазу и бесплодие, спайки являются «постинфекционными» при отсутствии других причин их формирования [6,7]. В зависимости от вида возбудителя, исход воспалительного процесса с большей или меньшей частотой может сопровождаться возникновением спаечного процесса и разной его выраженностью. По мнению некоторых авторов, воспалительные заболевания органов малого таза в настоящее время являются наиболее частым микробным фактором, вызывающим формирование перитубарных, перивариальных пленчатых спаек в малом тазу, который в 36-55% наблюдений приводит к бесплодию [8]. Биотоп влагалища является барьером для проникновения экзогенной инфекции или размножения эндогенной.

Целью данного исследования было изучение особенностей микробиоценоза влагалища у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи было проведено обследование 121 женщины репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным бесплодием (группа I), обратившихся для его лечения методами ВРТ и 50 гинекологически здоровых женщин (II группа). Обследование включало: полное клинико-лабораторное, гормональное и инструментальное обследования.

Критериями включения в исследование были: возраст женщины – от 18 до 35 лет, наличие исключительно трубно-перитонеального фактора бесплодия; отсутствие мужского фактора бесплодия; отсутствие тяжелых соматических заболеваний, которые могут влиять на результаты стимуляции овуляции; отсутствие патологии эндометрия, которая может влиять на процессы имплантации эмбриона; АМГ 3,5 нг / мл; первый цикл ЭКО. Критерии исключения из исследования были следующие: отказ пациенток от участия в исследовании; выявление при обследовании острых или подострых форм воспалительных заболеваний органов малого таза или ИППП; синдром поликистозных яичников; наличие противопоказаний к использованию любого из препаратов, которые используются в циклах стимуляции, или аллергия на них; менее 4 и более 15 антральных фолликулов.

Для выявления состояния вагинального микробиоценоза методом комплексной количественной полимеразной цепной реакции с использованием системы

«Фемофлор-скрин» (Россия) [9,10]. Возможность сравнения количества лактобацилл с общим количеством бактерий позволяла оценить выраженность нарушений уровня нормофлоры, а также определить этиологическое значение микроорганизмов в развитии дисбиоза влагалища и степени его выраженности в каждом конкретном случае. При проведении анализа определяли общую бактериальную массу (ОБМ), количество лактобацилл (ЛБ), анаэробов, аэробов, уреоплазм, грибов рода *Candida*, микоплазм. Степень обсемененности вагинального секрета в бланках результатов представлялась логарифмической зависимостью.

Оценку состояния вагинального микробиоценоза проводили в соответствии с градациями фирмы-разработчика: нормоценоз, умеренный аэробно-анаэробный дисбаланс, выраженный аэробно-анаэробный дисбаланс, аэробный дисбаланс, анаэробный дисбаланс.

Возраст женщин, обратившихся для лечения бесплодия был в пределах от 26 до 35 лет и в среднем составил $28,65 \pm 0,24$ в I группе. С целью возможности сравне-

группе Lg10 ОБМ составил $6,24 \pm 0,12$, тогда как у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием – $6,85 \pm 0,08$ ($p < 0,05$) (рис. 1).

В контрольной группе средний показатель Lg10ЛБ составил $6,24 \pm 0,12$, тогда как у пациенток основной группы – $5,16 \pm 0,29$ ($p < 0,05$). Относительный показатель вагинальной нормобиоты у пациенток контрольной группы по данным количественной ПЦР в среднем равен 0, тогда как в группе I был $1,33 \pm 0,46$ ($p < 0,05$).

В урогенитальном микробиоценозе пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием среди условнопатогенной микрофлоры (УПМ) преобладали *Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas* spp. (LG10УПМ $3,12 \pm 0,24$); *Eubacterium* spp. (LG10УПМ $2,19 \pm 0,29$); *Candida* spp. (LG10УПМ $2,25 \pm 0,27$) и *Enterobacterium* spp. (LG10УПМ $1,47 \pm 0,19$).

Ureaplasma (*urealiticum* + *parva*) выявлялись у пациенток I группы в 15,70% ($p < 0,05$), в диагностически значимых концентрациях - в 10,74% ($p < 0,05$). Абсолют-

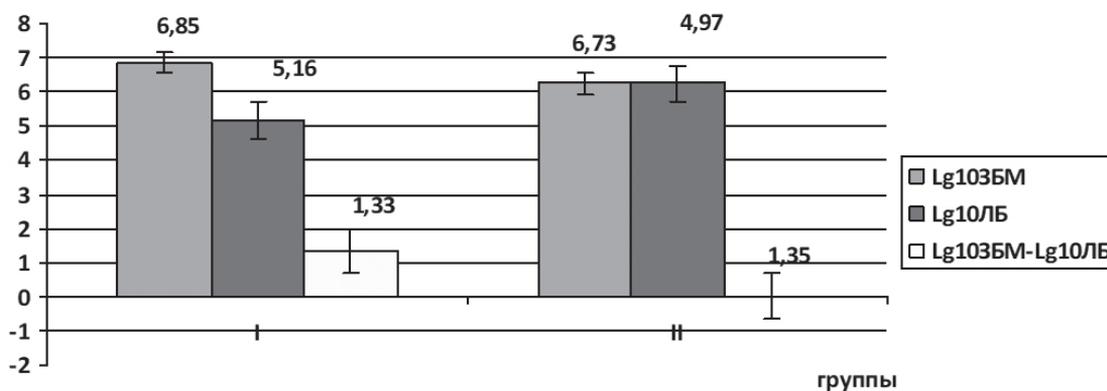


Рисунок 1 - Распределение ОБМ (Lg10 ОБМ) и лактобактерий (Lg10ЛБ) и относительной оценки нормобиоты (Lg10 ОБМ - Lg10 ЛБ) у женщин исследуемых групп

ния данных в контрольную группу отбирались женщины того же возраста. Итак, возраст обследованных во II группе составил $28,97 \pm 0,56$ лет и достоверно не отличался от этого показателя в основной и группе сравнения ($p < 0,05$). Большинство женщин были жительницами города, служащими с высшим образованием.

Обработку данных проводили с использованием методов вариационной статистики, критерия χ^2 -критерия и точного критерия Фишера.

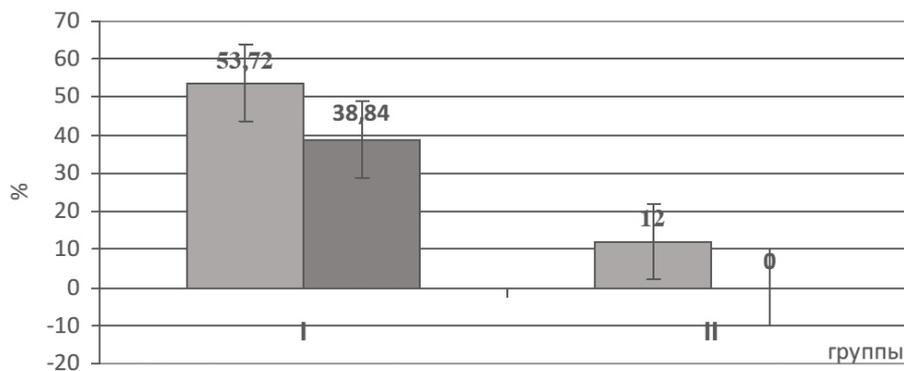
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение микробиоценоза влагалища проводили в цикле, предшествовавшем лечебному, и при выявлении нарушений проводили его коррекцию. При анализе общей бактериальной массы (ОБМ) в вагинальном биотопе с помощью комплексной количественной ПЦР в режиме реального времени было выявлено, что в контрольной

группе концентрации в микробиоте влагалища *Ureaplasma* (*urealiticum* + *parva*) у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием составили в группе I $0,89 \pm 0,23$.

Грибы рода *Candida* spp. выявлялись у обследованных пациенток в 53,72%, а в контрольной группе - у 12,00% ($p < 0,05$); соответственно в диагностически значимых концентрациях - в 38,84% и 0% ($p < 0,05$). Абсолютные концентрации в микробиоте влагалища *Candida* spp. у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием были в I группе $2,45 \pm 0,32$, тогда как во II группе - $0,32 \pm 0,19$ ($p < 0,05$) (рис. 2).

Изменения частоты встречаемости и спектра УПМ в микробиоценозе урогенитального тракта обследованных. Надо отметить, что более чем у половины женщин был зарегистрирован выраженный дисбиоз (в 60,33%; рис. 3). В 22,31% диагностирован анаэробный дисбиоз и 56,2% - аэробно-анаэробный. При этом не было ни одного случая аэробного дисбиоза.



■ Наличие *Candida spp.* ■ Наличие *Candida spp.* в диагностически значимых концентрациях

Рисунок 2 - Общее наличие и наличие в диагностически значимых концентрациях *Candida spp.* в урогенитальной микрофлоре женщин исследуемых групп.

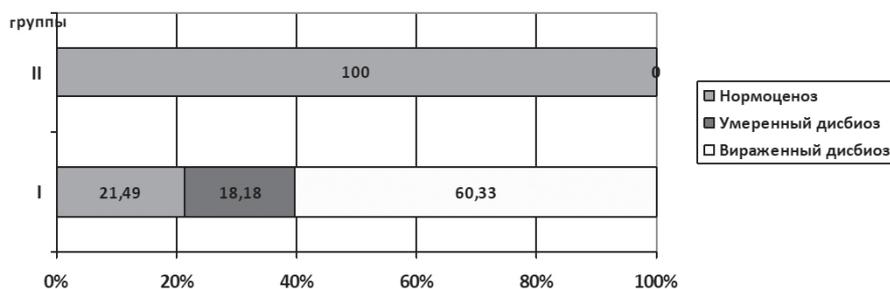


Рисунок 3 - Распределение состояний биоценоза урогенитального тракта женщин обследованных групп.

Таким образом, изучение спектра биоценоза влагалища у женщин с бесплодием трубно-перитонеального характера показало, что:

- концентрация лактобактерии в вагинальном биотопе в данной категории женщин меньше чем у здоровых женщин;

- изменения спектра УПМ в микробиоценозе урогенитального тракта приводят к формированию у женщин с бесплодием дисбиоза с преобладанием *Gardnerella vaginalis*/*Prevotella bivia*/*Porphyromonas spp.*, *Eubacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.* и *Enterobacterium spp.* ;

- *Ureaplasma (urealiticum + parva)* выявляется почти у каждой пятой пациентки, а грибы рода *Candida spp.* - у каждой третьей.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты современных исследований позволяют характеризовать вагинальную микроэкосистему как весьма динамичную и многокомпонентную по видовому составу [8]. У здоровых женщин репродуктивного возраста во влагалищной среде доминируют лактобациллы, составляющие 95–98% биотопа [11]. При снижении лактобацилл по тем или иным причинам происходит размножение условнопатогенной микрофлоры. Частота

распространенности уреоплазменной инфекции среди гинекологических больных, составляет 50-55% случаев [12], что соответствует полученным в нашем исследовании данным.

При нарушении микрофлоры развивается дисбиоз. По мнению некоторых исследователей дисбиоз влагалища можно рассматривать как начальный этап формирования эндогенной инфекции [13]. Из осложнений, в первую очередь, обращает внимание нарушение фертильности в виде трубно-перитонеальной, эндокринной и маточной ее форм [13].

Таким образом, своевременное выявления и коррекция нарушений микробиоценоза влагалища может предупредить или повысить эффективность лечения бесплодия.

ВЫВОДЫ

У большинства женщин с трубно-перитонеальным бесплодием есть нарушения микробиоценоза влагалища, которые нужно корректировать для повышения эффективности лечения и снижения количества осложнений течения беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Палыга И.Е. Здоровье женщины. 2013.8 (84);164-166.
2. Гьюдайс Л.С. Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30-32.
3. Баскаков В.П. Проблемы репродукции. 2005. 2;15-18.
4. Клиническая практика в репродуктивной медицине: К49, руководство для врачей/ /Под редакцией: доктора медицинских наук, профессора, члена-корр. НАН РК В.Н. Локшина и директора Института репродуктивной медицины, кандидата медицин-ских наук Т.М. Джусубалиевой. - Алматы: MedMedia Казахстан, - 2015. - 464 с.
5. Бабенко І.В. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. К.: «По-ліграф плюс», 2013.18-19.
6. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М. Венцовського, Г.К.Степанківської, М.Є Яроцького). К.: ВСВ Медицина, 2011. 422 с.
7. Медведев М.В. Здоровье женщины. 2015. 3 (99); 42-46.
8. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье: Учеб.пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. -М.: РУДНб 2011.-727 с.
9. Метод діагностики бактеріального вагінозу за допомогою комплексної кількісної полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу (Методичні рекомендації) /А.В. Чайка, О.М. Носенко, О.І. Остапенко, Л.В. Суслікова, В.В. Подольський, Г.В. Рутинська. Київ, 2010. 24 с.
10. Фемофлор. Урогенитальные инфекции, обусловленные условно-патогенной биотой у женщин репродуктивного возраста (клинико-лабораторная диагностика): Пособие для врачей / [Е.В. Липоева, М.Н. Болдырева, Д.Ю. Трофимов, Ю.Г. Витвицкая]. М.:ДНК-технологии, 2008. 30 с.
11. Е.Н. Борис, В.В. Суменко, Л.Н. Онищик. Здоровье женщины 2015.5(101);126-132
12. Akhvlediani L. Georgian Med. News. 2012. Vol. 208–209;59–63.
13. Ришук С.В., Мальшева А.А. Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал 2014. 2;9-21

REFERENCES

1. Palyiga I.E. Zdorove zhenschinyi. 2013.8 (84);164-166.
2. Gyudays L.S. Problemyi endokrinologii. – 2009. – # 5. – S. 30-32.
3. Baskakov V.P. Problemyi reproduksii. 2005. 2;15-18.
4. Klinicheskaya praktika v reproduktivnoy meditsine: K49, rukovodstvo dlya vrachey/ /Pod redaktsiey: doktora medi-tsinskih nauk, professora, chlena-korr. NAN RK V.N. Lokshina i direktora Instituta reproduktivnoy meditsinyi, kandidata meditsinskih nauk T.M. Dzhusubalievoy. - Almatyi: MedMedia Kazakhstan, - 2015. - 464 s.
5. Babenko I.V. Zbirnik naukovih prats Asotsiatsiyi akusheriv-ginekologiv Ukraini. K.: «Po-ligraf plyus», 2013.18-19.
6. Ginekologiya: pidruchnik (za red. B.M. Ventskovskogo, G.K.Stepankivskoyi, M.E Yarotskogo). K.: VSV Meditsina, 2011. 422 s.
7. Medvedev M.V. Zdorove zhenschinyi. 2015. 3 (99); 42-46.
8. Radzinskiy V.E. Reproduktivnoe zdorove: Ucheb.posobie / Pod red. V.E. Radzinskogo. -M.: RUDNб 2011.-727 s.
9. Metod dlagnostiki bakterialnogo vaginozu za dopomogoyu kompleksnoyi kilksnoyi polimeraznoyi lantsyugovoYi reaktsiyi v rezhimi realnogo chasu (Metodichni rekomendatsiyi) /A.V. Chayka, O.M. Nosenko, O.I. Ostapenko, L.V. Susllkova, V.V. Podolskiy, G.V. Rutinska. KiYiv, 2010. 24 s.
10. Femoflor. Urogenitalnyie infektsii, obuslovlennyye uslovno-patogennoy biotoy u zhenschin reproduktivnogo vozrasta (kliniko-laboratornaya diagnostika): Posobie dlya vrachey / [E.V. Lipoeva, M.N. Boldyireva, D.Yu. Trofi- mov, Yu.G. Vitvitskaya]. M.:DNK-tehnologii, 2008. 30 s.
11. E.N. Boris, V.V. Sumenko, L.N. Onischik. Zdorove zhenschinyi 2015.5(101);126-132
12. Akhvlediani L. Georgian Med. News. 2012. Vol. 208–209;59–63.
13. Rischuk S.V., Malyisheva A.A. Vserossiyskiy mezhdistsiplinarniy meditsinskiy zhurnal 2014. 2;9-21

SUMMARY

FEATURES OF VAGINA MICROBIOCENOSIS
IN WOMEN WITH TUBOPERITONEAL INFERTILITY

O.V. Bagatko

Medical center «Mati ta ditina»
Ukraine, Kiev

The purpose of this investigation was to study the state of vaginal microbiocenosis in women with tuboperitoneal infertility.

Were examined 121 patients with tuboperitoneal infertility who turned for treatment by ART and 50 gynecologically healthy women. To identify the state of vaginal microbiocenosis was used the method of complex quantitative polymerase chain reaction (Femoflor-screen system).

Investigation of the spectrum of vaginal biocenosis in women with tuboperitoneal infertility showed that the concentration of lactobacillus in the vaginal biotope in this category of women is less than in healthy women; changes in the spectrum of opportunistic microflora in the microbiocenosis of the urogenital tract lead to the formation of dysbiosis in women with infertility with prevalence of Gardnerella vaginalis / Prevotella bivia / Porphiromonas spp., Eubacterium spp., Peptostreptococcus spp. and Enterobacterium spp.; Ureaplasma (urealiticum + parva) is detected in almost every fifth patient, and Candida spp. – in every third.

Author makes the conclusion that most women with tuboperitoneal infertility have a violation of the microbiocenosis of the vagina, which must be adjusted to increase the effectiveness of treatment and reduce the number of complications during pregnancy.

Key words: tuboperitoneal infertility, vaginal microbiocenosis, inflammatory process

ТҮЙІНДЕМЕ

ТҮТІКШЕ- ПЕРИТОНЕАЛЬДІ БЕДЕУЛІГІ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ
ҚЫНАБЫНЫҢ МИКРОБИОЦЕНОЗЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

O.V. Bagatko

«Мати та дитина» медициналық орталығы
Украина, Киев

Зерттеудің мақсаты - түтікше-перитонеальді бедеулігі бар әйелдердің қынабының микробиоценозының жағдайын зерттеу.

Көмекші репродуктивті технологияның әдістерімен емделуге жүгінген түтікше-перитонеальді бедеулігі бар 121 науқас әйел және гинекологиялық тұрғыдан 50 сау әйел тексеруден өтті. Қынап микробиоценозының жағдайын анықтау үшін «Фемофлор-скрин» жүйесімен бірге кешенді сандық полимеразды тізбекті реакция әдісі қолданылды.

Түтікше-перитонеальді бедеулігі бар әйелдердің қынабының биоценоз спектрін зерттеу аталмыш категориядағы әйелдердің қынап биотопында лактобактериялардың шоғырлануы дені сау әйелдерге қарағанда аз екенін көрсетті; несеп-жыныс жолының микробиоценозында шартты патогенді микрофлораның спектрінің өзгеруі бедеулігі бар әйелдерде Gardnerella vaginalis / Prevotella bivia / Porphiromonas spp., Eubacterium spp., Peptostreptococcus spp. және Enterobacterium spp. шоғырланған дисбиозының қалыптасуына алып келеді; Ureaplasma (urealiticum + parva) әр бесінші науқаста, Candida spp. тегінің саңырауқұлақтары әр үшінші науқаста табылды.

Түтікше-перитонеальді бедеулігі бар әйелдердің көпшілігінде қынап микробиоценоз бұзылуы бар. Емдудің тиімділігін арттыру және жүктілік кезінде асқынулар санын азайту үшін оны реттеу қажет.

Түйін сөздер: түтікше-перитонеальді бедеулік, микробиоценоз, қабыну үдерісі

ТЕЗИСЫ

X Международного конгресса

«Современные подходы

к лечению бесплодия.

ВРТ: настоящее и будущее»

MPHTI 76.29.48

UNIQUE CHARACTERISTIC OF ANXIETY AND DEPRESSION AMONG COUPLES UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION TREATMENT

Prof. Dov Feldberg

Helen Schneider Hospital for Women
Rabin Medical Center
Tel Aviv University School of Medicine
Israel, Tel Aviv

Louise Brown, the first IVF baby, was born in England in 1978. Since then about 8 million children were born from treatment of IVF around the world. Tremendous novel developments in the clinical and laboratory aspects were achieved with fantastic increase in the live birth rates from the ART process and reduction of multiple pregnancy rates.

The United Nations declaration of Human Rights from 1987, includes the right to found a family for every woman and men around the world.

In the last twenty years the psychological aspects of ART treatment received a growing attention in the scientific literature. It was shown very clearly that there is an absolute correlation between the psychological conditions of the couples as anxiety, stress, depression and coping problems, with the results of IVF treatments in terms of pregnancies and live birth rates.

Individual and group support teams (composed of gynecologists, psychologists and social workers) started to be very popular in various IVF units around the world. The preventive treatment approach, was based on Cognitive Behavioural Therapy (CBT), relaxation training, differential orientation to infertility and fertility sabbatical permit. The major goals of these treatments are stress reduction with improvement of the IVF treatment results.

Several recent publications investigated a Gender Role Attitude and the quality of life of couples undergoing IVF

treatment. The quality of life parameters were based on Emotional, Mind-Body Relations and Social Factors, which presented that a combined Gender-Role Attitude resulted a better quality of life of the couples undergoing ART treatment.

Global initiatives led by UN, WHO, FIGO and human rights organizations are active in the promotion of low cost IVF in developing countries. A mobile laboratory along with clinical community centers for IVF preparation of patients, were established even in very remote and underdeveloped countries. The main goals of these activities is to lower stress and to solve psycho-social problems of these couples and to fulfill the declaration of human rights that was accepted by UN, many years ago.

Most of the studies dealing with cohorts of couples undergoing IVF treatment indicate that women are significantly more vulnerable to stressful conditions during IVF treatment and should be intensively supported psychologically by a professional team, spouse and close family and friends.

A new phenomenon that should be taken into consideration by reproductive specialists, is the fast growing numbers of trans-gender men and women in the population that need fertility preservation processes, fertility treatments and pregnancy follow-up based on ART therapy. Colossal ethical, legal and psychological problems are involved in the treatment of this cohort of population of infertility patients.

МРНТИ 76.29.48

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БЕСПОКОЙСТВА И ДЕПРЕССИИ У ПАР, ПРОХОДЯЩИХ ПРОЦЕДУРУ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Проф. Дов Фельдберг

Больница для женщин Хелен Шнайдер
Медицинский Центр Рабина
Медицинский факультет Тель-Авивского университета
Израиль, Тель-Авив

Луиза Браун, первый ребенок ЭКО, родилась в Англии в 1978 году. С тех пор около 8 миллионов детей родились посредством проведения процедуры ЭКО во всем мире. Колоссальные новые разработки в клинических и лабораторных аспектах были достигнуты благодаря фантастическому увеличению числа живорожденных детей в результате процесса ВРТ и снижению частоты многоплодной беременности.

Декларация прав человека Организации Объединенных Наций от 1987 года включает в себя право на создание семьи для каждой женщины и мужчины во всем мире.

В последние двадцать лет психологические аспекты проведения ВРТ привлекают все большее внимание в научной литературе. Было очень ясно отмечено, что существует абсолютная корреляция между психологическими состояниями пар, такими как тревожность, стресс, депрессия и проблемы со здоровьем, с результатами процедуры ЭКО с точки зрения беременности и показателей рождаемости.

Индивидуальные и групповые команды поддержки (состоящие из гинекологов, психологов и социальных работников) стали очень популярны в различных подразделениях по проведению процедуры ЭКО по всему миру. Профилактический подход к лечению был основан на когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), обучение релаксации, дифференциальной ориентации на бесплодие и специальное разрешение на биопродуктивность. Основными целями этих методов лечения являются снижение стресса с одновременным улучшением результатов проведения процедуры ЭКО.

В нескольких недавних публикациях исследовалось отношение к гендерной роли и качество жизни пар, проходящих процедуру ЭКО. Параметры качества жизни

были основаны на эмоциональных отношениях, психофизических отношениях и социальных факторах, которые показали, что комбинированное отношение между полами и ролями привело к улучшению качества жизни пар, проходящих процедуру ВРТ.

Глобальные инициативы под руководством ООН, ВОЗ, ФИГО и правозащитных организаций ведут активную работу по продвижению удешевления процедур ЭКО в развивающихся странах. Мобильная лаборатория наряду с клиническими общественными центрами для подготовки пациентов к процедуре ЭКО была создана даже в очень отдаленных и слаборазвитых странах. Основными целями этих мероприятий является снижение стресса и решение психосоциальных проблем этих пар и выполнение декларации прав человека, принятой ООН много лет назад.

Большинство исследований, посвященных группам пар, проходящих процедуру ЭКО, показывают, что женщины значительно более уязвимы к стрессовым состояниям во время проведения процедуры ЭКО и должны интенсивно поддерживаться психологически профессиональной командой, супругом, близкими родственниками и друзьями.

Новое явление, которое следует принимать во внимание специалистам по репродукции, - это быстро растущее количество трансгендерных лиц, мужчин и женщин, в популяции, которые нуждаются в процессах сохранения фертильности, лечения бесплодия и наблюдения за беременностью на основе проведения ВРТ-терапии. Колоссальные этические, юридические и психологические проблемы присутствуют у этих пациентов, если у них диагностировано бесплодие.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬДЫ ҰРЫҚТАНДЫРУ ПРОЦЕДУРАСЫН ӨТШ ЖАТҚАН ЖҰПТАР АРАСЫНДАҒЫ ДЕПРЕССИЯ МЕН МАЗАСЫЗДАНУДЫҢ СИПАТТЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Проф. Дов Фельдберг

Хелен Шнайдер Әйелдерге арналған аурухана
Рабин медициналық орталығы
Тель-Авив университетінің медицина факультеті
Израиль, Тель-Авив

MPHTI 76.29.48

THE MYSTERY AND THE IMPORTANCE OF THE LUTEAL PHASE SUPPORT IN ART

Prof. Dov Feldberg

Helen Schneider Hospital for Women
Rabin Medical Center
Tel Aviv University School of Medicine
Israel, Tel Aviv

Luteal Phase is the time interval between the ovulation and the menstruation or establishment of a new pregnancy.

Progesterone hormone that is secreted from the corpus luteum has a crucial role in establishment and support of early pregnancy.

Progesterone causes vasodilatation in the endometrium, suppresses the immune and inflammatory processes and activates a release of a chain of growth factors in the decidua that support the implantation process of the blastocyst.

Progesterone suppresses uterine contractions during implantation and embryo transfer procedure in IVF.

Controlled Ovarian Hyperstimulation for IVF cycles causes luteal phase deficiency, especially due to the use of GnRH agonists and antagonists.

Without support of the luteal phase by progesterone preparations, there will be an extensive shortening of the luteal phase, with insult of the implantation process of the transferred embryos.

All the comparative studies for the last twenty years indicate the absolute need of the luteal phase support in ART cycles.

The last Cochrane study (Van der Linden 2015) shows definitely the need of the luteal phase support in IVF cycles and concludes that it can be done by HCG injections, oral preparations, injectable or vaginal progesterone administration. It presented a lack of any difference and preference for anyone of the progesterone medications.

The author's conclusion also stresses the risk of OHSS in the treatment of the luteal phase support by HCG injections.

Oral preparations are less effective because of the "First-Pass Liver Effect" and the possible hazard of congenital malformations in the newborns.

Injectable progesterone is very effective and used to be a "Golden Standard" in the previous years but today, according to all the recent studies most women prefer vaginal application of progesterone, because of the pain and inconvenience of the injectable preparations.

Vaginal progesterone is absorbed by the vaginal mucosa as "Uterine-First Pass Effect" and causes diffusion of progesterone molecules between the utero-vaginal veins, lymph vessels and arteries.

It was shown (Zarutskie 2010) that vaginal progesterone reduces significantly the miscarriage rate in ART pregnancies, as compared to the injectable progesterone.

It was presented by several meta analyses that all the preparations of vaginal progesterone present similar results in terms of pregnancy and live birth rates.

A very recent global website study presented that 76% of the patients from 481 IVF units in 82 countries, are using vaginal preparations for the luteal phase support in ART. Last year a patient satisfaction survey was performed in USA and Israel and indicated that 84% of the USA and 67% of the Israeli women prefer the use of Endometrin vaginal inserts over all other vaginal preparations. This specific preparation is the only one that is approved by the FDA for IVF use in American women.

A three-arm study from USA in the current year (Devine 2018) shows very clearly that supplementation of Endometrin with intramuscular progesterone injections in frozen-thawed IVF cycles, increases significantly the pregnancy and live birth rates in this cohort of ART patients.

МРНТИ 76.29.48

ТАЙНА И ВАЖНОСТЬ ПОДДЕРЖКИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ (ВРТ)

Проф. Дов Фельдберг

Хелен Шнайдер Больница для женщин
Медицинский Центр Рабина
Медицинский факультет Тель-Авивского университета
Израиль, Тель-Авив

Лютеиновая фаза - это временной интервал между овуляцией и менструацией или наступлением новой беременности.

Гормон прогестерон, который выделяется из желтого тела, играет решающую роль в наступлении и поддержании беременности раннего срока.

Прогестерон вызывает расширение сосудов в эндометрии, подавляет иммунные и воспалительные процессы и активирует высвобождение цепи факторов роста в децидуальной оболочке, которые поддерживают процесс имплантации бластоцисты.

Прогестерон подавляет сокращения матки во время имплантации и процедуры переноса эмбрионов при ЭКО.

Контролируемая гиперстимуляция яичников для циклов ЭКО вызывает дефицит лютеиновой фазы, особенно из-за использования агонистов и антагонистов ГнВГ.

Без поддержки лютеиновой фазы препаратами прогестерона будет происходить обширное укорочение лютеиновой фазы с нарушением процесса имплантации перенесенных эмбрионов.

Все сравнительные исследования за последние двадцать лет указывают на абсолютную необходимость поддержки лютеиновой фазы в циклах ВРТ.

Последнее Кокрановское исследование (Van der Linden 2015) определенно показывает необходимость поддержки лютеиновой фазы в циклах ЭКО и делает вывод о том, что это можно осуществить при помощи инъекций ХГЧ, пероральных препаратов, инъекций или путем введения вагинального прогестерона. В нем отсутствовало какое-либо различие и предпочтения касательно прогестерона в любой форме.

В заключении автора также подчеркивается риск возникновения синдрома гиперстимуляции яичников при проведении поддержки лютеиновой фазы инъекциями ХГЧ.

Пероральные препараты менее эффективны из-за «эффекта первого прохождения лекарства через печень»

и возможной опасности врожденных пороков развития у новорожденных.

Прогестерон в форме инъекции очень эффективен и являлся «золотым стандартом» в предыдущие годы, но сегодня, согласно всем последним исследованиям, большинство женщин предпочитают вагинальный путь введения прогестерона из-за боли и неудобств от инъекционных препаратов.

Прогестерон при вагинальном введении поглощается слизистой влагалища как «эффект первого прохождения лекарства в матке» и вызывает диффузию молекул прогестерона между маточно-влагалищными венами, лимфатическими сосудами и артериями.

Было показано (Zarutskie 2010), что прогестерон при вагинальном введении значительно снижает частоту выкидышей при ВРТ-беременности по сравнению с инъекционным препаратом.

В результате нескольких метаанализов было представлено, что все препараты прогестерона при вагинальном введении дают сходные результаты с точки зрения беременности и показателей рождаемости.

В недавнем глобальном веб-исследовании было показано, что 76% пациентов из 481 отделения ЭКО в 82 странах используют вагинальные препараты для поддержки лютеиновой фазы при ВРТ. В прошлом году было проведено исследование удовлетворенности пациентов в США и Израиле, которое показало, что 84% из США и 67% израильских женщин предпочитают использовать вагинальные таблетки Эндометрин по сравнению со всеми другими препаратами для вагинального введения. Этот специфический препарат - единственный, который одобрен FDA для использования при ЭКО у американских женщин.

Проведенное в США в текущем году исследование, включившее трех человек (Devine 2018), очень четко показывает, что добавление эндометрина внутримышечно в виде инъекций прогестерона при циклах ЭКО при криоопереносе значительно увеличивает число сохраненных беременностей и уровень рождаемости в этой группе пациентов с ВРТ.



ҚОСАЛҚЫ РЕПРОДУКТИВТІ ТЕХНОЛОГИЯДАҒЫ (ҚРТ) ЛЮТЕИНДІК ФАЗАНЫ ҚОЛДАУ СЫРЫ МЕН МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Проф. Дов Фельдберг

Хелен Шнайдер Әйелдерге арналған аурухана
Рабин медициналық орталығы
Тель-Авив университетінің медицина факультеті
Израиль, Тель-Авив

МРНТИ 76.29.48

ВОЗМОЖНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАКТИНОМАМИ

А.К. Досанова

АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования»
Казахстан, Алматы

При синдроме гиперпролактинемии в 40-50% случаев выявляется аденома гипофиза – пролактинома [1]. Среди гормональноактивных аденом гипофиза пролактинома является наиболее часто встречающейся. Известно, что у женщин чаще встречаются микропролактиномы, тогда как у мужчин в основном наблюдаются макропролактиномы [2].

Клинически гиперпролактинемия у женщин проявляется аменореей и бесплодием у женщин, прибавкой массы тела [1].

Методом выбора первичного лечения пролактином является консервативная терапия агонистами дофамина [3,4]. Однако в 10% случаев пролактином требуется хирургическое лечение. Показаниями к последнему являются: резистентность к дофаминиметикам, непереносимость фармакотерапии [3], апоплексия гипофиза, кистозные макропролактиномы с неврологической симптоматикой, которые, как правило, не уменьшаются в размерах на фоне консервативной терапии [5].

По данным Rains С.Р. на фоне терапии каберголином (Достинекс®) у 72% пациенток с гиперпролактинемическим синдромом при лечении каберголином происходит восстановление овуляторного цикла и/или наступает беременность [6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить частоту восстановления репродуктивной функции у женщин с пролактиномами на фоне терапии каберголином.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 72 женщины с пролактиномами в возрасте от 20 до 48 лет. У 52 (72,2%) из них имела место микроаденома (размерами до 15 мм), у оставшихся 30 (27,8%) пациенток была диагностирована аденома гипофиза небольших размеров (16-25 мм). Клинически 66 (91,6%) пациенток имели нарушение/отсутствие менструаций в течение 3,2±1,2 года. Уровень пролактина в крови до начала лечения составлял 2554±246 МЕ/л. При оценке эффективности препарата анализировались восстановление менструальной функции, восстановление фертильности, уровень пролактина в крови, размеры аденомы гипофиза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне терапии каберголином (Достинекс®) в течение 2±0,45 лет уровень пролактина в крови снизился до 346 ± 121,5 МЕ/л. На МРТ было выявлено уменьшение размеров аденомы у 64 (88,9%), при этом важно отметить, что у 4 (5,9%) из них произошло полное рассасывание аденомы. У 41 (56,9%) женщины восстановился регулярный менструальный цикл, причем, у 14 (19,4%) из них развилась желанная беременность.

ВЫВОД

Каберголин (Достинекс®) является высокоэффективным препаратом первой линии лечения женщин с пролактиномами, на фоне лечения которым у 56,9% пациенток восстанавливается репродуктивная функция.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Калинченко С.Ю. Мифы и правда о гиперпролактинемии: избранные лекции / С.Ю. Калинченко – М.: Практич. Медицина, 2013.- 108 стр.
2. Ворожцова И.Н., Павленко О.А., Лукьяненко П.И. и др. Пролактинома этиологические и терапевтические аспекты // Электронный журнал Современные проблемы науки и образования – 2016. – № 4.
3. Калинин П.Л., Кадашев Б.А., Фомичев Д.В. и др. Хирургическое лечение аденом гипофиза // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, - №1-2017-том 81, стр.95-107.
4. Casanueva F.F., Molitch M.E., Schlechte J.A. et al. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas // Clin Endocrinol. (Oxf). 2006 Aug; 65(2):265-273.
5. Casanueva F.F., Molitch M.E., Schlechte J.A. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas // Clin. Endocrinol. -2006. – 65.- P. 265-273.
6. Rains CP, Bryson HM, Fitton A «Cabergoline. A review of its pharmacological properties and therapeutic potential in the treatment of hyperprolactinaemia and inhibition of lactation» . Drugs. 1995 Feb;49(2):255-79.

REFERENCES

1. Kalinchenko S.Yu. Mifyi i pravda o giperprolaktinemii: izbrannyye lektsii / S.Yu. Kalinchenko – M.: Praktich. Meditsina, 2013.- 108 str.
2. Vorozhtsova I.N., Pavlenko O.A., LukyanYonok P.I. i dr. Prolaktinoma etiologicheskije i terapevticheskie aspektyi // Elektronnyiy zhurnal Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya – 2016. – # 4.
3. Kalinin P.L., Kadashev B.A., Fomichev D.V. i dr. Hirurgicheskoe lechenie adenom gipofiza // Voprosyi neyrohirurgii imeni N.N. Burdenko, - #1-2017-tom 81, str.95-107.
4. Casanueva F.F., Molitch M.E., Schlechte J.A. et al. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas // Clin Endocrinol. (Oxf). 2006 Aug; 65(2):265-273.
5. Casanueva F.F., Molitch M.E., Schlechte J.A. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas // Clin. Endocrinol. -2006. – 65.- P. 265-273.
6. Rains CP, Bryson HM, Fitton A «Cabergoline. A review of its pharmacological properties and therapeutic potential in the treatment of hyperprolactinaemia and inhibition of lactation» . Drugs. 1995 Feb; 49(2):255-79.

**ПРОЛАКТИНОМАМЕН АУЫРАТЫН ӘЙЕЛДЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІ
ФУНКЦИЯСЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ МҮМКІНДІГІ****А.К. Досанова**

«Қазақ медициналық медицина университеті» АҚ
Қазақстан, Алматы

**THE ABILITY TO RESTORE REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WITH
PROLACTINOMAS****A.K. Dosanova**

JSC «Kazakh Medical University of Continuing Education»
Kazakhstan, Almaty

МРНТИ 76.29.48

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ТОНКОМ ЭНДОМЕТРИИ

К.Г.Серебrenникова

Федеральное Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная Клиническая Больница Российской академии наук»
Россия, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наиболее частыми причинами тонкого эндометрия бывают гормональная недостаточность, снижение кровотока, рецепторные и иммунологические сдвиги. Адекватное морфофункциональное состояние эндометрия является одним из основных факторов, обеспечивающих успешную имплантацию оплодотворенной яйцеклетки и развитие эмбриона. Изменения рецептивности эндометрия у женщин при тонком эндометрии в программах ВРТ могут стать причиной неудач последующих циклов ЭКО и ПЭ, в том числе на фоне стимуляции изменяются уровни прогестерона и эстрогена, а также экспрессия их рецепторов клетками эндометрия.

ЦЕЛЬ – оценить эффективность прегравидарной подготовки у пациенток с бесплодием и тонким эндометрием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 125 пациенток с установленным диагнозом «бесплодие» и тонким эндометрием (<7 мм) в возрасте $34 \pm 0,24$ года. Для повышения эффективности программ стимуляции овуляции и определения дозы стимулирующих препаратов, а также подготовки «тонкого эндометрия» к программам ЭКО и ПЭ, мы использовали метод фотодинамической терапии (ФДТ), основанный на воздействии патологической ткани светом, продуцирующий синглетный кислород, что в последующем приводит к восстановлению структуры эндометрия. Все пациентки были разделены на 2 группы: I группа — 65 пациенток, которым проводилась ФДТ (до программы стимуляции овуляции) с гормональной терапией низкие дозы 17-β-эстрадиола трансдермально (Дивигель), II группа — состоящая из 60 пациенток, которые получали прегравидарную подготовку в течение 2-3 мес.: при недостаточности витамина D пациентки получали препарат Ультра-Д в дозах до 4000 МЕ, Фертина (Инозит 1000 мг и Фолиевая кислота 100 мкг) по 4 саше в сутки, а также гормональную терапию 17-β-эстрадиола трансдермально (Дивигель) 1-2 мг/сутки с 1-го по 28-й день в комбинации с прогестероном с 14-го по 25-й день менструального цикла. Всем пациенткам в программе подготовки к ВРТ было проведено тщательное клинико-лабораторное обследование, оценка овариального резерва, ультразвуковое исследование с доплерометрией. Иммуногистохимическое исследование эндометрия было проведено пациенткам I группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенного иммуногистохимического исследования было выявлено, что у пациенток I группы (n=65) имело место значимое нарушение стероидной рецептивности эндометрия ($p < 0,05$) и пролиферативной активности белка Ki67. Статистический анализ показал, что у пациенток I группы, значительно снизились отклонения от нормальных значений в экспрессии рецепторов к стероидным гормонам как в железах, так и в строме, а также пролиферативной активности белка Ki67. Также в I группе толщина эндометрия после проведения курса прегравидарной подготовки с включением гормональной терапии составила $10,48 \pm 0,3$ мм, что соответствует оптимальным значениям толщины эндометрия в «окно имплантации».

Анализ проведенных циклов ВРТ показал, что в I группе суммарная доза гонадотропинов на цикл стимуляции составила от 750 до 1525 МЕ, в среднем $1138,54 \pm 112,5$ МЕ, во II группе - от 1750 до 3450 МЕ, в среднем $2260,45 \pm 125$ МЕ. Количество фолликулов, полученных при трансвагинальной пункции у пациенток I группы было приблизительно одинаковым (правый яичник - $4,1 \pm 0,64$, левый яичник - $4,2 \pm 0,78$ соответственно), во II группе получено почти равное количество фолликулов при стимуляции суперовуляции: правый яичник - $4,6 \pm 0,59$, левый яичник - $4,3 \pm 0,63$. Стимуляция овуляции в I группе проводилась в течение $11,3 \pm 1,25$ дня, во II группе $13,1 \pm 1,2$ дня. У пациенток II группы при трансвагинальной пункции фолликулов и аспирации их содержимого было получено в среднем $6,3 \pm 0,86$ ооцитов (количество ооцитов стадии 2рп составило $4,2 \pm 0,51$), из них зрелые M2 $5,77 \pm 0,45$, во I группе - $4,6 \pm 0,85$ ооцитов (количество ооцитов стадии 2рп составило $2,5 \pm 0,74$), из них зрелых $2 \pm 0,48$ (M2). Количество эмбрионов при переносе в I и II группах - $3,4 \pm 0,14$ и $1 \pm 0,15$ соответственно. У пациенток II группы беременность наступила в 31,7% протоколов, показатель живорожденности составил 63,16%, в I группе – беременность наступила в 15,5% протоколов, у 55,5% женщин беременность завершилась родами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование ФДТ при тонком эндометрии не только влияет на состояние и рецептивность эндометрия, но и на использование средних курсовых доз препаратов, необходимых для проведения стимуляции функции яичников в программах ЭКО и ПЭ. Включение комплекса Ультра-Д, Фертина и 17-β-эстрадиола (Дивигель) в пре-

гравидарную подготовку пациенток с тонким эндометрием в программах ВРТ позволяет улучшить результаты ЭКО и ПЭ. Также наблюдалась высокая приверженность к терапии за счет удобства применения Дивигеля и Уль-

тра Д, и приятных вкусовых чувств Фертины и Ультра Д. Подобная тактика способствует увеличению процента наступления беременности и снижению риска осложнений.

PREGRAVID PREPARATION OF PATIENTS WITH INFERTILITY WITH THIN ENDOMETRIUM

K.G.Serebrennikova

Federal State Budgetary Institution of Health «Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences»
Russia Moscow

ЖИҢІШКЕ ЭНДОМЕТРИЯМЕН БЕДЕУЛІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫ АЛДЫН-АЛА ГРАВИДАЛЫ ДАЙ- ЫНДАУ

К.Г.Серебренникова

Федералдық мемлекеттік бюджеттік денсаулық сақтау мекемесі «Ресейлік ғылым академиясының Орталық
клиникалық ауруханасы»
Ресей Мәскеу

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИОЛЕЧЕНИЯ НА BTL-4000 PREMIUM В РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ В ВРТ ЛАБОРАТОРИИ Г. АКТОБЕ

Л.И. Покотило, С.А.Камнев, Л.В.Дудко

Многопрофильная клиника ТОО «Семейный врач и Со»
Казахстан, Актобе

ВВЕДЕНИЕ

Офисная гистероскопия – современный диагностический метод, который помогает обнаружить патологические очаги в полости матки. При проникновении гистероскопа в матку у врача появляется возможность получить адекватную оценку полости матки и всех образований в ней. Эндометрит – заболевание, вызванное патогенной флорой, которая активируется абортми, выкидышами, различными гинекологическими вмешательствами и сложными родами. Хронический эндометрит (ХЭ) чаще всего является результатом не долеченной острой формы заболевания. Эта патология нередко приводит к бесплодию, выкидышам. В лечении пациенток с маточным фактором репродуктивных неудач, включая хронический эндометрит, который лечится комплексно, не только при помощи антибактериальной терапии, а также применяя современное физиотерапевтическое оборудование – например, ультразвуковую кавитационную терапию (В.Е. Радзинский Е.Ю. Глухова, 2017 год) и аппарат физиотерапевтический BTL-4000 Premium.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1.Своевременное выявление патологического процесса в полости матки до и после лечения методом офисной гистероскопии.
- 2.Подборка алгоритма выбора методики в каждом случае персонально.
3. Подтвердить эффективность комплексного подхода в лечении пациенток с маточным фактором репродуктив-

ных неудач и разработать реабилитационный протокол при повторных подсадках в нашем ВРТ центре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 40 пациенток в возрасте от 22 до 45 лет, которые обследовались согласно Приказу МЗРК №627. Пациенты были обследованы методом офисной гистероскопии до и после лечения. 40 человек были разделены на 2 группы, одна группа – первая, вторая – контрольная. В первой группе назначалось традиционное лечение антибактериальной терапии, включая чувствительность по бак.посеву к антибиотику, во второй группе кроме антибактериальной терапии применялось современное физиотерапевтическое лечение с применением ультразвуковой кавитационной терапии и физиотерапевтического аппарата BTL - 4000 Premium.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ исследования двух групп (рис.1) выявил следующее: в первой группе пациенток с хроническим эндометритом (ХЭ) эффективность лечения при контрольной гистероскопии была достоверно ниже ($P > 0,05$) чем во второй группе, а именно: во второй группе, где применялись антибактериальная терапия и физиотерапия, на контрольной гистероскопии эффект лечения ХЭ существенно и достоверно отличался в сторону значительного улучшения эндометрия по сравнению с первой группой обследуемых лиц.

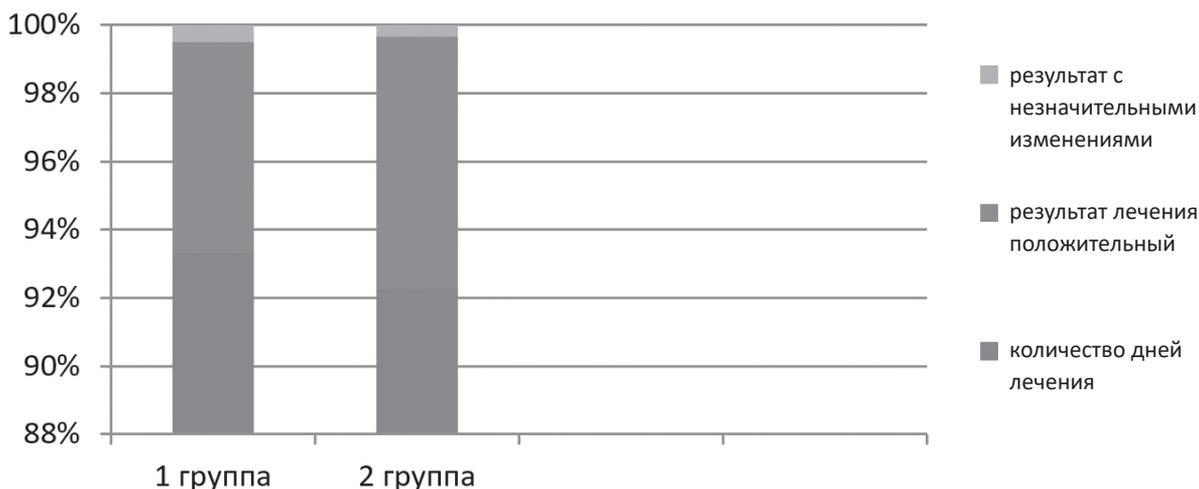


Рисунок 1 - Результаты лечения по группам.

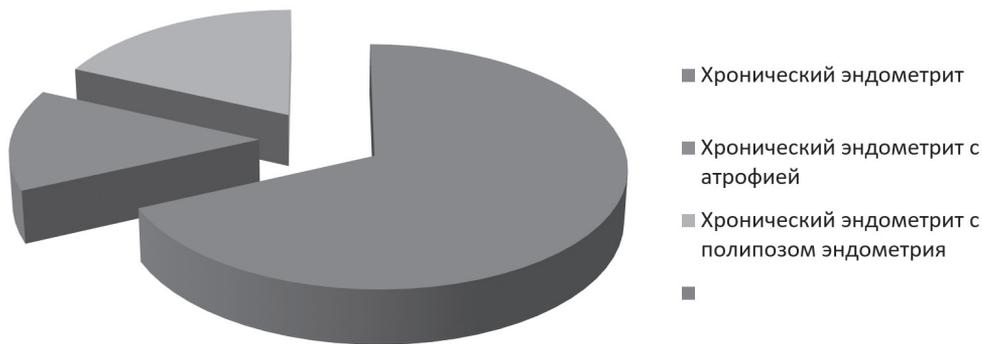


Рисунок 2 - Классификация хронического эндометрита у пациентов.

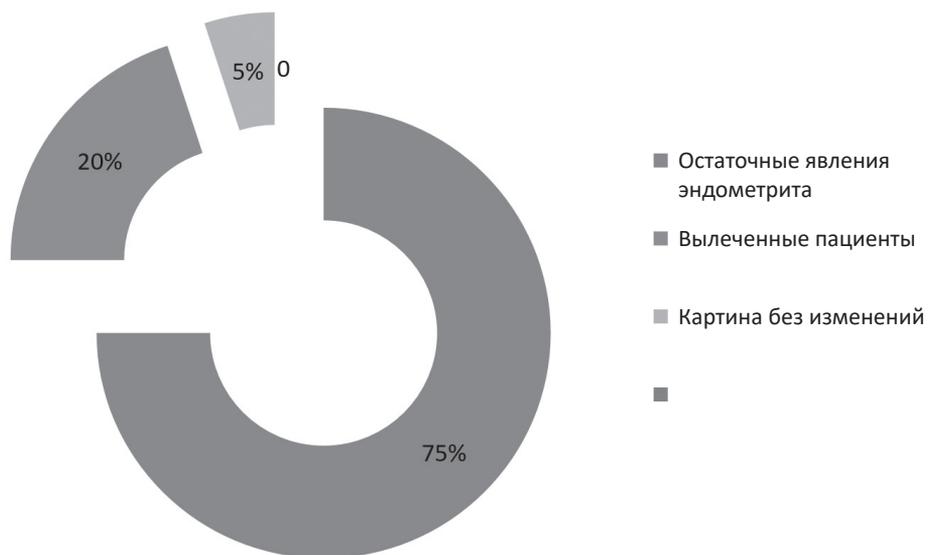


Рисунок 3 - Результаты после лечения.



Рисунок 4 - Схема BTL – 4000 Premium

ВЫВОДЫ

1. Использование офисной гистероскопии и лечение с применением BTL 4000 Premium и ультразвуковой кавитационной терапии значительно расширило возможности лечения хронического эндометрита, а также улучшило маточный фактор при бесплодии при повторных программах ВРТ.

2. Офисная гистероскопия и лечение с применением BTL 4000 Premium и ультразвуковой кавитационной терапии согласно литературным данным назначается всем пациентам после неудачных попыток экстракарпарального оплодотворения, а также при наличии остаточных признаков хронического эндометрита. Это позволило нам улучшить результативность имплантации эмбрионов.

3. Применение наряду с медикаментозным лечением физиотерапевтического лечения приводит к значительному улучшению состояния эндометрия и уменьшает сроки лечения эндометрита с последующей удачной попыткой имплантации эмбрионов.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CHRONIC ENDOMETRITIS USING PHYSIOTHERAPY ON BTL-4000 PREMIUM IN A RETROSPECTIVE ANALYSIS IN ART OF THE AKTOBE LABORATORY

L.I. Pokotilo S.A.Kamnev, L.V. Dudko

Multidisciplinary clinic of Family Doctor and Co LLP
Kazakhstan, Aktobe

АҚТӨБЕ ЗЕРТХАНАСЫНДА АРТ-ДА РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУДА BTL-4000 PREMIUM-ДЕ ФИЗИОТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ СОЗЫЛМАЛЫ ЭНДОМЕТРИТ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Л.И. Покотило С.А.Камнев, Л.В. Дудко

«Семейный врач и Со» ЖШС көпсалалы клиникасы
Қазақстан, Ақтөбе

МРНТИ 76.29.48

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭМБРИОЛОГИИ

О.В. Шурыгина, О.В. Иванова, О.В. Кулакова, С.З. Юлдашева

Клинический госпиталь ИДК «Мать и дитя»
Самара, Россия
Ташкент, Узбекистан

В настоящее время успехи современной клинической эмбриологии позволяют сохранить и реализовать репродуктивный потенциал человека в наиболее благоприятный для него момент. Для этого существуют методики, позволяющие выявить наиболее компетентные гаметы для оплодотворения. Примером такого эффективного и качественного инструмента для отбора сперматозоидов является метод PICSI (Origio, Дания), благодаря которому могут быть использованы для оплодотворения гаметы, не имеющие повреждения ДНК. Данная методика используется в медицинской компании ИДК с 2010 года, всего проведено более 1243 циклов. При сравнении двух групп пациентов, одну из которых лечили с использованием классического ИКСИ, а у второй использовался предварительный отбор сперматозоидов с помощью PICSI, то при всех остальных сопоставимых характеристиках групп во II группе качество эмбрионов и процент замораживания были выше.

Доля случаев выкидышей составила 17,8% и 11,4% соответственно. На смену классическому культивированию в практику эмбриолога приходит метод неинвазивного видеомониторинга развивающихся эмбрионов. Учитывая основные морфодинамические и морфокинетические параметры, на основе референсных значений, система позволяет отобрать на перенос эмбрион, имеющий наиболее высокий имплантационный потенциал.

Анализ собственных данных показал, что применение системы видеонаблюдения за развитием эмбрионов у пациентов с переносом одного эмбриона позволяет достичь более высоких показателей частоты наступления беременности (ЧНБ – 52,8%), чем без применения данной технологии (ЧНБ – 42,8%).

Для самой сложной группы пациентов с имеющимися многочисленными неудачными попытками ЭКО в анамнезе, позднего репродуктивного возраста, отклонениями в кариотипе и др. сейчас применяются современные методики исследования генетического статуса эмбрионов. Такой подход позволяет уменьшить время ожидания долгожданной беременности и рождение здорового ребенка. Собственные данные с применением генетической диагностики методом NGS позволяют в тяжелой группе пациентов достичь уровня ЧНБ до 53,4% (ЧНБ без применения NGS составляет 13,8%).

Витрификация гамет, эмбрионов, тканей яичника и яичка позволяет отсрочить наступление желанной беременности и сохранить репродуктивный потенциал на неопределенный срок.

Таким образом, осуществляя комплексный подход и применяя самые современные эмбриологические технологии, в настоящее время реализуется концепция предиктивного и персонализированного подхода к пациентам в программах ВРТ.

THE PRESENT AND FUTURE OF CLINICAL EMBRYOLOGY

O.V. Shurygina, O.V. Ivanova, O.V. Kulakova, S.Z. Yuldasheva

Clinical Hospital "Mother and Child"
Samara, Russia,
Tashkent, Uzbekistan

КЛИНИКАЛЫҚ ЭМБРИОЛОГИЯНЫҢ БҮГІНІ МЕН БОЛАШАҒЫ

О.В. Шурыгина, О.В. Иванова, О.В. Кулакова, С.З. Юлдашева

«Ана мен бала» клиникалық ауруханасы
Самара, Ресей
Ташкент, Өзбекстан

МРНТИ 76.29.48

ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УЛУЧШЕНИЕ В КУЛЬТИВИРОВАНИИ ЭМБРИОНОВ БЛАГОДАРЯ МЕТОДУ TIME-LAPSE

Томас Эбнер

Kepler Universitätsklinikum, MedCampus IV
Австрия, Линц

Визуализация Time-lapse – это новая методика, направленная на улучшение оценки качества эмбрионов в лабораториях ВРТ. Имеются данные о том, что время, продолжительность и синхронизация событий могут быть связаны с жизнеспособностью и беременностью, таким образом вводя потенциально новые динамические параметры качества эмбрионов. Чтобы использовать весь потенциал систем Time-lapse, конечно, важно иметь оптимальный темп роста эмбрионов. Сам факт, что (по крайней мере, некоторые) поставщики имеют огромный опыт в создании инкубаторов, гарантирует высокие показатели бластуляции. Кроме того, эмбрионы в инкуба-

торе Time-lapse остаются буквально непо потревоженными и не испытывают изменений условий культуры (рН, Т, СО₂, кислорода, света), что также способствует количеству и качеству бластоцист. Фактически, какой бы тип культуры (например, последовательные среды, смешанная культура, среда с малым содержанием кислорода) не использовался в лаборатории, такой же можно применять в инкубаторе Time-lapse с лучшим результатом. Как следствие, происходит хороший выход бластоцист, и интерпретация данных (например, нерегулярные расщепления, универсальный алгоритм, маркеры для анеуплоидии) будет выполнена оптимально.

SIGNIFICANT IMPROVEMENT IN EMBRYO CULTIVATION DUE TO THE TIME-LAPSE METHOD

Thomas Ebner

Kepler Universitätsklinikum, MedCampus IV
Austria, Linz

TIME-LAPSE ӘДІСІНІҢ АРҚАСЫНДА ЭМБРИОНДАРДЫ ЕДӘУІР ЖАҚСАРТУ

Томас Эбнер

Kepler Universitätsklinikum, MedCampus IV
Австрия, Линц

ПОСТ-РЕЛИЗ X МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ. ВРТ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ»

23-24 ноября 2018 года в г. Алматы в конференц-зале гостиницы RIXOS прошел X Международный конгресс «Современные подходы к лечению бесплодия. ВРТ: настоящее и будущее».

Организатором выступила Казахстанская ассоциация репродуктивной медицины. Ассоциация была создана 2 октября 2008 года по аналогии с существующими в странах СНГ и Европы, она объединяет специалистов акушеров-гинекологов, андрологов, эмбриологов, генетиков, занимающихся лечением бесплодного брака. КАРМ является ассоциированным членом Европейского консорциума репродукции человека.

В последние десятилетия в мире накоплен огромный опыт лечения различных форм бесплодия. Большинство существующих методов успешно внедрены в Казахстане. На современном уровне развивается эндовидеохирургия, гормональные методы диагностики и лечения, регистрируются новые лекарственные препараты с высоким профилем безопасности и эффективности. Быстрыми темпами развивается андрология, медицинская генетика, эмбриология и молекулярная биология. Все это привело к созданию вспомогательных репродуктивных технологий и их активному внедрению в практику. В нашей стране эта эра наступила в 1995 году, когда в Алматинском городском центре репродукции человека открылась первая лаборатория экстракорпорального оплодотворения и через год родился первый ребенок, зачатый *in vitro*. Сегодня в Казахстане работают 25 центров ЭКО, в том числе 21 частный. К открытию готовятся новые лаборатории ВРТ. К настоящему времени в Казахстане родилось более 16 000 детей «из пробирки». В 2017 г. выполнено более 7000 программ ВРТ, в том числе 900 в рамках ГОБМП.

В работе конференции приняли участие всемирно известный ученый Шухрат Миталипов (США), впервые в мире выполнивший редукцию гена у эмбриона человека и вошедший в число самых популярных ученых мира 2017 г., экс-президент Европейской ассоциации репродукции человека, проф. Лука Джанароли (Luca Gianaroli, Italy) профессор Е.А. Калинина – автор первого в СССР «ребенка из пробирки» (1986.), президенты Российской ассоциации репродукции человека проф. В.С. Корсак и Украинской ассоциации репродуктивной медицины проф. А.М. Юзько, медицинский директор IVI-clinic – одной из самых известных европейских клиник ВРТ – Эрнесто Бош (Ernesto Bosch, Spain), профессора из Израиля – Д. Фельдберг и А. Эленбоген и

многие другие лидеры мировой репродуктологии, а также ведущие казахстанские репродуктологи, эмбриологи, генетики, андрологи и организаторы здравоохранения, в том числе Заслуженный деятель Республики Казахстан, д. м. н., проф. Н.А. Каюпова, президент КАРМ, член-корр. НАН РК, проф. В.Н. Локшин, директор Института репродуктивной медицины Т.М. Джусубалиева, научный руководитель клиники «ЭКОМЕД», вице-президент КАРМ С.Б. Байкошкарова, вице-президент КАРМ В.Е. Полумисков, вице-президент КАРМ, директор клиники «Эколайф» А.А. Ахметова, главный врач МКЦР PERSONA, Р.К. Валиев, известный казахстанский репродуктолог Ш.К. Карибаева и многие другие.

Заслушано 84 доклада по актуальным вопросам репродуктивной медицины и рассмотрены ее перспективы.

На конгрессе выступили Клименко И. И. - депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан и министр здравоохранения РК Е.А. Биртанов, ректор КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова Нургожин Т.С.

В рамках мероприятия были проведены мастер-классы по наиболее актуальным проблемам эмбриологии в ВРТ с участием специалистов из Великобритании, России, США, Израиля, Франции, Казахстана, Австрии, Чехии и других стран.

Проблеме беременности после ЭКО было посвящено пленарное заседание, на котором выступили ведущие специалисты из России, Украины и Казахстана. Отмечено существенное влияние качества мониторинга беременности на ее исход. Пациенток с беременностью после ВРТ следует отнести к группе высокого риска, при этом все назначения должны осуществляться с позиций доказательной медицины.

- В рамках конгресса прошло несколько мероприятий:
- мастер-класс «Сохранение женской и мужской фертильности»;
 - семинар «Организационные аспекты клиник ВРТ»;
 - ProVisio «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии»;
 - VIP- школа эстетической гинекологии.

Был презентован очередной номер журнала «Репродуктивная медицина».

Большая выставка, посвященная репродуктивной медицине и сопутствующим дисциплинам, развернулась в холлах Конгресса, в ней приняли участие около 50 ведущих производителей лекарственных средств и медицинской техники, а также наиболее известные в РК клиники ВРТ.

Правила оформления статей

1. Журнал «Репродуктивная медицина» публикует статьи, освещающие фундаментальные и частные вопросы репродуктивной медицины.

2. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в операционной системе Windows (перенос слов не делать), у статьи должен быть УДК.

3. Материалы должны быть напечатаны на одной стороне листа формата А4, размер шрифта – 12. Рекомендуемый объем статьи – не более 8 страниц.

Статьи в формате PDF не высылать.

4. Титульное оформление статьи:

- название статьи на русском, казахском и английском языке;
- инициалы и фамилии авторов статьи на русском, казахском и английском языке;
- наименование учреждения, в котором выполнялась работа на русском, казахском и английском языке;
- статью предваряет аннотация (резюме) объемом не более 100 слов. Здесь должны быть изложены цели исследования, приведены основные результаты на русском, казахском и английском языке.
- к каждой статье должен быть приложен список ключевых слов на русском, казахском и английском языке.

5. Текст статьи, содержащий результаты собственных наблюдений, исследований и экспериментов, обычно делится на разделы: введение, материалы, методы, результаты, обсуждения, выводы.

6. В целях эффективного взаимодействия с редакцией журнала, необходимо сообщить информацию об авторе (фамилия, имя и отчество, адрес, телефон, e-mail). Статья должна быть тщательно выверена автором.

7. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко. С указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это неясно из текста.

8. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.

9. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на электронном носителе (CD, USB-накопитель) в любом графическом редакторе (PSD, Tiff, AI, JPEG) и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6х9 см и хорошего качества (не менее 250 dpi).

10. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название журнала, год, том, вып., стр. (название статей не дается). Пример: Серов В.В. Клин. Геронол. 1995; 1:3-5; Ringold A., Davanger M. Brit.J. Ophthal. 1981; 65:138-141. Кроме того, список должен быть приведен в латинской транслитерации.

11. Для книг и сборников необходимо указать точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.

12. Материалы, содержащие специальную информацию о лекарственных препаратах, публикуются на правах рекламы, согласованно с фирмой-производителем.

13. Направление в редакцию работ, которые уже были посланы в другие редакции или изданы в них, не допускается.

14. Редакция оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения.

www.karm.kz



26-27 АПРЕЛЯ | 2019

ШЫМКЕНТ

РЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Организатор:



Конгресс-оператор:



Партнер:



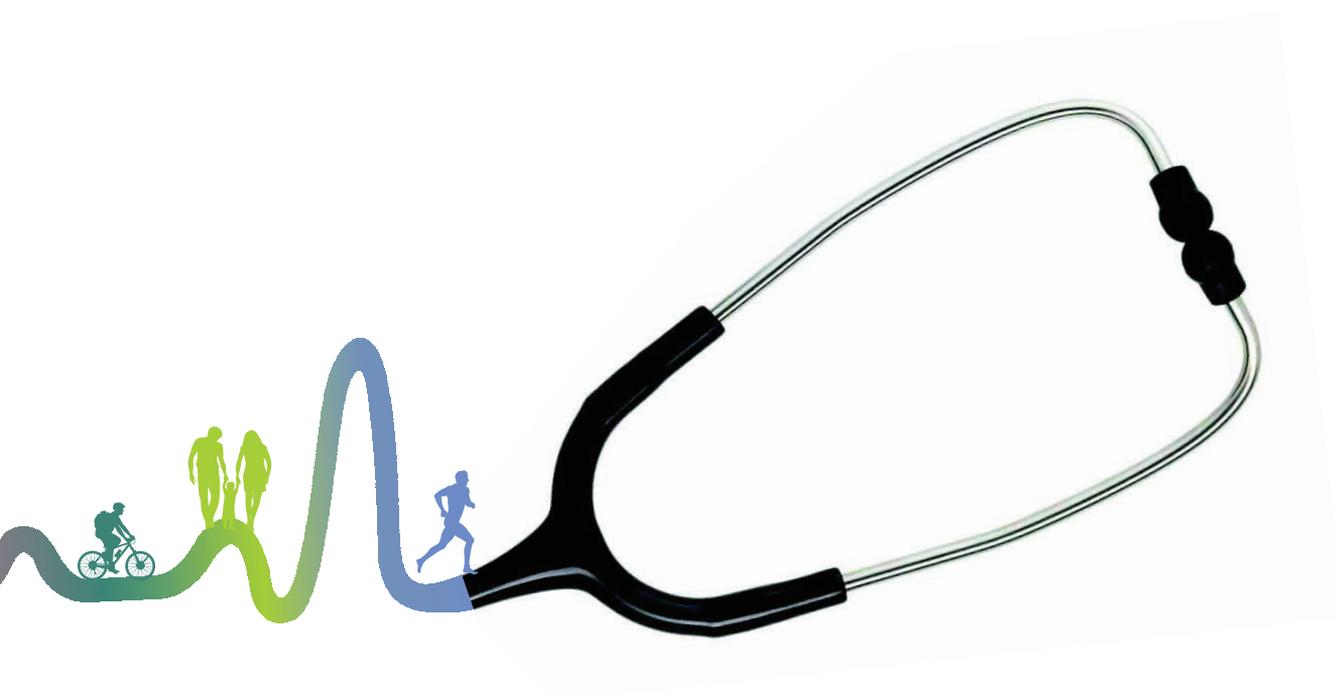
Информационный
партнер:



+7 (727) 250 00 11
+7 (776) 250 05 58
karm@medexpo.kz
www.repromed.kz

ВЫСТАВКА “ЗДРАВООХРАНЕНИЕ”

26-я КАЗАХСТАНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ



15-17 мая 2019

Казахстан, Алматы, КЦДС “Атакент”



ОРГАНИЗАТОРЫ Itesa (Алматы, Казахстан) : Тел.: +7 727 258 34 34 (ext.285); E-mail: healthcare@iteca.kz

www.kihe.kz





ГЕДЕОН РИХТЕР

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

ПЕРВЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ
ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

ЭСМИЯ® 5 мг

корешок