

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

1 (18)
2014

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ
научно-практический журнал



■ **С. А. Ласачко**

Нарушения репродуктивного здоровья как фактор риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез

■ **М. П. Яхьярова, Д. Н. Досалиева**

О результативности переноса размороженных blastocyst в протоколах медленной заморозки и витрификации

■ **Н. Н. Кобзарь**

Приверженность врачей в Республике Казахстан к заместительной гормональной терапии при лечении климактерического синдрома

■ **О. А. Попова, Г. З. Баяхметова**

Клинический опыт использования культуральных сред COOK

■ **Д. В. Джакупов, Р. А. Жолдасов, А. Р. Онлас, З. Е. Барманашева**

Опыт органосберегающего хирургического лечения пациенток с шеечной беременностью



Казахстанская Ассоциация репродуктивной медицины



№ 1 (18) 2014 г.



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

О. А. Алимбекова, А. А. Ахметова, А. А. Байназарова, Ж. Е. Баттакова,
Х. М. Бикташева, Р. К. Валиев, Т. М. Джусубалиева, А. М. Дошанова, Д. Р. Кайдарова,
Ш. К. Карибаева, Л. С. Каюпова, И. П. Коркан, А. И. Коркан, Н. М. Мамедалиева,
Г. К. Омарова, В. Е. Полумисков, Г. С. Святова, А. Е. Тажиева, Т. М. Укыбасова,
Т. Е. Хусаинов, В. В. Чистяков

Ответственный секретарь

Л. А. Бадельбаева

Редакционный совет

М. К. Алчинбаев (Казахстан), М. Б. Аншина (Россия), Г. У. Асымбекова (Кыргызстан),
Н. Б. Ахматуллина (Казахстан), Ф. В. Дахно (Украина), М. Dirnfeld (Израиль),
Р. Humaidan (Дания), В. М. Здановский (Россия), В. Д. Зукин (Украина),
Е. А. Калинина (Россия), Н. А. Каюпова (Казахстан), М. В. Киселева (Россия),
В. С. Корсак (Россия), Р. С. Куздембаева (Казахстан), Л. А. Левков (Финляндия),
И. О. Маринкин (Россия), Н. Н. Мезинова (Казахстан), Т. А. Назаренко (Россия),
А. И. Никитин (Россия), А. А. Попов (Россия), Е. Б. Рудакова (Россия),
С. Н. Султанов (Узбекистан), Т. Ф. Татарчук (Украина), R. Frydman (Франция),
Б. В. Шалекенов (Казахстан), А. Е. Schindler (Германия), А. М. Юзько (Украина).

Адрес редакции

Республика Казахстан, 050012, г. Алматы, ул. Толе би, 99
тел.: +7 (727) 234 34 34, 234 37 37, факс: +7 (727) 292 77 84
e-mail: karm2008@mail.ru
Электронная версия журнала на сайте www.repromed.kz

Собственник

Казахстанская Ассоциация репродуктивной медицины

Издатель

Республика Казахстан, 050008
г. Алматы, пр. Абылай хана, 58, 2 эт., оф. 209
уг. ул. Макагаева (вход с ул. Макагаева)
тел.: +7 (727) 273 85 84
e-mail: info@medmedia.kz, editor@medmedia.kz
skype: 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 100 экз.

Отпечатано в типографии ТОО “DeLuxe Printery”

Казахстан, г. Алматы, ул. Бегалина, 38

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.

Содержание

От главного редактора

Проблемы репродукции

Нарушения репродуктивного здоровья как фактор риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез
С. А. Ласачко 5

Клиническая эмбриология

О результативности переноса размороженных blastocyst в протоколах медленной заморозки и витрификации
М. П. Яхьярова, Д. Н. Досалиева 10

Женское здоровье

Гистероскопическая картина при генитальных эндометриозах
А. И. Коркан, А. А. Пулатова, Р. А. Жолдасов 12

Климактерический период

Приверженность врачей в Республике Казахстан к заместительной гормональной терапии при лечении климактерического синдрома
Н. Н. Кобзарь 17

Обмен опытом

Клинический опыт использования культуральных сред СООК
О. А. Попова, Г. З. Баяхметова 20

Опыт органосохраняющего хирургического лечения пациенток с шеечной беременностью
Д. В. Джакупов, Р. А. Жолдасов, А. Р. Онлас, З. Е. Барманашева 22

Случай из практики

Клинический случай благоприятно завершившейся гетеротопической беременности в цикле ВРТ
Д. В. Джакупов, А. Ж. Малагаждарова, Л. Г. Баймурзаева, А. Р. Онлас 25

Правила оформления статей 28

Content

From the chief of editor

Problems of reproduction

Reproductive health disorders as risk factors for dishormonal breast diseases
S. A. Lasachko

Clinical embryology

About transfer of thawed blastocysts in slow freezing protocols and vitrification
M. P. Yahyarova, D. N. Dosaliyeva

Women's health

Hysteroscopic presentation in case of endometriosis
A. I. Korkan, A. A. Pulatova, R. A. Zholdasov

Menopause

Health Workers compliance in the Republic of Kazakhstan to Hormonal Replacement Therapy for Climacteric Syndrome Management
N. Kobzar

Exchange of experience

Clinical experience with culture media COOK
O. A. Popova, G. Z. Bayakhmetova

Experience of organ preserving surgical therapy for patients with cervical pregnancy
D. V. Dzhakupov, R. A. Zholdasov, A. R. Onlas, Z. E. Barmanasheva

Case Study

Clinical case of heterotopic pregnancy ended good in the ART cycle
D. V. Djakupov, A. Z. Malagazhdarova, L. G. Baimurzaeva, A. R. Onlas

Rules of registration articles

От главного редактора



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

Уважаемые коллеги!

Приятно констатировать, что нашему журналу в этом году исполняется 5 лет, он всего на год младше Казахстанской Ассоциации репродуктивной медицины, и, судя по откликам, его ждут читатели – практические врачи, специалисты центров ВРТ, научные сотрудники. Мы успешно завершили 2013 год. Сегодня уже известны его результаты – с этого года на сайте www.repromed.kz журнал размещается на английском и русском языках. Существенно выросло число программ ВРТ, проводимых в нашей стране, их уже проводится более 5000. Важно, что растет и число бюджетных программ. На 2014 год Министерство здравоохранения выделило 650 квот на программы ВРТ, а в 2015 их будет уже 750. Благодаря активной работе членов КАРМ, сближаются позиции акушеров-гинекологов ПМСП, занимающихся подготовкой супружеских пар с бесплодием к программам ВРТ и специалистов ЭКО центров. Этому способствуют и наши регулярные встречи на собраниях КАРМ. Системными стали выезды специалистов в регионы с целью более качественного отбора пациентов и оказания методической помощи на местах.

Быстрое развитие ВРТ в Казахстане происходит при поддержке Министерства, ведущих казахстанских организаторов здравоохранения и медицинской науки, постоянной поддержке наших коллег из России, Украины и многих других стран. Свидетельством тому явилась состоявшаяся 8-9 ноября 2013 года в г. Алматы Пятая юбилейная Международная научно-практическая конференция «Современные подходы к лечению бесплодия. ВРТ в Казахстане. Настоящее и будущее», организованная Казахстанской Ассоциацией Репродуктивной Медицины (КАРМ). Открытию Конференции предшествовало рабочее совещание в МЗ РК, проведенное Министром здравоохранения республики С. З. Каирбековой с участием руководителей заинтересованных комитетов и департаментов, посвященное реализации программ ВРТ в рамках ГОМБТ. Министр здравоохранения поручила продолжить разработку нормативных документов в области ВРТ, стандартов лечения и протоколов ВРТ. Это работа завершается в настоящее время.

По старой уже традиции, в рамках конференции КАРМ, состоялось совместное заседание Ассоциаций России, Украины и Казахстана, посвященное состоянию ВРТ в наших странах. Ежегодная конференция КАРМ стала хорошей площадкой для профессионального общения акушеров-гинекологов, репродуктологов, эмбриологов, генетиков, андрологов со своими зарубежными коллегами. Участниками конференции КАРМ стали представители 14 стран мира.

В рамках конференции были проведены 4 мастер-класса с японскими, британскими, датскими и российскими коллегами по эмбриологии и гистероскопии.

Уже сейчас идет подготовка к VI Международному Конгрессу, который состоится в Алматы 7-8 ноября 2014 году. Нас ждут новые профессиональные встречи на различных форумах, новая информация и впечатления.

Желаю Вам успехов!

С уважением, член-корр. НАН РК,
проф. **В. Н. Локшин**

УДК 618-19

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

С. А. Ласачко

Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ННИПО ДонНМУ, Украина, Донецк

АННОТАЦИЯ

В работе изложены результаты статистического анализа основных факторов риска развития дисгормональных заболеваний молочных желез у женщин репродуктивного возраста. Проведен также однофакторный анализ с использованием парной линейной регрессии данных историй болезней и амбулаторных карт 1057 женщин основной группы и 190 условно здоровых женщин (контрольная группа). Проанализированы 62 фактора, из которых 14 в отношении репродуктивного анамнеза, 8 – становление и характер менструальной функции, 7 – сопутствующие гинекологические заболевания, 20 – лактационный анамнез, 5 – эндокринные заболевания, 3 – в отношении вредных привычек. Наличие в анамнезе репродуктивных потерь, нарушений лактации, курение и заболевания щитовидной железы имели наибольший коэффициент отрицательного влияния, тогда как долгосрочная лактация и более поздний возраст менархе продемонстрировали защитный эффект.

Ключевые слова: молочная железа, дисгормональные заболевания, репродуктивное здоровье, факторы риска.

Актуальность

Большинство современных экспертов связывают неуклонный рост числа заболеваний молочных желез (МЖ) во всем мире со снижением рождаемости, увеличением проблем, связанных с репродукцией [1,3,9,12]. Данные реалии ставят перед врачами и исследователями необходимость поиска новых подходов к улучшению качества диагностики и лечения дисгормональных заболеваний молочных желез (ДЗМЖ) [6,10]. Все более актуальны профилактические мероприятия, в особенности для пациенток с репродуктивными нарушениями [13,14]. Вот почему чрезвычайно важно определение основных факторов риска развития ДЗМЖ у женщин репродуктивного возраста.

Целью нашей работы является исследование влияния основных показателей репродуктивного здоровья и анамнеза на состояние молочных желез у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы

Мы провели ретроспективный анализ историй болезней и амбулаторных карт 1057 женщин репродуктивного возраста с неопухольевыми заболеваниями МЖ, которые обратились для обследования и лечения в маммологическое отделение Донецкого регионального центра охраны материнства и детства в период с января 2001 по декабрь 2010 гг., и 190 условно здоровых женщин, у которых не было выявлено патологии МЖ. Средний возраст обследованных женщин составил $32,8 \pm 0,2$ лет в основной и $32,6 \pm 0,5$ в контрольной группах.

Клиническое состояние МЖ (боль и нагрубание, выделение молока или молозива) и степень выраженности дисгормональных нарушений МЖ оценивали по шкале Л. Н. Сидоренко (1991 г.) путем осмотра и пальпации [5]. Для оценки степени выраженности проявлений мастодии использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) МЖ выполняли на аппарате Siemens с использованием серой шкалы и линейного датчика с частотой 10 МГц в соответствии с общепринятой методикой с 7 по 14 день менструального цикла [2]. В случае наличия выделений из сосков осуществляли их цитологическое исследование.

Использовались стандартные методы статистики. Кроме того, для математической оценки значимости различных факторов риска мы дополнительно выполнили логистический регрессионный анализ с использованием парной линейной регрессии (метод наименьших квадратов). При однофакторном анализе проанализированы 62 фактора, из которых 5 в отношении социального и семейного статуса, 14 – репродуктивного анамнеза, 8 – становление и характер менструальной функции, 7 – сопутствующие гинекологические заболевания, 20 – лактационный анамнез, 5 – эндокринные заболевания, в частности щитовидной железы и гиперпролактинемия, 3 – относительно вредных привычек.

Результаты и их обсуждение

Проведенное анкетирование продемонстрировало ряд особенностей репродуктивного анамнеза женщин с ДЗМЖ.

Данные логистической регрессии представлены в таблице 1. Достоверное влияние ($p < 0,05$) установлено для 41 фактора, из них негативное для 36, защитное для 5. Регрессионный анализ показал, что наиболее значимыми оказались нарушения лактации, продолжительность лактации и наличие репродуктивных потерь (РП). В частности, наибольший коэффициент патологической связи был при таких нарушениях лактации: наличие лактационного мастита в анамнезе, краткосрочный период грудного вскармливания (ГВ), а именно до 6 месяцев, в меньшей степени до 3 и до 1 месяца, короткий период ГВ в первых родах, лактостаз. Достоверно наиболее значимым оказалось такое нарушение режима ГВ, как кормле-

ние из бутылки смесью, внезапное немедикаментозное прекращение лактации (ВНПЛ), предупреждение (отсутствие) лактации. Напротив, такой фактор, как продолжительность ГВ больше года в первых родах, проявил значительный защитный эффект. Защитный эффект также доказан для общей продолжительности ГВ в первых родах и в течение жизни.

Среди данных репродуктивного анамнеза наиболее значимым явился коэффициент патологической связи для факторов «наличие репродуктивных потерь до 1 родов», «наличие репродуктивных потерь и искусственных аборт суммарно до 1 родов», и «наличие в анамнезе репродуктивных потерь в I триместре».

Из факторов, касающихся образа жизни, значимое негативное влияние продемонстрировано для курения и, в частности, его продолжительности (годы) и количества сигарет в день.

Для таких факторов репродуктивного анамнеза, как внематочная беременность, спонтанный аборт, искусственный аборт также доказано негативное влияние. Среди сопутствующей гинекологической патологии достоверно значимыми оказались: альгодисменорея, бесплодие (и его продолжительность), СПКЯ, полипы эндометрия, эндометриоз, лейомиома матки, воспалительные заболевания половой сферы. Среди эндокринных нарушений имели значение наличие гиперпролактинемии и нарушения функции ЩЖ, в меньшей степени – наличие заболеваний щитовидной железы. Высшее образование также оказалась достоверным фактором риска развития ДЗМЖ. Поздний возраст менархе также продемонстрировал защитный эффект.

Показатели репродуктивного анамнеза представлены в таблице 2. Мы не обнаружили достоверной разницы между группами по количеству родов. Однако, достоверно больший процент женщин с ДЗМЖ (40,5%) имели в анамнезе искусственное прерывание беременности (в контроле 28,4%). Наиболее существенной была разница подгруппы ДМЖ (41,2%) по сравнению с контролем (28,4%). В других подгруппах процент женщин, имевших в анамнезе аборт, был также большим, чем в контроле, однако различие не являлось статистически достоверным.

Анализ репродуктивных потерь обнаружил, что спонтанный аборт в первом триместре встречался в анамнезе женщин с ДЗМЖ почти в 3 раза чаще, чем в контрольной группе. Достоверно больший процент пациенток со СА в первом триместре в анамнезе наблюдается во всех подгруппах основной группы по сравнению с контролем. Это касается как выкидышей, так и неразвивающихся беременностей. По нашему мнению, важным является тот факт, что в основной группе достоверно большим был процент женщин, в анамнезе которых спонтанный аборт состоялся до первых родов. Мы получили достоверную разницу этого показателя с контролем во всех подгруппах основной группы.

Следует отметить, что привычное невынашивание беременности наблюдалось лишь у 15 больных (1,4%), подавляющее большинство (185 женщин, или 17,5%) имели только один СА в анамнезе. Структура основной

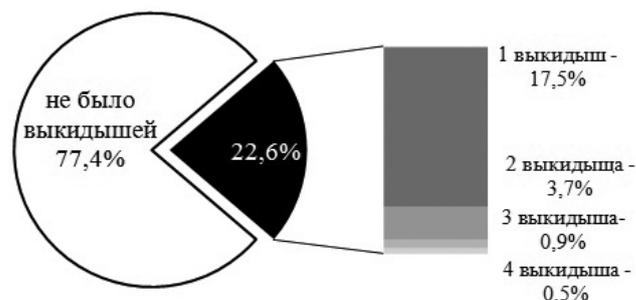


Рис. 1. Спонтанный аборт в анамнезе женщин основной группы

Мы не обнаружили достоверной разницы по количеству осложнений после искусственного или спонтанного прерывания беременности между группами (таблица 3). Общее количество осложнений составляло после аборта 69 (16,1%) среди больных ДЗМЖ и 6 (11,1%) в контроле. После СА эти показатели равнялись 47 (19,7%) и 2 (11,8%) соответственно. Наиболее частым осложнением как после искусственного, так и после спонтанного аборта оказалось нарушение менструального цикла (НМЦ), на втором месте – воспалительные заболевания матки.

Эти данные свидетельствуют о том, что у женщин после СА гораздо больше условий для развития ДЗМЖ, включая стресс после потери беременности и плохое состояние здоровья (в том числе, имеются в виду факторы, которые привели к СА, например, заболевания щитовидной железы или гиперпролактинемия (ГП)). Причем риск развития ДЗМЖ не зависит от непосредственных осложнений после СА, дисгормональные изменения могут развиваться спустя длительное время, даже несколько лет.

Выводы

По данным нашего исследования, у пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез патология репродуктивной системы встречается в несколько раз чаще в сравнении с контрольной группой. Преобладают такие нарушения, как хронические воспалительные процессы, НМЦ, миома матки, выкидыши, бесплодие.

Проведение регрессионного анализа показало достоверно наибольшее негативное влияние на состояние МЖ таких факторов, как наличие репродуктивных потерь в анамнезе, особенно до первых родов, нарушение лактации, кратковременная лактация, нарушения режима ГВ, гинекологические заболевания, бесплодие, заболевания щитовидной железы, курение. Защитное влияние имели поздний возраст менархе, долгосрочная (более 12 месяцев) лактация.

Репродуктивные потери, особенно до первых родов, являются фактором риска ДЗМЖ. После СА как сразу, так и через некоторое время возникают дисгормональные нарушения, которые негативно влияют на состояние МЖ. Риск развития ДЗМЖ не зависит от непосредственных осложнений после СА.

Таблица 1 – Результаты линейного регрессионного анализа влияния основных факторов риска на развитие ДЗМЖ у женщин репродуктивного возраста

Фактор	Коэффициент	Стандартная ошибка	t-статистика	p-значение
Лактационный мастит	0,305	0,129	2,360	0,025
Общая продолжительность ГВ < 6 мес.	0,196	0,025	7,746	<0,001
Общая продолжительность ГВ > 12 мес.	-0,187	0,028	-6,583	<0,001
Кормление смесью из бутылочки	0,179	0,085	2,104	0,038
Продолжительность ГВ в 1-х родах до 6 мес.	0,175	0,026	6,820	<0,001
Продолжительность ГВ в 1-х родах до 1 мес.	0,160	0,043	3,683	0,0002
Продолжительность ГВ в 1-х родах > 12 мес.	-0,153	0,031	-4,962	<0,001
Общая продолжительность ГВ до 3 мес.	0,151	0,033	4,529	<0,001
Общая продолжительность ГВ до 1 мес.	0,151	0,046	3,250	0,001
РП до 1-х родов	0,148	0,037	4,037	0,0001
Общая продолжительность ГВ 3-6 мес.	0,146	0,030	4,794	<0,001
РП и ИА суммарно до 1-х родов	0,134	0,030	4,485	<0,001
Продолжительность ГВ в 1-х родах до 3 мес.	0,133	0,033	4,019	0,0001
Продолжительность ГВ до 6 мес.	0,128	0,031	4,156	<0,001
Курение	0,120	0,044	2,735	0,006
ВНПЛ	0,118	0,050	2,341	0,019
Наличие СА в I триместре	0,110	0,025	4,381	<0,001
Альгодисменорея	0,110	0,048	2,299	0,022
Предупреждение лактации	0,108	0,047	2,301	0,022
Лактостаз	0,104	0,043	2,426	0,015
РП в I триместре и ИА суммарно	0,100	0,020	4,946	<0,001
Неразвивающаяся беременность	0,100	0,034	2,929	0,003
Выкидыши	0,099	0,033	2,999	0,003
Бесплодие	0,097	0,035	2,807	0,005
Гиперпролактинемия	0,097	0,046	2,093	0,037
СПКЯ	0,095	0,047	2,013	0,044
Полипы эндометрия	0,092	0,043	2,136	0,033
Нарушения функции ЩЖ	0,089	0,023	3,866	0,0001
Высшее образование	0,079	0,035	2,251	0,025
Эндометриоз	0,074	0,035	2,106	0,035
Лейомиома матки	0,074	0,035	2,072	0,038
Наличие заболеваний ЩЖ	0,071	0,027	2,583	0,010
ИА в анамнезе	0,066	0,021	3,166	0,002
Гинекологические воспалительные заболевания	0,060	0,023	2,567	0,010
Стаж курения, годы	0,032	0,010	3,328	0,001
Продолжительность бесплодия	0,021	0,007	3,035	0,003
Продолжительность ГВ в 1-х родах, мес.	-0,017	0,002	-7,518	<0,001
Возраст менархе	-0,014	0,006	-2,292	0,022
Общая продолжительность ГВ в мес.	-0,013	0,002	-7,371	<0,001
Количество сигарет в день	0,012	0,004	2,732	0,006

Таблица 2 – Репродуктивный анамнез

Показатель		Группа, подгруппа, n	ДЗМЖ все n = 1057	ДМЖ, n = 839	Мастодинния, n = 126	Галакторея, n = 92	Контроль, n = 190	
Роды	0		326 (30,8%)	271 (32,3%)	34 (27,0%)	21 (22,8%)	64 (33,6%)	
	1		548 (51,8%)	430 (51,3%)	63 (50,0%)	55 (59,8%)	97 (51,1%)	
	2 и больше		183 (17,4%)	138 (16,4%)	29 (23,0%)	16 (17,4%)	29 (15,3%)	
	Преждевременные роды		15 (1,4%)	12 (1,4%)	1 (0,8%)	2 (2,2%)	2 (1,1%)	
	Перинатальные потери		12 (1,1%)	9 (1,1%)	3 (2,4%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)	
которые не закончились	Искусственные аборты		428 (40,5%)*	346 (41,2%)*	49 (38,9%)	33 (35,9%)	54 (28,4%)	
	Внематочная беременность		52 (4,7%)	42 (5,0%)	5 (4,0%)	5 (5,4%)	5 (2,6%)	
	Спонтанный аборт в I триместре		238 (22,5%)*	191 (22,8%)*	25 (19,8%)*	22 (23,9%)*	17 (8,9%)	
	с п о н - танные	Выкидыш в I триместре		126 (11,9%)*	103 (12,3%)*	12 (9,5%)	11 (12,0%)*	9 (4,7%)
		Неразвивающаяся беременность в I триместре		116 (11,0%)*	92 (11,0%)*	13 (10,3%)*	11 (12,0%)*	8 (4,2%)
	Спонтанный аборт во II триместре		3 (0,3%)	3 (0,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
	Искусственный аборт до первых родов		38 (3,6%)	28 (3,3%)	6 (4,8%)	4 (4,3%)	4 (2,1%)	
	Спонтанный аборт до первых родов		130 (12,3%)*	102 (12,2%)*	15 (11,9%)*	13 (14,1%)*	3 (1,6%)	

Примечание. * – разница достоверна с показателями контрольной группы, $p < 0,05$.

Таблица 3 – Осложнения после искусственного и спонтанного аборта

Виды осложнений	Группа, подгруппа, n	Аборты		СА	
		ДЗМЖ, n = 428	Контроль, n = 54	ДЗМЖ, n = 238	Контроль, n = 17
Кровотечение		5 (1,2 %)	1 (1,9 %)	5 (2,1 %)	0 (0,0 %)
Пиометра, эндометрит		24 (5,6 %)	2 (3,7 %)	15 (6,3 %)	1 (5,9 %)
Гематометра, реабразидо		3 (0,7 %)	0 (0,0 %)	2 (0,8 %)	0 (0,0 %)
Перфорация матки		3 (0,7 %)	0 (0,0 %)	2 (0,8 %)	0 (0,0 %)
Обострение хр. аднексита в постабортном периоде		8 (1,9 %)	1 (1,9 %)	6 (2,5 %)	0 (0,0 %)
Стойкое нарушение менструальной функции в постабортном периоде		26 (6,1 %)	2 (3,7 %)	17 (7,1 %)	1 (5,9 %)

Примечание. Достоверной разницы между группами не зарегистрировано, $p > 0,05$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балашова О. И., Антоновская Я. В. Онкология. 2004; 6 (3): 189-92
2. Озерова О. Е. Акушерство и гинекология.; 6: 58-62
3. Кващенко В. П., Шаталова М. В. Медико-социальные проблемы семьи. 2004; 9 (3): 125-9
4. Косей Н. В. Репродуктивное здоровье женщины. 2008; 4 (38): 171- 173
5. Сидоренко Л. Н. Мастопатия: психосоматические аспекты. - Л.: Медицина, 1991. - с.264
6. Ласачко С. А., Кващенко В. П., Сергиенко С. Ю. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів. - Київ, „Інтермед”. - 2006. - с.373-375
7. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть 1. - Киев, 2003. - с. 147-180
8. Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Тутченко Т. Н. Репродуктивная гинекология. 2012; 2: 34-41
9. Тихомиров А. Л., Лубнин Д. М. Русский медицинский журнал. 2000; 8 (18): 768-771
10. Чайка В. К., Ласачко С. А., Трегубенко А. А. Медико-социальные проблемы семьи. 2009; 14 (4): 4-7
11. Чайка В. К., Демина Т. Н. Диагностика и тактика ведения пациенток с различными патогенетическими вариантами невынашивания беременности. Метод. рекомендації. - Донецк, 2007. - 34 с.
12. Lasachko S., Chaika V., Kvashenko V. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics: Book of Abstracts. Washington, 2000; P1.03.02
13. Matthews C. E., Fowke J. H., Dai Q., Leon Bradlow H., Jin F., Shu X. O., Gao Y. T., Longcope C., Hebert J. R., Zheng W. Jun. 2004; 15(5): 473-481
14. Haas D. M., Ramsey P. S.//Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 2. Art. No.: CD003511; DOI: 10.1002/14651858.

REFERENCES

1. Balashova O. I., Antonovskaya Ya. V. *Onkologiya*. 2004; 6 (3): 189-92
2. Ozerova O. E. *Akusherstvo i ginekologiya*.; 6: 58-62
3. Kvashenko V. P., Shatalova M. V. *Mediko-sotsialnyie problemyi semi*. 2004; 9 (3): 125-9
4. Kosey N. V. *Reproduktivnoe zdorove zhenschinyi*. 2008; 4 (38): 171- 173
5. Sidorenko L. N. *Mastopatiya: psihosomaticheskie aspektyi*. - L.: Meditsina, 1991.- s.264
6. Lasachko S. A., Kvashenko V. P., Sergienko S. Yu. *Zbirnik naukovih prats asotsiatsii akusheriv-ginekologiv*. - Kiyiv,, "Intermed". - 2006. - s.373-375
7. Tatarchuk T. F., Solskiy Ya. P. *Endokrinnyaya ginekologiya (klinicheskie ocherki)*. Chast 1. - Kiev, 2003. - s.147-180
8. Tatarchuk T. F., Kosey N. V., Tutchenko T. N. *Reproduktivnaya ginekologiya*. 2012; 2: 34-41
9. Tihomirov A. L., Lubnin D. M. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2000; 8 (18): 768-771
10. Chayka V. K., Lasachko S. A., Tregubenko A. A. *Mediko-sotsialnyie problemyi semi*. 2009; 14 (4): 4-7
11. Chayka V. K., Demina T. N. *Diagnostika i taktika vedeniya patsientok s razlichnyimi patogeneticheskimi variantami nevyinashivaniya beremennosti. Metod. rekomendatsiyi*. - Donetsk, 2007. - 34 s.
12. Lasachko S., Chaika V., Kvashenko V. *XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics: Book of Abstracts*. Washington, 2000; P1.03.02
13. Matthews C. E., Fowke J. H., Dai Q., Leon Bradlow H., Jin F., Shu X. O., Gao Y. T., Longcope C., Hebert J. R., Zheng W. Jun. 2004; 15(5): 473-481
14. Haas D. M., Ramsey P. S. // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 2. Art. No.: CD003511; DOI: 10.1002/14651858.

ТҮЙІНДЕМЕ**СҮТ БЕЗДЕРІНІҢ ДИСГАРМОНДЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ДАМУ ТӘУЕКЕЛІ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ БҰЗЫЛУЫ****С. А. Ласачко**

Донецк аймақтық ана мен баланы қорғау орталығы, ДонҰМУ ННИПО акушерлік, гинекология және перинатология кафедрасы, Украина, Донецк

Жұмыста репродуктивті жастағы әйел адамдардың сүт бездері дисгармондық ауруларының даму тәуекелдерінің негізгі факторларын санақтық талдау нәтижелері мазмұндалған. Аталмыш ауру тарихының жұп сызықты регрессиясын пайдаланып, бір факторлы талдау жасалған және негізгі топқа жатқызылатын 2057 әйел адам мен 190 шартты дені сау әйел адамдардың (бақылау тобы) амбулаториялық карталары зерттелген. 62 факторға талдау жасалып, оның ішінде 14 – репродуктивті анемнезге, 8 – менструалды қызметтің қалыптасуы мен сипатына, 7 – қосалқы гинекологиялық ауруларға, 20 – лактациялық анамнезге, 5 – эндокриндік ауруларға, 3- зиянды әдеттерге қатысты болған. Анамнезде репродуктивті шығындардың болуы, лактацияның бұзылуы, темекі шегу және қалқанша без ауруларының теріс әсер коэффициенті жоғары болған, ал ұзақ мерзімді лактация мен менархе кеш жасы қорғаныштық әсер көрсеткен.

Түйін сөздер: сүт безі, дисгармондық аурулар, репродуктивті денсаулық, тәуекел факторы.

SUMMARY**REPRODUCTIVE HEALTH DISORDERS AS RISK FACTORS FOR DISHORMONAL BREAST DISEASES****S. A. Lasachko**

*Donetsk national medical university, department of obstetrics, gynaecology and perinatology;
Donetsk regional center of protection of maternity and childhood,
Ukraine, Donetsk*

The article presents the results of the analysis of the major risk factors dishormonal breast diseases in women of reproductive age. Also performed univariate analysis using the simple linear regression data from medical documents of outpatients in 1057 women from the main group and 190 apparently healthy women (control group). 62 factors analyzed, 14 of which in relation to reproductive history, 8 – character formation and menstrual function, 7 – related gynecological diseases, 20 – lactation history, 5 – endocrine diseases, 3 – about unhealthy habits. A history of preterm missed pregnancy, lactation disorders, smoking and thyroid gland diseases have the greatest negative impact influence, whereas long-term lactation and later age at menarche showed a protective effect.

Keywords: breast, reproductive health disorders, dishormonal diseases, risk factors.

УДК 618-2

О РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПЕРЕНОСА РАЗМОРОЖЕННЫХ БЛАСТОЦИСТ В ПРОТОКОЛАХ МЕДЛЕННОЙ ЗАМОРОЗКИ И ВИТРИФИКАЦИИ

М. П. Яхьярова, Д. Н. Досалиева

*Институт Репродуктивной Медицины, Центр «ЭКО»,
Казахстан, Алматы*

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты применения протокола медленной заморозки blastocysts и витрификации (быстрая заморозка) с января по декабрь 2013 г. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о ряде преимуществ использования метода витрификации.

Ключевые слова: витрификация, медленная заморозка, криоконсервация, blastocysts.

Введение и актуальность исследований

Практический опыт применения медленной заморозки, развитие которого берет начало с 1977 года, обеспечил его статус как наиболее массового метода ВРТ в мировой практике ЭКО [1,2,3]. Большая клиническая практика и длительный период развития методики обеспечил высокий технологический уровень, проявленный в различных аппаратно-фармакологических и инструментально-регламентных отраслевых продуктах. Однако, при этом, принципиальная проблема медленной заморозки – высокая дегидратация клетки – сохранила значимость в оптимизации и улучшении своего решения [4]. С высокой долей вероятности это может быть основным фактором в относительно низкой результативности последующего выживания эмбрионов, которая в исключительных случаях превышала 70%, а в среднем составляла порядка 33-35% по отрасли в целом.

Наибольший вклад в теоретическое обоснование метода витрификации был внесен английским ученым К. Полге из Кэмбриджа [5]. С первой апробации в 1985 году, реализованной группой американских ученых во главе с В. Раллом, метод витрификации показал позитивную результативность по выживаемости клеточного материала [6]. В силу ряда факторов исследования по методу были прерваны. Возобновившиеся с 1993 года Каваямой работы по развитию метода в 10-летний период привели к практическому прецеденту успешной беременности [7,8]. С данного периода метод витрификации вошел в число практических клинических технологий с высокой динамикой годового роста. Основной проблемой витрификации является воздействие сложных криопротекторов на структуру живой клетки в процессах замораживания и последующей разморозки. При этом объективным преимуществом метода выступает высокая степень выживаемости эмбрионов, превышающей в среднем 90%, и отсутствие гормональной стимуляции суперовуляции пациентки [9].

Наличие альтернативных методик в переносе эмбрионов в формах протокола медленной заморозки и витрификации обуславливает острую необходимость анализа и оценки их результативности в условиях реальной клинической деятельности. В данном аспекте настоящая работа является одной из числа пионерских исследований, посвященных анализу эффективности приведенных методов в казахстанской клинической практике ЭКО.

Цель исследований

Криоконсервация и перенос размороженных эмбрионов на

сегодня является системной единицей сферы массовой клинической практики в деятельности Института Репродуктивной Медицины (ИРМ). При этом в клинической практике ИРМ задействованы распространенные методики «медленной заморозки» и витрификации. С большой вероятностью можно прогнозировать в ближайшей перспективе позитивную динамику роста использования в составе медицинских услуг ИРМ технологии криоконсервации как в «протоколе медленной заморозки», так и в методе витрификации. В связи с этим, основной целью настоящего исследования является критический анализ и оценка сравнительной эффективности метода «медленной заморозки» и витрификации в условиях реальной клинической практики и методического обеспечения роста результативности ЭКО для пациентов ИРМ. При этом особое внимание было обращено вопросам детализации особенностей процесса криоконсервации, переноса размороженных эмбрионов и определение эффективности криопротоколов в программах ВРТ по следующим параметрам: выживаемость эмбрионов, частота клинических беременностей на перенос, частота имплантации.

Материалы и методы

Эмбрионы, оставшиеся после переноса и достигшие стадии blastocysts, подвергались замораживанию. Данное производилось и для случая отмены переноса из-за развившегося синдрома гиперстимуляции яичников.

Исследованию подвергались результаты переноса размороженных blastocysts в период с января по декабрь 2013 г. Общее число циклов переноса криоконсервированных blastocysts составило 710 единиц по всему периоду. При этом, структура данной выборки переносов имела вид: 504 цикла были представлены в медленных протоколах, а 206 циклов – по методу витрификации. Вся выборка переносов сосредоточена в рамках деятельности Центра ЭКО ИРМ (г. Алматы).

Замораживание и размораживание эмбрионов по медленному протоколу проводилось в соответствии с протоколом, разработанным в 1996 году группой под руководством J. Tastert с применением 1,2 – пропандиола и сахарозы [10]. Для криоконсервации и оттаивания blastocysts применялся протокол «двух шагов» [11]. В качестве среды использовался фармакологический продукт компании Medicult (Дания). Для криоконсервации применялся программный замораживатель Freeze Control CL-8000 Cryologic.

Витрификация и оттаивание blastocysts были выполнены по технологии открытой витрификации в жидком азоте метода-

ми Cryotop и Cryotech [7,8]. При этом, перед криоконсервацией, независимо от метода, экспандированные и вытупляющиеся бластоцисты подвергались вспомогательному коллапсу.

Бластоцисты размораживали и инкубировали в среде культивирования в период 2-4 часа до переноса в полость матки.

Частота выживаемости рассчитывалась как отношение числа интактных эмбрионов к общему числу размороженных эмбрионов.

Бластоциста считалась интактной при сохранении целостности структур внутренней клеточной массы и трофэктодермы.

Результаты

Возраст пациенток в обеих группах был приблизительно одинаков: 34,7 – в группе с использованием медленного протокола, и 34,9 при использовании метода витрификации.

Среднее количество эмбрионов на перенос в двух протоколах – 1,8.

Обсуждение

Важным фактором для криоконсервации, без негативного влияния на эмбрион, является сохранение целостности мембран клеток. И функциями криопротекторов являются ослабление эффекта кристаллизации и препятствование слипанию и денатурации макромолекул [12,13,14]. Современные наборы сред для криоконсервации методом витрификации содержат оптимальный состав криопротекторов, позволяющий сохранить целостность и интактность эмбриона [13,15]. Также, в

Таблица 1 –

Показатель	Ед.	Медленная заморозка	Витрификация
Количество циклов	шт.	504	206
Выживаемость	%	72,7	89,1
Интактные	%	64	77
Биохимическая беременность	шт.	9	2
Клиническая беременность	%	35	42

качестве объекта последующей детализации выявлен вопрос потенциала выживаемости эмбрионов.

Выводы

- Метод витрификации демонстрирует устойчивый тренд преимуществ ряда показателей по сравнению с протоколом медленного замораживания;
- Использование метода витрификации позволяет максимально увеличить шансы на наступление беременности после ЭКО, уменьшить или предотвратить гибель нормальных жизнеспособных эмбрионов, оставшихся после цикла ЭКО;
- Актуальным вопросом устойчивого развития метода витрификации является усовершенствование техники повышения выживаемости эмбрионов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Edwards R. G., Steptoe P. C. *The Relevance of the Frozen Storage of Human Embryos*. Ciba Foundation Symposi 52. Elsevier. Excerpta Medica. North-Holland, 1977
2. Trounson A., Mohr L. *Human pregnancy following cryopreservation, thawing and transfer of an eight-cell embryo*. 1983, *Nature*, 305, 707-709
3. Zeilmaker G. H., Alberda A. T., van Gent I., Rijkmans C. M., Drogendijk A. C. *Two pregnancies following transfer of intact freezing-thawed embryos*. *Fertility and Sterility*, 1984, 42, 293-296
4. Гордиенко Е. А., Иткин Ю. А., Ишков Г. С. *Кинетика обезвоживания клеток в многокомпонентных средах при наличии проникающего через мембрану вещества. Механизмы криоповреждений и криозащиты биологических структур*. Киев: Наук, думка, 1977
5. Polge C. *Low-Temperature Storage of Mammalian Spermatozoa*. *Royal Society of London*, 1957, 147 (929): 498-508
6. Rall W. F., Fahy G. M. *Ice-free cryopreservation of mouse embryos at -196 degrees C by vitrification*. 1985, *Feb 14-20, Nature*, 313 (6003): 573
7. Kuwayama M., Vajta G., Kato O., Leibo S. P. *Highly efficient vitrification method for cryopreservation of human oocytes*. *Reprod Biomed Online*, 2005; 11: 3: 300-308
8. Katayama K., Stehlik J., Kuwayama M. et al. *High survival rate of vitrified human oocytes results in clinical pregnancy*. *Fertil Steril*, 2003; 223-224
9. Казарян М. *Оптимизация метода ЭКО и ПЭ путем использования программы криоконсервации эмбрионов: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2005*
10. Tasters J., Belaisch A. J., Lassale B. *Factors influencing the success rate of human embryo freezing in in vitro fertilization and embryo transfer program* // *Fertil Steril*. 1987
11. Kyrou D., Fatemi H. M., Blockeel C. *Transfer of cryopreserved thawed embryos in hCG induced natural or clomiphene citrate cycles yields similar live birth rates in normo-ovulatory women* // *J. Assist. Reprod. Genet.* 2010, Vol. 27 (12), p. 683-689
12. Corbacioglu A., Baysal B. *Effects of endometrial thickness and echogenic pattern on assisted reproductive treatment outcome* // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2009, Vol. 36 (3), p. 145-147
13. *Developmental prognosis for zygotes based on pronuclear pattern: usefulness of pronuclear scoring* / Arroyo G. et al. // *J. Assist. Reprod. Genet.* 2007, Vol. 24 (5), p. 173-181
14. Usadi R. S. *Temporal and morfologic characteristics of pinopod expression across the secretory phase of the endometrial cycle in normal cycling women with proven fertility* // *Fertil. Steril.* 2003, Vol. 79, p. 970-974
15. Kuleshova L. L., MacFarlane D. R., Trounson A. O., Shaw J. M. *Sugars exert a major influence on the vitrification properties of ethylene glycol-based solutions and have low toxicity to embryos and oocytes*. *Cryobiology*, 1999; 38: 2: 119-130.

REFERENCES

1. Edwards R. G., Steptoe P. C. *The Relevance of the Frozen Storage of Human Embryos. Ciba Foundation Symposi 52. Elsevier: Excerpta Medica. North-Holland, 1977*
2. Trounson A., Mohr L. *Human pregnancy following cryopreservation, thawing and transfer of an eight-cell embryo. 1983, Nature, 305, 707-709*
3. Zeilmaker G. H., Alberda A. T., van Gent I., Rijkmans C. M., Drogendijk A. C. *Two pregnancies following transfer of intact freezing-thawed embryos. Fertility and Sterility, 1984, 42, 293-296*
4. Gordienko E. A., Itkin Yu. A., Ishkov G. S. *Kinetika obezvozhivaniya kletok v mnogokomponentnyih sredah pri nalichii pronikayuschego cherez membranu veschestva. Mehanizmy kriopovrezhdeniy i kriozaschityi biolog-icheskih struktur. Kiev: Nauk, dumka, 1977*
5. Polge C. *Low-Temperature Storage of Mammalian Spermatozoa. Royal Society of London, 1957, 147 (929): 498-508*
6. Rall W. F., Fahy G. M. *Ice-free cryopreservation of mouse embryos at -196 degrees C by vitrification. 1985, Feb 14- 20, Nature, 313 (6003): 573-576* *Клиническая эмбриология 1-2 (18-19) 2014*
7. Kuwayama M., Vajta G., Kato O., Leibo S. P. *Highly efficient vitrification method for cryopreservation of human oocytes. Reprod Biomed Online, 2005; 11: 3: 300-308*
8. Katayama K., Stehlik J., Kuwayama M. et al. *High survival rate of vitrified human oocytes results in clinical pregnancy. Fertil Steril, 2003; 223-224*
9. M. Kazarian *optimization techniques IVF program through the use of cryopreservation of embryos: Author. Dis. cand. honey. Sciences. Moscow, 2005*
10. Tasters J., Belaisch A. J., Lassale B. *Factors influencing the success rate of human embryo freezing in in vitro fertilization and embryo transfer program // Fertil Steril. 1987*
11. Kyrou D., Fatemi H. M., Blockeel C. *Transfer of cryopreserved thawed embryos in hCG induced natural or clomiphene citrate cycles yields similar live birth rates in normo-ovulatory women // J. Assist. Reprod. Genet. 2010, Vol. 27 (12), p. 683-689*
12. Corbacioglu A., Baysal B. *Effects of endometrial thickness and echogenic pattern on assisted reproductive treatment outcome // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2009, Vol. 36 (3), p. 145-147*
13. *Developmental prognosis for zygotes based on pronuclear pattern: usefulness of pronuclear scoring / Arroyo G. et al. // J. Assist. Reprod. Genet. 2007, Vol. 24 (5), p. 173-181*
14. Usadi R. S. *Temporal and morfologic characteristics of pinopod expression across the secretory phase of the endometrial cycle in normal cycling women with proven fertility // Fertil. Steril. 2003, Vol. 79, p. 970-974*
15. Kuleshova L. L., MacFarlane D. R., Trounson A. O., Shaw J. M. *Sugars exert a major influence on the vitrification properties of ethylene glycol-based solutions and have low toxicity to embryos and oocytes. Cryobiology, 1999; 38: 2: 119-130.*

ТҮЙІНДЕМЕ

МҮЗДАТУ ЖӘНЕ ВИТРИФИКАЦИЯЛАУ ХАТТАМАЛАРЫНДАНЫ МҮЗДАТЫЛҒАН БЛАСТОЦИСТАЛАРДЫ ТАСЫМАЛДАУ НӘТИЖЕЛЕРІ ТУРАЛЫ

М. П. Яхьярова, Д. Н. Досалиева

*Репродуктивті медицина институты, «ЭКО» орталығы,
Қазақстан, Алматы*

Мақалада бластоцисталарды баяу мұздату және витрификациялау (жылдам мұздату) хаттамаларын қолданудың 2013 жылғы қаңтар-желтоқсан аралығындағы нәтижелері ұсынылған. Зерттеу нәтижесінде алынған мәліметтер витрификация әдісін пайдаланудың артықшылықтарын көрсетеді.

Түйін сөздер: витрификациялау, баяу мұздату, криоконсервация, бластоцисталар.

SUMMARY

ABOUT TRANSFER OF THAWED BLASTOCYSTS IN SLOW FREEZING PROTOCOLS AND VITRIFICATION

M. P. Yahyarova, D. N. Dosaliyeva

*Institute of Reproductive Medicine, IVF center,
Kazakhstan, Almaty*

The article presents the results of the protocol slow freezing and vitrification of blastocysts, from January to December 2013. The resulting research findings suggest several advantages of using vitrification method.

Keywords: vitrification, slow freezing, cryopreservation, blastocyst.

УДК 618-14

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ГЕНИТАЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗАХ**А. И. Коркан, А. А. Пулатова, Р. А. Жолдасов***КазНМУ им. Асфендиярова С.Д., Кафедра акушерства и гинекологии №1
Институт репродуктивной медицины,
Казахстан, Алматы***АННОТАЦИЯ**

В статье приведен анализ обследования и лечения 2520 пациенток с различной степенью тяжести генитального эндометриоза. Все пациентки прошли диагностику методами ультразвукового и МРТ исследования, лапароскопию и гистероскопию. В ходе проведения исследования определено, что различные формы генитального эндометриоза по-разному влияют на состояние эндометрия; на основании гистероскопической картины все пациентки были разделены на три группы: I-я группа – наиболее частая, – пациентки с париетальными формами генитального эндометриоза; II-я группа – пациентки с эндометриодными кистами яичников; III-я группа – пациентки с аденомиозом.

На основании ретроспективного анализа были сделаны выводы: при гистероскопическом исследовании у пациентов с генитальным эндометриозом возможно выявление патогномичных для эндометриоза признаков, таких как аденомиоз I-IV стадий распространения, а также тех неспецифических патологических процессов, которые сопровождают эндометриоз любой локализации, характеризуя степень деструктивных нарушений в репродуктивной системе – это воспалительные и гиперпластические процессы системы эндометрия – миометрия. При аденомиозе, так же как и при распространенных формах перитонеального эндометриоза, в полости матки происходят изменения по типу воспалительной реакции, гиперплазии и неопластических, и эти процессы нужно рассматривать частью клинической картины основного заболевания.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, гистероскопия, репродуктивная система, аденомиоз

Эндометриодная болезнь – комплекс патологических и компенсаторных изменений в пораженных органах и тканях и общих расстройств в системах организма в ответ на анатомические повреждения эндометриодными гетеротопиями [1]. Данное определение является описанием анатомических изменений, происходящих в организме женщины в ответ на патологическое состояние, которое в итоге и проявляется как эндометриодная болезнь. Однако, понимание процессов, приводящих к анатомической патологии, лежит в основе изменений, происходящих во всех системах регуляции репродуктивной функции, начиная с «высших звеньев» до уровня рецепторов на периферических клетках, и включает в себя почти все механизмы регуляции гомеостаза: гуморальный и иммунологический [2].

Материалы и методы

Целью нашего исследования было описание гистероскопической картины у пациенток с различными формами и различными степенями тяжести генитального эндометриоза. Анализ серии случаев основывается на диагностике методами ультразвукового и МРТ исследования, лапароскопии и гистероскопии у пациенток, прошедших стационарное лечение и обследование с 2010 по 2012 гг. в отделении гинекологии ТОО «Институт репродуктивной медицины».

Общее количество пациенток, прошедших обследование и лечение, – 2520 человек с различной степенью тяжести эндометриодных процессов. Возраст пациенток составил от 16 до 52 лет. Гистероскопические методы диагностики и лечения были проведены 1889 пациенткам и 631 пациентке, наряду с гистероскопическими методами диагностики, были проведены лапароскопические операции (рис. 1, 2).

Таблица 1 –

Гистероскопическая картина у пациенток с распространенным генитальным эндометриозом	
Нормальная гистероскопическая картина	34,8%
Полипы эндометрия и гиперпластические процессы	20,2%
Хронический эндометрит	23,6%
Другая патология (синехии, инородные тела, миома матки)	21,4%

Таблица 2 –

Гистероскопическая картина у пациенток с кистами яичников (133 пациентки – 21% от общего количества)	
Нормальная гистероскопическая картина	58,6%
Полипы эндометрия	11,1%
Хронический эндометрит	21,8%
Другая патология	8,5%

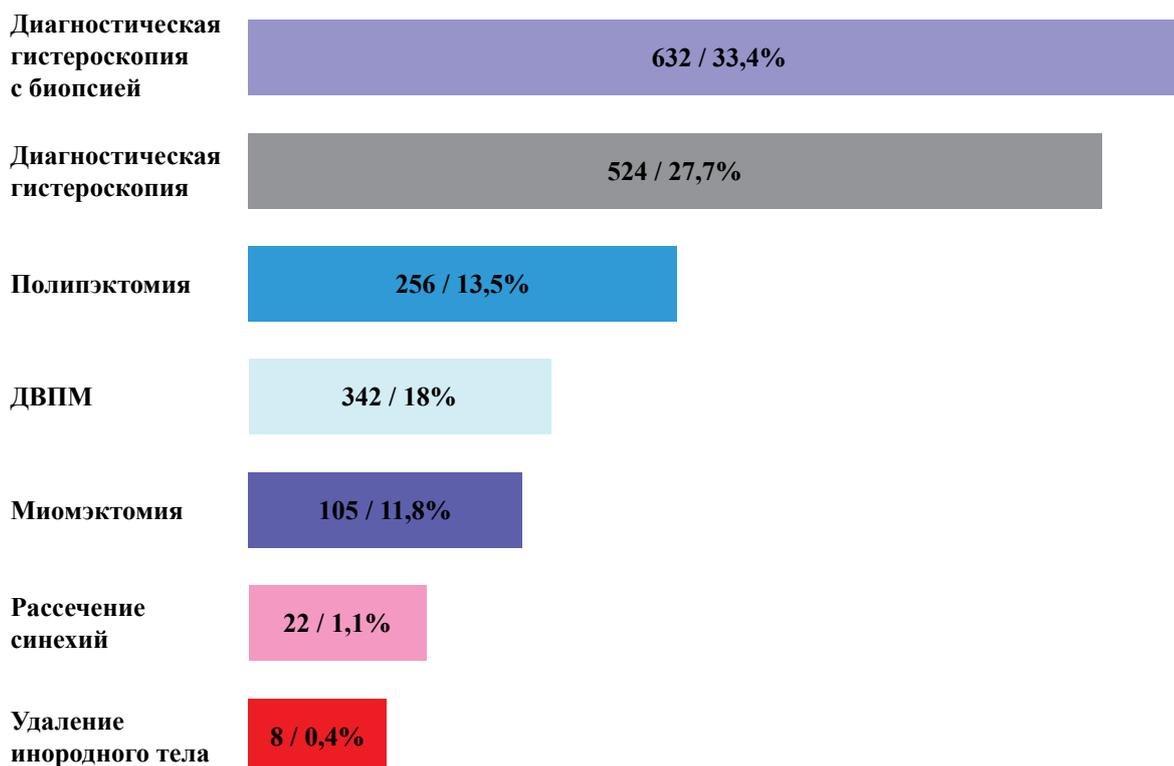


Рисунок 1 – Виды гистероскопических операций у пациенток с эндометриозом (всего 1889 за 2010-2012 гг.)

Пациенткам выполнялся весь объем гистероскопических и гистерорезектоскопических операций, а также диагностических процедур, из которых следует отметить процедуры при аномалиях развития по-

ловых органов – 3,1% (8 пациентов). Таким образом, генитальный эндометриоз достаточно часто сочетается с аномалиями развития половых органов в 50% по нашим наблюдениям.

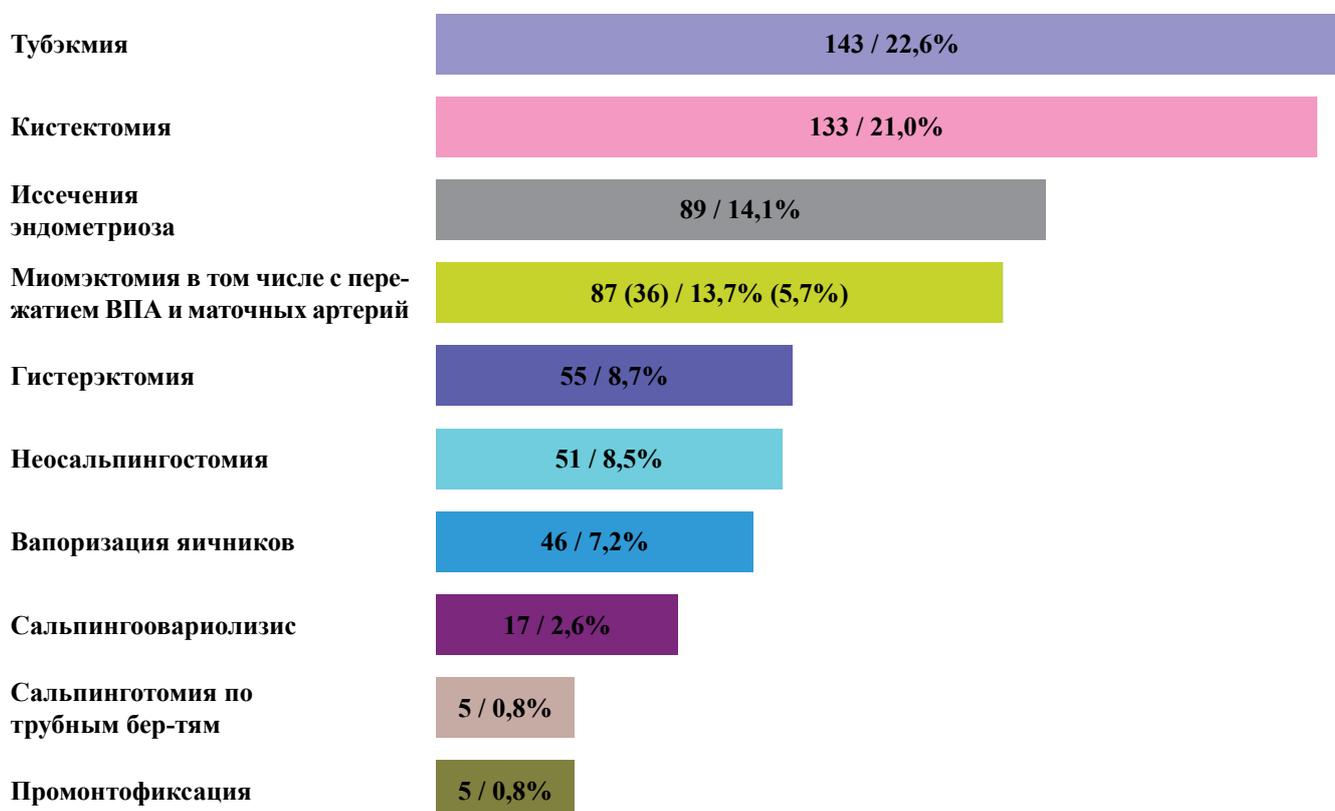


Рисунок 2 – Виды лапароскопических операций 631 (2010-2012 гг.)

Виды лапароскопических операций включают в себя весь перечень возможных оперативных методов лечения в гинекологическом стационаре. Некоторые формы генитального эндометриоза диагностировались у женщин, проходивших лечение по поводу опущения половых органов в возрасте от 48 до 52 лет.

В ходе проведения анализа мы увидели, что различные формы генитального эндометриоза по-разному влияют на гистероскопическую картину, что позволило разделить всех пациентов на три группы: I-я группа – наиболее частая, – пациентки с париетальными формами генитального эндометриоза; II-я группа – пациентки с эндометриоидными кистами яичников; III-я группа – пациентки с аденомиозом.

В I-й группе были диагностированы следующие формы эндометриоза (рис. 3). При этом мы классифицировали как клинически значимые: большие гетеротопии более 5 мм, либо множество мелких на различных структурах малого таза, широкие связки и пузырно-маточная складка, либо ретроцервикальный и эндометриоз яичника, либо пациентки с поражением глубоких тазовых пространств и т.д. На рисунке представлены клинически значимые формы и локализация распространенного генитального эндометриоза, это значит, что единичные эндометриоидные гетеротопии или гетеротопии малых размеров, мы намеренно исключали из наблюдения, т.к. принципиально считаем их не имеющими клинического значения.

Нормальная гистероскопическая картина встречается у каждой 3-ей женщины с распространенным париетальным эндометриозом. А в 65,2% встречается патология полости матки, из которой наиболее частая форма гистероскопические признаки хронического эндометрита, все случаи хронического эндометрита подтверждены гистологически.

Во второй группе были представлены пациентки с эндометриоидными кистами яичников, в основном (82%), это были молодые пациентки до 35 лет, у которых имелись кисты в одном или обоих яичниках размерами 3,0 см и более, гистероскопическая картина у которых была представлена: гистероскопическая картина у пациенток с кистами яичников (таблица 2).

В данной группе пациентов признаки хронического эндометрита составили наиболее значимый процент патологических изменений. Все случаи хронического эндометрита подтверждены гистологически.

Третья группа – пациентки с диагностированным аденомиозом представили наибольшие трудности для классифицирования, т.к. аденомиоз, сам является самостоятельной гистероскопической картиной (таблица 3).

В этой группе наиболее частыми признаками нарушения функции эндометрия были гиперпластические процессы, а также достаточно часто сочетание аденомиоза с хроническим воспалительным процессом полости и миомами

- ретроцервикальный – 72%
- крестцово-маточные связки – 41% справа и 45% слева
- круглые связки – 43% справа и 52% слева
- мочеточники – 16%
- яичники – 17% справа и 17% слева
- маточные трубы 7% справа и 9% слева
- мочевого пузыря – 33%
- нисходящий отдел сигмовидной кишки – 18%

Рисунок 3 – Перитонеальный эндометриоз – I группа (81% пациентов)

Гистероскопическая картина в этой группе представляет собой все виды гистероскопической патологии (таблица 1).

и/или синехиями. Хотя следует отметить, что у 11 пациенток (12,6%) при диагностированном аденомиозе методами ультразвукового исследования и МРТ была нормальная гистероскопическая картина на момент исследования.

На основании проведенных наблюдений мы выстроили собственную классификацию степени тяжести изменений в полости матки у пациенток при диагностированном аденомиозе (рис. 4).

Данная классификация коррелирует со степенью клинических проявлений (степенью тяжести заболевания). Так, пациентки с I-м типом не имеют никаких клинических проявлений аденомиоза, более того, основной причиной обследования было бесплодие трубного генеза, – таких пациенток в нашем наблюдении было 6,5% (5 человек). Пациентки со 2-м типом гистероскопической картины полости матки – это молодые женщины, основной причиной обследования которых явилась безуспешная попытка ЭКО или невынашивание беременности, но без «классической» клиники аденомиоза. Данная категория составила 31,5% (24 пациентки). 3-4-й тип гистероскопической картины характерен для пациенток 40 лет и старше, у которых наряду с «клиническим» аденомиозом, подтвержденным инструментальными методами, существует сочетанная патология (гиперпластические процессы), – это 25% (19 пациенток).

Выводы

Во-первых, гистероскопическое исследование обладает преимуществом прямой визуализации полости матки, и в настоящее время она может быть выполнена в амбулаторных условиях. Поэтому этот метод должен использоваться как диагностическая методика первой линии для визуализации – оценки внутриматочной пато-

Таблица 3 –

Гистероскопическая картина при аденомиозе 87 пациенток	
Нормальная гистероскопическая картина	12,6%
Полипы эндометрия и гиперпластические процессы	42,4%
Хронический эндометрит	30,2%
Подслизистые миомы матки, синехии и др. патология	14,6%

I – единичные очаги в подслизистом слое (зарегистрированные в двух и более диагностических гистероскопических исследованиях).

II – множественные подслизистые или единичные большие аденоматозные очаги.

III – множественные мелкие открытые протоки желез из глубоких подслизистых слоев с выраженным сосудистым рисунком, и/или гистероскопические признаки хронического эндометрита, гиперпластические процессы.

IV – узловые аденоматозные образования полости матки, рецидивирующие гиперпластические процессы.

Рисунок 4 – Гистероскопические признаки аденомиоза в зависимости от его формы и выраженности

логии у пациенток, а также перед каждым оперативным вмешательством, как органосохраняющим, так и радикальным; и объективизации – забор материала для гистологической диагностики.

Во-вторых, при гистероскопическом исследовании у пациентов с генитальным эндометриозом возможно выявление патогномичных для эндометриоза признаков, таких как аденомиоз I-IV стадий распространения, а также тех неспецифических патологических процессов, которые сопровождают эндометриоз любой

локализации, характеризуя степень деструктивных нарушений в репродуктивной системе: воспалительные процессы и гиперпластические процессы системы эндометрия – миометрия.

В-третьих, при аденомиозе, так же как и при распространенных формах перитонеального эндометриоза, в полости матки происходят изменения по типу воспалительной реакции, гиперплазии и неоангиогенеза, эти процессы нужно рассматривать частью клинической картины основного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Anderbert A. *Endometriosis a discussion document / Human Reproduction*. 1992. Vol. 7. p. 432-35
2. Ho H. et al. // *American Journal Reproductive Immun*. 1997. Vol. 38. p. 400-412
3. Краснопольская К. В., Калугина А. С. // *Проблемы репродукции*. 2001. №6. с. 42-46

REFERENCES

1. Anderbert A. *Endometriosis a discussion document / Human Reproduction*. 1992. Vol. 7. P. 432-35
2. Ho H. et al. // *American Journal Reproductive Immun*. 1997. Vol. 38. P. 400-412
3. *Krasnopolskaya K. V., Kalugina A. S. // Problemy reproduktivnoy. 2001. №6. s. 42-46*

ТҮЙІНДЕМЕ

ГЕНИТАЛЬДІ ЭНДОМЕТРИОЗДАҒЫ ГИПЕРСКОПИЯЛЫҚ БЕЙНЕ

А. И. Коркан, А. А. Пулатова, Р. А. Жолдасов

КазНМУ им. Асфендиярова С.Д.,

Алматы қ, Репродуктивті медицина институтының №1 акушерлік және гинекология кафедрасы,

Қазақстан, Алматы

Мақалада генитальді эндометриоздың ауырлық деңгейі әр түрлі 2520 емделушіні тексеру және емдеу барысына талдау жасалған. Барлық емделушілер ультрадыбыстық және МРТ зерттеу, лапарскопия және гистерскопия әдістерімен диагностикадан өткен. Зерттеу жүргізу барысында генитальді эндометриоздың әр алуан түрлері эндометрия жағдайына әр түрлі ықпал ететіні анықталған, барлық емделушілер үш топқа жіктелген: I топ – ең жиі кездесетін – генитальді эндометриоздың париетальді формалары бар; II топ – аналық безінің эндометриодті іріңді сарысуы бар; III топ – аденомиозы бар емделушілер. Ретроспективті талдау негізінде келесідей қорытынды жасалған: гистероскоптық тексеру барысында генитальді эндометриозы бар емделушілерде I-IV таралу кезеңдеріндегі аденомиоз секілді эндометриоз үшін патогномлық белгілер анықталуы ықтимал, олар кез келген түрдегі окшауланған эндометриозбен қатар жүреді, тән емес патологиялық үдерістерді сипаттайды – бұл эндометрия – миометрия жүйесінің қабыну және гиперпластикалық үдерістері. Аденомиоз жағдайында және кең таралған перитонеальді эндометриозда жатыр қуысында қабыну реакциясы, гиперплазия және неоангиогенез түрі бойынша өзгерістер орын алады және бұл үдерістерді негізгі аурудың емханалық сипаты түрінде қарастыруға болады.

Түйін сөздер: генитальді эндометриоз, гистерскопия, репродуктивті жүйе, аденомиоз

SUMMARY

HYSTEROSCOPIC PRESENTATION IN CASE OF ENDOMETRIOSIS

A. I. Korkan, A. A. Pulatova, R. A. Zholdasov

*KazNMU named by S. D. Asfendiyarov, Department of Obstetrics and Gynecology №1
Institute for Reproductive Medicine,
Kazakhstan, Almaty*

The article is an analysis of examination and treatment in 2520 patients with varying degrees of severity of endometriosis. All patients undergoing diagnostics including ultrasound and MRI examination, laparoscopy and hysteroscopy. During the study it was defined that different forms of endometriosis have different effects on the state of the endometrium, based on hysteroscopic results all patients were divided into 3 groups: the first group of the most common – patients with parietal forms of endometriosis, the second group – patients with endometriosis ovarian cysts, the third group – patients with adenomyosis.

Based on a retrospective analysis, conclusions were drawn: the hysteroscopic study in patients with endometriosis may identify pathognomonic for endometriosis symptoms such as adenomyosis 1-4 stage distribution, as well as those not specific pathological processes that accompany endometriosis of any localization, characterizing the degree of destructive violation of the reproductive system – inflammatory and hyperplastic processes in the endometrial system – the myometrium. When having adenomyosis, as well as with common forms of peritoneal endometriosis – inflammatory-like reaction changes happen in uterus, hyperplasia and neoangiogenesis, and these processes must be considered as a part of the clinical picture of the disease.

Keywords: *genital endometriosis, hysteroscopy, reproductive system, adenomyosis*

УДК 618-1

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН К ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Н. Н. Кобзарь

Казахстанско-Российский медицинский университет,
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

По РК всего 2,1% в 2010 г. и 1,9% пациенток в 2013 г. проходили лечение по поводу патологического климактерического синдрома, включая патогенетическую терапию препаратами заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и фитопрепараты. От общего количества женщин 45-69 лет частота использования препаратов ЗГТ в РК не имеет тенденции к росту и остается на низком уровне, составив в 2010 г. всего 0,8%, в 2013 г. – 0,9%. Для изменения существующей практики необходимо создание эффективной системы профилактики, диагностики и лечения расстройств у женщин, связанных с эстрогендефицитными состояниями, обусловленными возрастными изменениями; повышение знаний врачей акушеров-гинекологов, терапевтов, кардиологов, эндокринологов, урологов, сотрудников кабинетов здорового образа жизни городских поликлиник по вопросам физиологического и патологического течения климактерического периода.

Ключевые слова: климактерический период, заместительная гормональная терапия, менопауза.

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) – остается «золотым стандартом» при лечении вазомоторных симптомов, связанных с менопаузой, обеспечивая также эффективную и адекватную профилактику переломов, связанных с остеопорозом. Ее польза с большей вероятностью перевесит риски у женщин с климактерическими симптомами в возрасте до 60 лет и длительностью постменопаузы до 10 лет (4).

Частота применения ЗГТ существенно отличается в разных странах. В США число женщин перименопаузального возраста, применяющих ЗГТ, достигает 30-40%, в Австралии – 28%, в странах Европы колеблется от 12 до 30% (5). По данным на 2008 г., среди российских женщин только 0,6% получали ЗГТ (Поздняк А. О./ Акушерство и гинекология. №9, 2012).

В Республике Казахстан (РК) продолжительность жизни женщин в 2012 г. составила 74,3 года (2). Таким образом, около 24 лет жизни женщин Казахстана проходит в постменопаузальном периоде в состоянии дефицита эстрогенов. Женщины в перименопаузе, в возрасте от 45 до 69 лет, составляют в РК 23,2% женского населения.

Цель исследования

Определение приверженности врачей в Республике Казахстан к заместительной гормональной терапии при лечении климактерического синдрома.

Материалы исследования

Отчет аптек об объемах продаж фитопрепаратов, препаратов заместительной гормональной терапии в РК за период 2010-2013 гг. Количество женщин от 45 до 69 лет в РК за указанный период определено по ежегодному демографическому сборнику (1).

Проведено анкетирование женщин-врачей 45 лет и старше по частоте использования среди них препаратов ЗГТ при лечении климактерического синдрома (130 ан-

кет в 2008 г. и 300 анкет в 2013 г.). В анкете содержались вопросы об отношении к наступлению менопаузы, наличии симптомов климактерического синдрома, регистрировался факт обращения за медицинской помощью и применения препаратов ЗГТ среди женщин-врачей.

Результаты исследования и их обсуждение

В проведенной ранее работе нами было выявлено, что проявления климактерического синдрома имели место у 72,1% женщин г. Алматы, находящихся в перименопаузе (3).

Несмотря на высокую частоту климактерического синдрома, лечение проведено только у 5,9% женщин г. Алматы в 2010 г. и 6,3% в 2013 г. (таблица 1). Причем, удельный вес ЗГТ в структуре применяемых медикаментов уменьшился с 45,7% до 33,6%. По РК всего 2,1% в 2010 г. и 1,9% пациенток в 2013 г. проходили лечение. От общего количества женщин 45-69 лет частота использования препаратов ЗГТ в РК не имеет тенденции к росту и остается на низком уровне, составив в 2010 г. всего 0,8%, в 2013 г. – 0,9% (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, имеют место значительные различия в частоте использования ЗГТ при лечении климактерического синдрома в регионах Казахстана. Наибольший этот показатель в Алматы и Астане, причем, в Алматы с отрицательной динамикой с 2,7% в 2010 г. до 2,1% в 2013 г., в Астане с незначительным ростом соответственно с 1,6% до 2,4%. Самые низкие показатели применения ЗГТ в Южно-Казахстанской области, которые составили 0,3%. По частоте использования ЗГТ в РК на первом месте находится Фемостон, на втором и третьем соответственно Климонорм и Анжелик. Столь выраженные различия в частоте использования гормональной заместительной терапии связаны с отсутствием приверженности врачей акушеров-гинекологов РК к данному виду терапии. Медицинские работники не выполняют роль основного информационного ресурса по вопросам гормональной заместительной терапии.

Таблица 1 – Частота использования фитопрепаратов и ЗГТ при лечении климактерического синдрома у женщин 45-69 лет в РК за период 2010-2013 гг.

Год	Частота использования в РК, %		Частота использования в г. Алматы, %		Частота использования в г. Астане, %		Частота использования в Южно-Казахстанской области	
	Фито препараты и ЗГТ	ЗГТ	Фито препараты и ЗГТ	ЗГТ	Фито препараты и ЗГТ	ЗГТ	Фито препараты и ЗГТ	ЗГТ
2010	2,1	0,8	5,9	2,7	3,2	1,6	0,8	0,3
2011	2,2	0,8	6,0	2,5	4,4	1,7	0,9	0,3
2012	2,5	0,8	6,9	2,2	6,8	2,1	1,0	0,3
2013	1,9	0,9	6,3	2,1	6,7	2,4	1,2	0,3

Наступление менопаузы рассматривают как негативное явление в жизни 82 из 130 женщин-врачей возрастной группы старше 45 лет, что составило 63%. При патологических проявлениях климактерического периода только 17% женщин-врачей обратились к специалистам за медицинской помощью и 9,3% принимали препараты ЗГТ в 2008 г.

По результатам опроса было выяснено, что 60% врачей считают, что главными факторами, которые ограничивают применение ЗГТ являются: сложившееся отрицательное общественное мнение к данным препаратам, большое количество возможных осложнений. По результатам анкетирования в 2013 г. ситуация несколько изменилась, частота использования препаратов ЗГТ среди женщин-врачей составила 13,5%.

Таким образом, для изменения существующей практики необходимо создание эффективной системы профилактики, диагностики и лечения расстройств у женщин,

связанных с эстрогендефицитными состояниями, обусловленными возрастными изменениями. Повышение знаний врачей акушеров-гинекологов, терапевтов, кардиологов, эндокринологов, урологов, сотрудников кабинетов здорового образа жизни городских поликлиник по вопросам физиологического и патологического течения климактерического периода. Проведение информационно-образовательной работы среди населения по расширению знаний об особенностях течения климактерического синдрома, методах диагностики, лечения и профилактики для формирования активного, рационального и ответственного отношения женщин к своему здоровью и мотивации к оздоровлению. Организация службы психологической помощи женщинам с проявлениями климактерического синдрома. Развитие взаимодействия и преемственности между врачами различных специальностей при ведении женщин с климактерическим синдромом в поликлиниках.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демографический ежегодник Казахстана/Статистический сборник. Астана, 2012
2. Женщины и мужчины Казахстана 2008-2012 /Статистический сборник. Астана, 2012
3. Кобзарь Н. Н., Мезинова Н. Н., Локишин В. Н. Особенности течения климактерического синдрома у женщин г. Алматы. // Международный профессиональный журнал №11/137. - 2013. - с. 56-59
4. Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy de Villiers T. J., Gass M. L. S., Haines C. J., Hall J. E., Lobo R. A., Pierroz D. D., Rees M. Climacteric 2013; 16:203-204
5. Informing women about hormone replacement therapy: the consensus conference statement. Mosconi P., Donati S., Colombo C., Mele A., Liberati A., Satolli R. Consensus Conference Working Group BMC Womens Health. - 2009. - p. 9-14.

REFERENCES

1. Demograficheskiy ezhegodnik Kazahstana/Statisticheskii sbornik. Astana, 2012
2. Zhenshiny i muzhchiny Kazahstana 2008-2012 /Statisticheskii sbornik. Astana, 2012
3. Kobzar N. N., Mezinova N. N., Lokshin V. N. Osobennosti techeniya klimaktericheskogo sindroma u zhensching. Almatyi. // Mezhdunarodnyiy professionalnyiy zhurnal №11/137. - 2013. - s. 56-59
4. Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy de Villiers T. J., Gass M. L. S., Haines C. J., Hall J. E., Lobo R. A., Pierroz D. D., Rees M. Climacteric 2013; 16:203-204
5. Informing women about hormone replacement therapy: the consensus conference statement. Mosconi P., Donati S., Colombo C., Mele A., Liberati A., Satolli R. Consensus Conference Working Group BMC Womens Health. - 2009. - p. 9-14.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КЛИМАКТЕРЛІК СИНДРОМДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ОРЫНБАСУШЫ ГОРМОНДЫҚ ТЕРАПИЯҒА АЙНЫМАСТЫҒЫ

Н. Н. Кобзарь

*Қазақстанско-Ресей медициналық университеті,
Қазақстан, Алматы*

ҚР бойынша 2010 жылы 2,1% және 2013 жылы 1,9% емделушілер ғана патологиялық климактериялық синдром бойынша, оның ішінде, орынбасушы гормондық терапия (ОГТ) препараттары мен фито-препараттарды қолдану бойынша тексеруден өткен. 49-69 жас аралығындағы әйелдердің жалпы санынан ОГТ пайдалану жиілігі ҚР өсу үрдісін көрсетпейді және төмен деңгейде қалып, 2010 жылы небары 0,8%, 2013 жылы 0,9% болып отыр. Қолданыстағы тәжірибені өзгерту үшін әйелдердің эстрогенжетіспеушілігімен байланысты және жас ерекшелігіне негізделген бұзылуларды алдын алу, диагностика және емдеудің тиімді жүйесін қалыптастыру, акушер-гинекологтардың, терапевтердің, кардиологтардың, эндокринологтардың, урологтардың және қала емханаларындағы салауатты өмір салты кабинеттерінің қызметкерлерінің білімін арттыру қажет.

Түйін сөздер: климактериялық кезең, орынбасушы гормондық терапия, менопауза.

SUMMARY

HEALTH WORKERS COMPLIANCE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN TO HORMONAL REPLACEMENT THERAPY FOR CLIMACTERIC SYNDROME MANAGEMENT

N. Kobzar

*Kazakh-Russian Medical University of Almaty
Kazakhstan, Almaty*

2,1% of women in 2010 and 1,9% of those in 2013 were treated due to pathological climacteric syndrome, including pathogenetic therapy with the use of hormonal replacement related drugs (HRT) and plant-based/herbal medications. Out of the total number of 45-69-age women the usage of HRT in the RK does not have a trend to increase and remains low, which in 2010 made up only 0,8% and in 2013 – 0,9%. To change the current practice it is necessary to ensure effective system of prevention, diagnostics and treatment of female health disorders related to estrogen deficiency, which are due to age-specific changes. Knowledge improvement of obstetrician-gynecologists, physicians, cardiologists, endocrinologists, urologists, staff of the healthy life style clinics, which are in urban outpatients facilities, on issues of physiological and pathological menopausal period development is vital in that respect.

Keywords: climacterical period, hormone replacement therapy, menopause.

УДК 618.3

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КУЛЬТУРАЛЬНЫХ СРЕД СООК

О. А. Попова, Г. З. Баяхметова

Медицинский центр репродукции человека «Астана ЭКОЛАЙФ»,
Казахстан, Астана

АННОТАЦИЯ

Клинический опыт показал, что использование сред компании СООК для ступенчатого (поэтапного) культивирования эмбрионов приводит к увеличению количества качественных бластоцист и частоты наступления клинической беременности.

Ключевые слова: культивирование эмбрионов, бластоцисты хорошего качества, имплантация, клиническая беременность.

Культивирование эмбрионов *in vitro* – это поддержание нормального развития и жизнеспособности эмбрионов человека вне организма матери. Это становится возможным благодаря созданию в эмбриологической лаборатории условий для развития эмбрионов, максимально приближенных к условиям естественной материнской среды. На этапе становления технологии экстракорпорального оплодотворения такие среды изготавливали сами эмбриологи, основываясь на существующих методиках в биологии. В настоящий момент предлагаются к использованию среды самых разных производителей, созданные для длительного периода культивирования, которое дает возможность выбора наиболее качественных эмбрионов для переноса и удачной имплантации. Одним из факторов, влияющих на качество эмбриона, является правильный выбор сред и схемы культивирования эмбрионов.

В Казахстане на сегодняшний день официально разрешены к использованию культуральные среды всемирно известных производителей, – компаний Vitrolife, СООК, Origio, Kitazato, разработаны различные схемы культивирования, которые успешно применяются в эмбриологической лаборатории.

Цель исследования

Оценить качество эмбрионов в программах ЭКО/ИКСИ с использованием сред для культивирования эмбрионов компании СООК.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 27 программ с использованием сред компании СООК: среда для оплодотворения, буфер на основе HEPES для промывки фолликулов, среда для разрушения межклеточных контактов в кумулюсном комплексе и денудации ооцита при подготовке к ИКСИ, среда с 10% поливинилпирролидоном для снижения подвижности сперматозоидов перед процедурой ИКСИ, среды, предназначенные для культивирования эмбриона от стадии зиготы до стадии бластоцисты, среда для культивирования на стадии бластоцисты, двухкомпонентный набор с растворами 40% и 80% плотности, среда на основе бикарбонатного буфера для выделения и манипуляций со сперматозоидами. Культивирование эмбрионов проводилось в мультигазовых инкубаторах OASIS,

при температуре 37°C, с содержанием азота 6%, кислорода – 5%. Для сравнения, методом случайного выбора взята группа из такого же числа пациентов, возрастом до 37 лет. Оплодотворение и культивирование в контрольной группе проводилось с использованием сред других производителей по схеме: среда оплодотворения → среда дробления → среда для бластоцист → среда для переноса эмбриона. Обработку спермы проводили методом центрифугирования в градиенте плотности.

Ооциты оплодотворяли через 2-3 часа после пункции, добавляя 50-100 тысяч подвижных сперматозоидов на ооцит, в случае проведения ЭКО. Через 18-20 часов после оплодотворения ооциты исследовали на наличие пронуклеусов (Montag end Van der Ven, 2001). Дальнейшую оценку дробления и качества эмбрионов проводили через 46-48 часов после оплодотворения на инвертированном микроскопе Olympus IX71 при увеличении S400. Эмбрионы классифицировались согласно числу бластомеров, равнозначности и сферичности бластомеров, наличию фрагментации (MAX – 7,0 баллов). Перенос эмбрионов проводили на 3-5 сутки культивирования. Клинические беременности диагностировали через 3-4 недели после переноса по наличию плодного яйца в полости матки. Для сравнения групп использовались следующие критерии: процент оплодотворения, процент дробления, количество качественных эмбрионов, общее число бластоцист, бластоцисты хорошего качества, количество переносимых эмбрионов, частота наступления клинической беременности.

Процент оплодотворения в обеих группах находится в пределах 85,4-86,6%. Дробление в исследуемой группе составило 98,9%, в контрольной – 93,6%. Оценивая качество эмбрионов (3-й день культивирования), наблюдается незначительная разница – в исследуемой группе эмбрионы хорошего качества составили 61,7%, в контрольной – 64%. Также больше общее количество бластоцист на пятый день культивирования в контрольной группе на 6,2%. Бластоцист хорошего качества больше в исследуемой группе и составляет 44,6%. Среднее количество переносимых эмбрионов на одну пациентку одинаково в контрольной и исследуемой группе, и составляет 2,0-2,15. В итоге, в исследуемой группе получено 14 клинических беременностей (что составило 51,8%), в контрольной группе процент эффективности ниже – 40,7% (11 беременностей).

Таблица 1 –

Критерии	Исследуемая группа	Контрольная группа
Возраст	до 37 лет	до 37 лет
Количество циклов	27	27
Частота оплодотворения	85,4%	86,6%
Частота дробления	98,9%	93,6%
Качественные эмбрионы на 3-й день	61,7%	64%
Среднее количество перенесенных эмбрионов	2,0	2,15
Общее число blastocysts	53,10%	59,30%
Blastocysts хорошего качества	44,60%	32,80%
Частота наступления клинической беременности	14 (51,8%)	11 (40,7%)
Частота имплантации	33,3%	22,4%

Выводы

Использование сред компании COOK для ступенчатого (поэтапного) культивирования эмбрионов дает возможность получения большего коли-

чества качественных blastocysts. И как следствие этого – большую частоту имплантации эмбрионов и увеличение частоты наступления клинической беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Fertility and Sterility Volume 99, Issue 6, Pages 1600-1609.e2, May 2013*
2. *D. Gardner, et al., 1999. Degree of maturity of the blastocyst*
3. *Coulam C. B., Roussev R. G. Increasing circulating T-cell activation markers are linked to subsequent implantation failure after transfer of in vitro fertilized embryos // AJRI. 2003. № 50. p. 340-345*
4. *Blake D., Farquhar C., Proctar H. Clevege stage versus blastocyst stage embryo transfer in assisted conception.*

ТҮЙІНДЕМЕ

COOK ӨСІРУ ОРТАСЫН ПАЙДАЛАНУДЫҢ ЕМХАНАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

О. А. Попова, Г. З. Баяхметова

«Астана ЭКОЛАЙФ» Адам репродукциясы медициналық орталығы,
Қазақстан, Астана

Емханалық тәжірибе COOK компаниясының оргаларын ұрықты сатылы (кезеңді) өсіру үшін пайдалану сапалық blastocysts-стала санын және емханалық жүктіліктің туындау жиілігін арттыруға алып келетінін көрсетті.

Түйін сөздер: ұрықтарды өсіру, сапасы жақсы blastocysts, имплантация, емханалық жүктілік.

SUMMARY

CLINICAL EXPERIENCE WITH CULTURE MEDIA COOK

O. A. Popova, G. Z. Bayakhmetova

Medical center of human reproduction Astana ECOLIFE,
Kazakhstan, Astana

Clinical experience has shown that the use of media COOK for step (phase) culturing embryos leads to an increase in the frequency and quality of blastocysts clinical pregnancy.

Keywords: the creation of embryos, blastocysts of good quality, implantation, clinical pregnancy.

УДК 618.315

ОПЫТ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Д. В. Джакупов, Р. А. Жолдасов, А. Р. Онлас, З. Е. Барманашева

*Институт Репродуктивной Медицины,
Казахстан, Алматы*

АННОТАЦИЯ

В статье представлен опыт органосохраняющего малотравматичного хирургического метода лечения прогрессирующей шейечной беременности пяти пациенток с использованием современных эндоскопических технологий. Ранняя диагностика, малые сроки гестации, отсутствие обильных кровянистых выделений, грубых анатомических дефектов шейки матки позволило свести к минимуму риск возникновения кровотечения и необходимость выполнения экстирпации матки.

Ключевые слова: шейечная беременность, гистероскопия, органосохраняющие операции, вспомогательные репродуктивные технологии.

Шеечная беременность – редкая, опасная для жизни форма эктопической беременности, при которой прикрепление и развитие плодной яйца происходит в шейке матки.

Актуальность данного заболевания связана не только с утратой репродуктивной функции пациенток, но и с высокой материнской летальностью. По данным литературы, смертность от шейечной беременности в результате массивного кровотечения составляет 14,3-50% [1].

Частота данной патологии в естественном цикле равна от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей [2]. Среди всех видов эктопической беременности заболевание встречается в 0,1-0,4% случаев [1]. Однако в настоящее время, в связи с широким распространением в акушерско-гинекологической практике вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), частота наступления шейечной беременности неуклонно растет и составляет 0,1% от всех беременностей, индуцированных в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и 3,7% от внематочных беременностей, оплодотворенных *in vitro* [3,4,5,6].

Учитывая достигнутые успехи в ранней диагностике, новейшее эндоскопическое оборудование, на сегодняшний день имеется возможность проведения органосохраняющего хирургического лечения шейечной беременности.

Материал и методы исследования

Нами было проведено органосохраняющее оперативное лечение шейечной беременности у пяти пациенток, которые поступили в плановом порядке в гинекологическое отделение Института Репродуктивной Медицины города Алматы Республики Казахстан за 2013 год. Средний возраст больных составил $36,2 \pm 1,2$ года. У четырех пациенток беременность наступила после программы ЭКО, у одной в естественном цикле. Срок беременности на момент обращения во всех случаях не превышал 7 недель и составил в среднем $4,6 \pm 0,5$ недели. Диагноз был установлен на основании клинического, трансвагинального ультразвукового и биохимического (определение уровня хорионического гонадотропина

в сыворотке крови) методов исследования. У четырех пациенток был выставлен диагноз – прогрессирующая шейечная беременность, у одной пациентки – гетеротопическая шейечная и маточная беременность.

Результаты исследования и обсуждение

На момент поступления жалобы на скудные кровянистые выделения из половых путей предъявляли две пациентки. У остальных беременных жалоб не отмечалось. Менструальная функция у всех пациенток протекала без особенностей. Бесплодием различных видов генеза страдали четыре пациентки. Роды в анамнезе имели четыре беременные, медицинские аборт с выскабливанием полости матки – 2 пациентки, у одной данная беременность была первая. Гинекологические оперативные вмешательства были отмечены у двух обследуемых: резектоскопия, миомэктомия и лапаротомия, двухсторонняя цистэктомия. Соматический анамнез исследуемых пациенток характеризовался низким уровнем экстрагенитальных заболеваний: у двоих пациенток зарегистрирован хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнезы не отягощены.

При гинекологическом осмотре были обнаружены патологические изменения. Так, при осмотре в зеркалах слизистая оболочка влагалища и шейки матки была слегка цианотичной, шейка матки имела бочкообразную форму со смещенным наружным зевом. Тело матки во всех случаях было мягковатой консистенции, несколько увеличено, но при этом увеличение размеров матки не соответствовало предполагаемому сроку беременности, пальпация матки была безболезненной. Придатки матки с обеих сторон не определялись, область их при пальпации была безболезненной.

По данным трансвагинальной ультрасонографии органов малого таза было выявлено: у трех пациенток плодное яйцо визуализировалось в цервикальном канале, внутренний зев был закрыт, сердечная деятельность регистрировалась с частотой 140-170 ударов в минуту. У одной пациентки был диагностирован внутриутробный

порок развития матки – двурогая матка, с локализацией плодного яйца в перешеечной области. У одной обследуемой зарегистрирована гетеротопическая беременность, с локализацией одного плодного яйца в полости матки, второго плодного яйца – в цервикальном канале.

На момент госпитализации уровень хорионического гонадотропного гормона варьировался от 144 до 1980 МЕ/л.

В целях сохранения детородной функции, а также учитывая небольшой срок гестации, отсутствие обильного кровотечения, грубых анатомических изменений шейки матки, мы посчитали возможным проведение органосохраняющей операции – гистероскопии с удалением плодного яйца в шейечном отделе и коагуляцией ложа. С больными и их ближайшими родственниками была проведена беседа о возможном неблагоприятном исходе выбранной тактики лечения, осложнениях и высокой вероятности гистерэктомии.

У четырех беременных в плановом порядке под внутривенной анестезией выполнена гистероскопия, удаление плодного яйца из шейки матки, коагуляция ложа плодного яйца резектоскопической петлей, ревизия полости матки. У одной пациентки, предполагая выраженный спаечный процесс в малом тазу после лапаротомии двухсторонних цистэктомий, учитывая возможную угрозу гистерэктомии, под интубационным наркозом была проведена операция лапароскопия – разъединение спаек

органов малого таза и временное пережатие маточных артерий, затем под контролем лапароскопии выполнена гистероскопия – удаление плодного яйца, коагуляция ложа, ревизия полости матки.

В течение первых суток сохранялся доступ в периферическую вену. Послеоперационный период протекал без осложнений. Все пациентки выписаны на вторые сутки под дальнейшее амбулаторное наблюдение врача акушер-гинеколога, в удовлетворительном состоянии, без кровянистых выделений из половых путей. Одна пациентка выписана с прогрессирующей маточной беременностью, без клинических и ультразвуковых признаков угрозы прерывания беременности.

По результату гистологического исследования у всех пациенток в соскобе были обнаружены элементы плодного яйца, что подтверждает достоверность выставленного диагноза.

Выводы

Шеечная беременность – редкая патология, представляющая серьезную угрозу не только для здоровья, но и для жизни больной. Представленный нами опыт бережного, малоинвазивного хирургического лечения шеечной беременности может стать реальной альтернативой радикальной хирургической операции, приводящей к утрате одной из важнейших функций женщины – воспроизведение потомства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Внематочная беременность / под ред. Рыбалка А. Н. - Симферополь: КГМУ, 2013. - 95 с.*
2. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / под ред. Кулакова В. И. - М.: ГЭОТАР. Медиа, 2006. - 543 с.*
3. *Гуриев Т. Д. Внематочная беременность / Гуриев Т. Д., Сидорова И. С. - М.: Практическая гинекология, 2007. - 96 с.*
4. *Каушанская Л. В. Внематочная беременность: патогенез, клиника, диагностика, отдаленные результаты лечения : автореф. дисс. на соискание науч. степени докт. мед.наук: спец. 14.01.01 / Каушанская Л. В. - М., 2010. - 44 с.*
5. *Karande V. C., Flood J. T., Heard N., et al. Analysis of ectopic pregnancies resulting from in-vitro fertilization and embryo transfer. Hum Reprod 1991; 6:446*
6. *Joelle E. Taylor, Tamer M. Yalcinkaya, Munire Erman Akar. Successful conservative management of cervical ectopic pregnancy: a case series. Department of Obstetrics and Gynecology, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC, USA. Archives of Gynecology (Impact Factor: 0.91). 06/2011; 283(6):1215-7. DOI: 10.1007/s00404-010-1529-7*

REFERENCES

1. *Vnematochnaya beremennost / pod red. Ryibalka A. N. - Simferopol: KGMU, 2013. - 95 s.*
2. *Klinicheskie rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya. Vyipusk 2 / pod red. Kulakova V. I. - M.: GEOTAR. Media, 2006. - 543 s.*
3. *Guriev T. D. Vnematochnaya beremennost / Guriev T. D., Sidorova I. S. - M.: Prakticheskaya ginekologiya, 2007. - 96 s.*
4. *Kaushanskaya L. V. Vnematochnaya beremennost: patogenez, klinika, diagnostika, otdalennyye rezultaty lecheniya : avtoref. diss. na soiskanie nauch. stepeni dokt. med.nauk: spets. 14.01.01 / Kaushanskaya L. V. - M., 2010. - 44 s*
5. *Karande V. C., Flood J. T., Heard N., et al. Analysis of ectopic pregnancies resulting from in-vitro fertilization and embryo transfer. Hum Reprod 1991; 6:446*
6. *Joelle E. Taylor, Tamer M. Yalcinkaya, Munire Erman Akar. Successful conservative management of cervical ectopic pregnancy: a case series. Department of Obstetrics and Gynecology, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC, USA. Archives of Gynecology (Impact Factor: 0.91). 06/2011; 283(6):1215-7. DOI: 10.1007/s00404-010-1529-7*

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАТЫР МОЙНЫ ЖҮКТІЛІГІ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ МҮШЕ САҚТАУШЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Д. В. Джакупов, Р. А. Жолдасов, А. Р. Онлас, З. Е. Барманашева

*Репродуктивті медицина институты,
Қазақстан, Алматы*

Мақалада заманауи эндоскоптық технологияларды пайдаланып бес емделушінің жатыр мойны үдемелі жүктілігін емдеудің хирургиялық аз жарақатты әдісі тәжірибесі ұсынылған. Ерте диагностика, аз гестация мерзімі, мол қанды бөлінудің болмауы, дерекі анатомиялық жатыр мойны ақаулықтарының болмауы қан кету қаупін минимумға жеткізуге және жатыр экстирпациясын орындау қажеттілігін жоққа шығаруға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: *жатыр мойны жүктілігі, гистероскопия, мүше сақтау оталары, қосалқы репродуктивті технологиялар*

SUMMARY

EXPERIENCE OF ORGAN PRESERVING SURGICAL THERAPY FOR PATIENTS WITH CERVICAL PREGNANCY

D. V. Dzhakupov, R. A. Zholdasov, A. R. Onlas, Z. E. Barmanasheva

*Reproductive Medicine Institute,
Kazakhstan, Almaty*

The article presents experience of organ preserving less traumatic surgical treatment mode of progressive cervical pregnancy for five patients with the use of modern endoscopic technologies. Early diagnostics, short gestation terms, absence of bloody overflows and gross anatomic defects of the cervix uteri allowed to minimize the risk of hemorrhage and the need for complete hysterectomy.

Keywords: *cervical pregnancy, hysteroscopy, organ preserving surgery, auxiliary reproductive technologies.*

УДК 618.315

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЛАГОПРИЯТНО ЗАВЕРШИВШЕЙСЯ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЦИКЛЕ ВРТ

Д. В. Джакупов, А. Ж. Малагаждарова, Л. Г. Баймурзаева, А. Р. Онлас

*Институт Репродуктивной Медицины,
Казахстан, Алматы*

АННОТАЦИЯ

В статье представлен редкий клинический случай гетеротопической шеечной и маточной беременности у пациентки репродуктивного возраста в программе вспомогательных репродуктивных технологий. Описан хирургический органосохраняющий метод лечения прогрессирующей шеечной беременности при сохранении маточной локализации второго плодного яйца. Ведение маточной беременности успешно завершилось рождением доношенного живого плода при сроке гестации 39 недель.

Ключевые слова: гетеротопическая маточная и шеечная беременность, органосохраняющее оперативное лечение, гистероскопия, вспомогательные репродуктивные технологии.

Гетеротопическая беременность – уникальная комбинация сочетания маточной и разных видов внематочной локализации плодного яйца.

До внедрения в медицинскую практику вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) гетеротопическая беременность была настолько же редка, насколько и смертельно опасна [1]. В настоящее время данная патология встречается с частотой 1:10000/30000 беременных в естественном цикле и 1:100 беременных в циклах вспомогательных репродуктивных методик [2]. До настоящего времени в зарубежной литературе описаны 37 случаев гетеротопической маточной и шеечной беременности, из них 4 беременности были получены в естественном цикле, 33 беременности – в результате лечения бесплодия [3].

Актуальность данной проблемы у женщин продолжает оставаться одной из сложных и окончательно нерешенных в гинекологии. Гетеротопическая беременность не только медицинская, но и социальная проблема, так как нередко приводит к утрате репродуктивной функции и летальности. По данным литературы, материнская смертность, сопряженная с гетеротопической беременностью, составляет 1,3-2,2% [4].

Благодаря новейшим технологиям и современным методам ранней диагностики данной патологии, появилась возможность проведения органосохраняющих операций у женщин с нереализованной генеративной функцией [5].

В данной публикации представлен редкий клинический случай успешного завершения гетеротопической маточной и шеечной беременности с применением органосохраняющих методов лечения, в последующем ведения сохраненной маточной беременности и родоразрешения.

Пациентка М., 37 лет, поступила в гинекологическое отделение Института Репродуктивной Медицины города Алматы Республики Казахстан 18 января 2013 года по направлению врача-репродуктолога с эхографическими признаками шеечной беременности при двойне по программе экстракорпорального оплодотворения и подсадки эмбриона (ЭКО и ПЭ).

Жалоб на момент поступления не предъявляла. Из анамнеза: три беременности, один медицинский аборт на ранних сроках гестации, одни срочные роды. Третья беременность – данная, индуцированная по программе ЭКО и ПЭ.

Учитывая нормальные показатели репродуктивных гормонов, при уровне антимюллерова гормона 1,66 нг/мл (нор-

ма 2,1-7,3 нг/мл) был выбран длинный протокол КОС (контролируемая овариальная суперстимуляция). На 16-ый день менструального цикла проведена ТВП (трансвагинальная пункция), в результате которой получены 24 ооцита. На 5-е сутки развития эмбрионов были перенесены две бластоцисты отличного качества.

Менструальная функция у пациентки не нарушена. Последняя менструация 08.12.12 в срок, без особенностей. Половая жизнь с 20 лет, регулярная. В течение 6 лет использовала внутриматочные контрацептивные средства. Гинекологические заболевания: вторичное бесплодие (5 лет). В 2012 году резектоскопия, миомэктомия. Состоит на диспансерном учете у терапевта по поводу хронического холецистита, пиелонефрита, ожирения I степени. Гемотранфузионный и аллергический анамнезы не отягощены.

На момент поступления состояние беременной удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Гинекологический статус: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки цианотичны, наружный зев расположен эксцентрично, выделения – слизистые, умеренные. Вагинальная картина – шейка матки размягчена, несколько укорочена, безболезненна, наружный зев закрыт. Тело матки несколько больше нормы, подвижно, мягковатой консистенции, безболезненно. Придатки не пальпируются. Своды свободные.

Из обследования: по данным ультрасонографии органов малого таза (при поступлении) – первое плодное яйцо в средней трети полости матки, СВД – 10 мм. Второе плодное яйцо расположено в нижней трети полости матки, на 50% – в цервикальном канале, СВД – 11 мм. Хорион расположен по передней стенке матки. Заключение: беременность 3-4 недели. Двойня. Не исключается шеечная беременность. Данные клинико-лабораторных показателей в пределах нормы. Уровень ХГЧ в сыворотке крови – 371 Ме/л.

В целях сохранения детородной функции и прогрессирующей маточной беременности, а также учитывая небольшой срок гестации, отсутствие кровотечения, грубых анатомических изменений шейки матки, мы посчитали возможным проведение органосохраняющей операции – гисте-

роскопии с удалением плодного яйца в шейчном отделе и сохранением плодного яйца в полости матки. С больной и ее ближайшими родственниками была проведена беседа о возможном неблагоприятном исходе выбранной тактики лечения, осложнениях и высокой вероятности гистерэктомии.

В плановом порядке выполнена гистероскопия, удаление плодного яйца из шейки матки, ревизия полости матки. Под в/в анестезией после 3-х кратной обработки влажной салфеткой раствором йода, без использования влажных зеркал и расширения в шейку матки введен гистероскоп с хирургическим тубусом: слизистая цервикального канала с хорошей складчатостью и протоками желез, в верхней трети цервикального канала в подслизистой визуализируется имплантация плодного яйца. Область внутреннего зева расширена, имеются децидуальные изменения. Произведено прицельное удаление плодного яйца гистероскопическими ножницами, яйцо фрагментами извлечено. Резектоскопической петлей ложе плодного яйца коагулировано. После удаления гистероскоп введен в полость матки: эндометрий децидуально изменен, в полости матки по передней стенке с переходом на дно второе плодное яйцо, не травмировано.

Через 2 часа после операции женщина жалоб не предъявляет, кровотечения не возникло, общее состояние удовлетворительное. В течение первых суток сохранялся доступ в периферическую вену, проведена инфузионная терапия но-шпа 2,0 мл в/в на физиологическом растворе, дицинон 4,0 в/м, дюфастон по 2 таб. 3 раза в сутки, прогинова по 1 таб. 2 раза в сутки. Отмечена положительная динамика, мажущие кровянистые выделения купированы.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Пациентка выписана на вторые сутки с прогрессирующей маточной беременностью без клинических и ультразвуковых признаков угрозы прерывания беременности. По результатам ультразвукового исследования от 25.01.2013 года в полости матки визуализируется одно

плодное яйцо, КТР 5 мм, СВД 16 мм, сердцебиение (+).

По результату гистологического исследования №0267-0269 – в соскобе была обнаружена: децидуальная ткань, ворсины хориона с двуслойной эпителиальной выстилкой синцитио- и цитотрофобластом, фрагменты эндометрия секреторного типа, свертки крови, массы фибриноида.

В послеоперационном периоде до срока гестации 13-14 недель пациентка находилась под наблюдением врача-репродуктолога. Проводилась сохраняющая терапия гестагенами в стандартном режиме. УЗИ ОМТ от 09.02.13 КТР 19 мм, СВД 42 мм, желточный мешочек 4 мм, сердцебиение плода (+). Хорион по передней стенке.

Диспансерный учет по беременности проводился в женской консультации Института Репродуктивной Медицины. Ведение беременности осуществлялось в соответствии с протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Казахстан. Течение беременности осложнилось истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН) в сроке гестации 23-24 недели. По данным ультразвукографии матки (длина шейки матки 2,9 см, воронкообразное расширение в области внутреннего зева). Проведена хирургическая коррекция ИЦН по Мак-Дональду. Беременность завершилась нормальными срочными родами живым плодом при сроке гестации 39 недель.

Случаи гетеротопической маточной и шейчной беременности в естественном цикле крайне редки и уникальны. Однако в современных условиях, с широким внедрением ВРТ, данная патология встречается все чаще и обращает на себя внимание в связи с угрозой инвалидизирующей операции у пациенток репродуктивного возраста. Проведенная нами малоинвазивная хирургическая методика удаления плодного яйца и коагуляции ложа при условиях ранней диагностики, малого срока гестации, отсутствии кровотечения в клинике, оснащенной операционной, позволит сохранить репродуктивное здоровье и жизнь пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кабешов А. М., Пономарев Н. Н., Кулакова И. В., Кодалаева Л. С., Легоньких Л. В., Фадеева Т. Б. Неиндуцированная гетеротопическая беременность (описание случая) // *Проблемы репродукции*. 2009.1. с. 70-71
2. Bouyer J., Coste J., Fernandez H., Pouly J. L., Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002; 17(12):3224-3230
3. Kim M. G., Shim J. Y., Won H. S., Lee P. R., Kim A. Conservative management of spontaneous heterotopic cervical pregnancy using an aspiration cannula and pediatric Foley catheter. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009 Jun; 33(6):733-4
4. Diallo D., Aubard Y., Piver P., Baudet J.-H. Cross esse heterotopique: a propos de 5 cas et revue de la literature. *J Gynecol Obstet Reprod* 2000; 29:131-14.
5. Чернова И. С. Современные подходы к лечению женщин с эктопической беременностью различной локализации: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с.

REFERENCES

1. Kabeshov A. M., Ponomarev N. N., Kulakova I. V., Kodalaeva L. S., Legonkih L. V., Fadeeva T. B. Neindutsirovannaya geterotopicheskaya beremennost (opisanie sluchaya) // *Problemy reproduktivnoy meditsiny*. 2009.1. s. 70-71
2. Bouyer J., Coste J., Fernandez H., Pouly J. L., Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002; 17(12):3224-3230
3. Kim M. G., Shim J. Y., Won H. S., Lee P. R., Kim A. Conservative management of spontaneous heterotopic cervical pregnancy using an aspiration cannula and pediatric Foley catheter. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009 Jun; 33(6):733-4
4. Diallo D., Aubard Y., Piver P., Baudet J.-H. Cross esse heterotopique: a propos de 5 cas et revue de la literature. *J Gynecol Obstet Reprod* 2000; 29:131-14.
5. Chernova I. S. Sovremennyye podhody k lecheniyu zhenschin s ektopicheskoy beremennostyu razlichnoy lokalizatsii: Avtoref. dis. ... kand. med.nauk. - M., 2011. - 24 s.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚРТ АЙНАЛЫМЫНДАҒЫ СӘТТІ АЯҚТАЛҒАН ГЕТЕРОТОПТЫҚ ЖҮКТІЛІКТІҢ ЕМХАНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Д. В. Джакупов, А. Ж. Малагаждарова, Л. Г. Баймурзаева, А. Р. Онлас

*Репродуктивті медицина институты,
Қазақстан, Алматы*

Мақалада қосалқы репродуктивті технология бағдарламасында репродуктивті жастағы әйел адамдардың гетеротортық жатыр мойны және жатыр жүктілігі жағдайының емханалық сирек ахуалы ұсынылған. Екінші ұрық жұмыртқасын жатырлық оқшаулауды сақтау барысында үдемелі жатыр мойны жүктілігін емдеудің мүше сақтаушы әдісі сипатталған. Жатыр жүктілігін жүргізу 39 апталық гестация кезеңінде тірі ұрықтың тууымен сәтті аяқталған.

Түйін сөздер: *гетеротоптық жатыр және жатыр мойны жүктілігі, мүше сақтаушы жедел емдеу, гистероскопия, қосалқы репродуктивті технология*

SUMMARY

CLINICAL CASE OF HETEROTOPIC PREGNANCY ENDED GOOD IN THE ART CYCLE

D. V. Djakupov, A. Z. Malagazhdarova, L. G. Baimurzaeva, A. R. Onlas

*Institute of Reproductive Medicine,
Kazakhstan, Almaty*

The article presents a rare clinical case of heterotopic cervical and uterine pregnancy of a patient infertile age with in a program of assisted reproductive technologies. It describes a surgical preserving treatment of progressive cervical pregnancy with maintenance of uterine localization of second ovum. Uterine pregnancy follow-up is successfully completed with a full-term live fetus at 39 weeks gestation.

Keywords: *uterine and cervical heterotopic pregnancy, surgical preserving treatment, hysteroscopy, assisted reproductive technologies.*

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).

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 и английском языке;
- инициалы и фамилии авторов статьи на русском и английском языке;
- наименование учреждения, в котором выполнялась работа на русском и английском языке;
- статью предваряет аннотация (резюме) объемом не более 100 слов. Здесь должны быть изложены цели исследования, приведены основные результаты на русском и английском языке.
- к каждой статье должен быть приложен список ключевых слов на русском 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, JPEG) и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисуночные 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. Ophtal.1981; 65:138-141

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.

