

Проведённое исследование выявило весьма отдалённую связь между ожирением и неблагоприятными акушерскими и перинатальными исходами. Частота осложнённых исходов при ожирении зависела прежде всего от того, как организовано оказание медицинской помощи данной категории пациенток.

The study revealed a very distant relationship between obesity and adverse obstetric and perinatal outcomes. Frequency complicated outcomes in obesity depended primarily on how the provision of health care in this category of patients.

Общеизвестно, что при ожирении отмечается высокая частота акушерских и перинатальных осложнений. Противоречия, которые были выявлены в результате проанализированных нами 24 метаанализов, посвящённых данной теме, позволили усомниться в категоричности заключения о том, что само ожирение негативно влияет на исходы беременности и родов. Таким образом, на сегодняшний день достоверные данные, подтверждающие, что ожирение является независимым фактором риска неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов, отсутствуют. В недавно проведённом ретроспективном исследовании было доказано, что в подавляющем проценте случаев осложнения у пациентов с ожирением были связаны с несовершенной инфраструктурой медицинского учреждения, неподготовленностью кадров и плохим администрированием процесса лечения.

Цель исследования — проанализировать, как частота осложнённых акушерских и перинатальных исходов у женщин с ожирением зависит от оснащённости родильного отделения и подготовленности кадров к работе с данной категорией пациенток.

Проведено ретроспективное и проспективное исследование исходов родов у пациенток с ожирением. Ретроспективно методом сплошной выборки проанализировано 12 384 историй родов пациенток, родоразрешённых в родильном отделении МУЗ «1-я городская клиническая больница им. Ю.Я. Гордеева» в период с 2000 по 2008 г. Пациентки с ожирением составили 26,6% от общего числа беременных, поступивших в отделение. Из них с I степенью ожирения — 90,35%, со II — 7,26% и с III степенью — 2,43%. Диагностика ожирения осуществлялась согласно критериям ВОЗ, на основании индекса массы тела (ИМТ), регистрируемого не позднее 6-й недели беременности. Проспективно в период с 2009 по 2014 г. обследовано 347 пациенток с ожирением различной степени тяжести. В этот период произошло переоснащение родильного отделения. Были установлены ультразвуковые аппараты экспертного класса, каждый родильный зал оснащён КТГ-аппаратами, приобретён амниоскоп, прибор для визуализации периферических вен, новые мониторные комплексы, наркозно-дыхательная аппаратура, аппарат для реинфузии, внедрены баллонный маточный гемостаз, фотокоагуляция раневой поверхности и эндометрия, устройства для диагностики и лечения после родовых маточных осложнений. Внедрены в практику алгоритмы «трудной интубации», «профилактики тромбоэмболических осложнений», «стандарт анестезиологического пособия для беременных с ожирением», мониторинг внутрибрюшного давления. Частота и выраженность осложнений в ретро- и проспективной группе подвергнуты анализу.

При ретроспективном анализе было отмечено, что оперативное родоразрешение у беременных с ожирением производилось чаще, чем у пациенток с нормальной массой тела, причём за счёт кесарева сечения по срочным показаниям. Поводом для этого служили состояния, не имевшие инструментального и лабораторного подтверждения. Ошибочная диагностика крупного плода повлекла за собой учащение плановых операций. Ввиду неудовлетворительной визуализации при ультразвуковом исследовании масса плода определялась на основании расчётных формул. Слишком частые экстренные операции у беременных с ожирением привели к увеличению числа анестезиологических осложнений,

связанных с трудной интубацией (продолжительная гипоксемия), с регионарной анестезией (травматизация, высокая частота гемодинамических нарушений). Все эти осложнения были сопряжены с осложнёнными перинатальными исходами. Частота перинатальных осложнений также зависела от продолжительности предоперационной подготовки при необходимости экстренного родоразрешения (тяжёлая преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, асфиксия плода). Следствием необоснованно частого оперативного родоразрешения явилось учащение патологической кровопотери, раневой инфекции и тромботических осложнений. Современное оснащение и внедрение новых технологий позволило значительно снизить частоту и выраженность осложнений у пациенток с ожирением, несмотря на то что частота самого ожирения значительно возросла по сравнению с предыдущим периодом. В проспективной группе частота акушерских и перинатальных осложнений при ожирении статистически достоверно не отличается от таковой у пациентов, имеющих нормальную массу тела.

Кавитационное ультразвуковое воздействие на рецепторное поле эндометрия: возможности реабилитации после регрессирующей беременности

Мелкозёрова О.А.¹, канд. мед. наук, руководитель гинекологического отдела ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ.

E-mail: abolmedi@mail.ru, моб. тел.: +7 922 219 4506;

Башмакова Н.В.¹, докт. мед. наук, проф., директор ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ;

Погорелко Д.В.¹, аспирант ФГБУ «НИИ ОММ» МЗ РФ;

Чистяков М.А.², канд. мед. наук, директор ГБУЗ «СОПАБ».

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» МЗ РФ;

²ГБУЗ СО «Свердловское областное патологоанатомическое бюро», Екатеринбург.

Ультразвуковое кавитационное орошение полости матки позволяет восстановить морфологическую структуру эндометрия, повысить уровень экспрессии стероидных рецепторов в строме и железах эндометрия и нормализовать экспрессию маркера пролиферации Ki67 в строме эндометрия.

Ultrasonic cavitation irrigation of the uterine cavity allows you to restore the morphological structure of the endometrium, to increase the level of expression of steroid receptors in the stroma and endometrial glands and to normalize the expression of marker of proliferation Ki67 in endometrial stroma.

Трудности медикаментозной реабилитации эндометрия после неразвивающейся беременности обусловили поиск локальных факторов физического воздействия на слизистую оболочку полости матки для восстановления её рецептивности.

Цель работы — оценить эффективность ультразвукового кавитационного орошения полости матки с целью восстановить эндометрий у женщин после прерывания регрессирующей беременности. 70 пациенток с регрессирующей беременностью в I триместре были разделены методом случайной выборки на две подгруппы: 1А — 38 пациенток, у которых в комплексе терапии был проведён курс кавитационного орошения полости матки, и 1В — 32 пациентки, во время лечения которых не проводилось внутриматочных орошений. Вторую группу составили 22 женщины с неразви-

вающейся беременностью в анамнезе, страдающие хроническим эндометритом, подтверждённым гистологически. Контрольная группа — восемь условно-здоровых женщин. Кавитационное орошение полости матки осуществлялось на третий день после прерывания регрессирующей беременности в первой группе и на 7–9-й день цикла во второй группе аппаратом АК 100 «Фотек», пять процедур по 3–5 мин. На 7–10-й день следующего менструального цикла выполнено гистологическое исследование и ИГХ-исследование эндометрия, взятого методом pipelle-биопсии.

Гистологическая картина эндометрия, соответствующая ранней фазе пролиферации без лимфоидной инфильтрации стромы, наблюдалась у 66,7% женщин группы 1А и только у 25,2% женщин группы 1В. У 56,3% пациенток группы 1В выявлена картина хронического эндометрита. Эффективность метода в группе пациенток с хроническим эндометритом составила 54,5%, что значительно ниже, чем в группе женщин, где лечение начато сразу после вакуум-аспирации плодного яйца, — 66,7% ($p < 0,05$), и значительно выше, чем в группе женщин, где кавитационное орошение не применялось, — 25,2% ($p < 0,05$). Методом иммуногистохимии был исследован локальный уровень экспрессии CD3⁺ и CD20⁺, нейтрофилов и плазматиков в строме эндометрия. У пациенток подгруппы 1В, не получавших орошения полости матки после вакуум-аспирации по поводу регрессирующей беременности, установлен значительно более высокий уровень инфильтрации стромы эндометрия Т-лимфоцитами ($2,21 \pm 0,19\%$ в группе без орошения против $0,61 \pm 0,025\%$ в подгруппе 1А, $p < 0,001$), нейтрофилами (соответственно $0,52 \pm 0,027$ и $0,12 \pm 0,007\%$, $p < 0,001$) и плазматиками ($0,25 \pm 0,014$ против $0,13 \pm 0,007\%$ в подгруппе А, $p < 0,001$). Это свидетельствует об активации воспалительной реакции в строме эндометрия в подгруппе пациенток с регрессирующей беременностью, не получавших в комплексной терапии курса кавитационного орошения полости матки.

Выявлена потенция кавитированных жидких сред в восстановлении уровня экспрессии Epcd, преимущественно в железах эндометрия, до уровня, сопоставимого с контрольными значениями (группа 1А — $188,54 \pm 1,97$ балла; контроль $195,5 \pm 6,12$ балла, $p > 0,05$; группа 1В — $177,01 \pm 5,29$ балла, $p < 0,05$). Стромальный пул ERa на фоне орошения достоверно не изменялся (группа 1А — $135,9 \pm 9,94$ балла, группа 1В — $147,02 \pm 7,14$ балла, $p > 0,05$). Это может объясняться глубиной воздействия на ткани ультразвуковых волн, однако здесь требуются дальнейшие исследования.

Уровень экспрессии маркера пролиферации Ki67 в строме и железах эндометрия был значительно выше в группе пациенток, не получавших кавитационного ультразвукового орошения полости матки. Экспрессия Ki67 в строме в группе 1А — $107,45 \pm 2,93$, в группе 1В — $115,66 \pm 3,86$ ($p < 0,05$), в железах — $145,63 \pm 5,43$ в группе 1А, $168,33 \pm 14,59$ — в группе 1В, что значительно выше контрольных значений $132,51 \pm 4,25$ ($p < 0,01$). Преимущественно автономный путь регуляции пролиферации при хроническом воспалении подтверждается более низкой экспрессией эстрогеновых рецепторов в этой группе наблюдения.

Показана значительно более высокая экспрессия PR в железах эндометрия и в строме у женщин после кавитационного орошения полости матки по сравнению с пациентками, у которых данная процедура не проводилась. Экспрессия PR в строме в группе 1А — $159,09 \pm 4,82$, в группе 1В — $143,01 \pm 8,19$ ($p < 0,05$); в железах — $196,18 \pm 1,94$ в группе 1А, $181,66 \pm 3,18$ — в группе 1В ($p < 0,01$).

Таким образом, ультразвуковое кавитационное орошение полости матки после прерывания регрессирующей беременности является эффективной методикой реабилитации рецепторного поля эндометрия.

Литература

1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2007. — №2. — С. 62–64.

2. Сухих Г.Т., Шурилина А.В. *Хронический эндометрит*. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю. *Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов с использованием лекарственных растворов, кавитированных низкоинтенсивным ультразвуком: Пособие для врачей*. — Екатеринбург: ВПО УГМА Росздрав, 2012. — 48 с.

Прогнозирование эффективности лечения у женщин с бесплодием — пути совершенствования

Мелконянц Т.Г., Крутова В.А.

Базовая акушерско-гинекологическая клиника
ГБОУ ВПО «КубГМУ» Минздрава России.
E-mail: tatyana.melkonyanc@mail.ru,
моб. тел.: +7 918 388 3480.

Эффективность лечения бесплодия прогнозировалась с учётом уровня стрессоустойчивости пациенток, испытывающих хронический стресс. Уровень стрессоустойчивости определяли по динамике регуляторно-адаптивного статуса. Установлено, что лечение более эффективно при более высоком уровне стрессоустойчивости.

Efficiency of treatment of infertility was projected according to the level stress resistance of patients, experiencing chronic stress. Level stress resistance was determined by the dynamics of the regulatory-adaptive status. It is established that treatment is more effective at higher level stress resistance.

Одним из этиопатогенетических звеньев бесплодия является хронический эмоциональный стресс [4, 5]. Имеется прямая связь между хроническим стрессом, вызванным бесплодием, и отрицательным исходом процедуры ЭКО [1].

Цель работы — определить, возможно ли прогнозировать эффективность лечения женщин с неорганическим бесплодием, учитывая уровень стрессоустойчивости у пациенток с различным генезом бесплодия. У всех находившихся под наблюдением женщин определяли уровень стрессоустойчивости по динамике индекса регуляторно-адаптивного статуса [3], который вычисляли по параметрам функциональной пробы сердечно-дыхательного синхронизма [2]. Ретроспективно по результатам лечения все наблюдаемые женщины с бесплодием были разбиты на три группы. Первую группу (26 человек) составили пациентки, у которых первый курс лечения оказался эффективным. Они стали беременными и родили детей. Сразу после лечения индекс регуляторно-адаптивного статуса по отношению к исходному увеличивался на 60,0% за счёт возраставшего на 60,9% диапазона сердечно-дыхательного синхронизма. При этом длительность развития синхронизации оставалась достоверно неизменной на минимальной границе диапазона. Уровень стрессоустойчивости у них был высоким. Ко второй группе (21 человек) были отнесены женщины с бесплодием, у которых беременность, закончившаяся родами, наступила после двух-трёх курсов лечения. Их мы обозначили как группу, у которой результат после первого курса лечения был приближен к норме. После лечения индекс регуляторно-адаптивного статуса увеличивался на 41,1%. Диапазон синхронизации возрастал на 130,9%. Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона достоверно не изменялась. Уровень стрессоустойчивости оценивался как удовлетворительный. Третья группа (23 человека) включала женщин с бесплодием, у которых лечение оказалось неэффективным. После лечения индекс регуляторно-адаптивного