

## **ОРГАНИЗАТОРЫ**

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени  
В.И. Кулакова»

Российское общество акушеров-гинекологов  
Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

# **МАТЕРИАЛЫ**

**X юбилейного Всероссийского  
научного форума**

## **Мать и дитя**

**Москва**

Центр международной торговли

**29 сентября—2 октября 2009г.**

**Главный редактор:**

Г.Т. Сухих

**Редакторы:**

В.Н. Серов

И.И. Баранов

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ CIN 2,3

Гаврикова М.В., Минкина Г.Н., Комарова Е.В.  
Московский государственный медико-стоматологический уни-  
верситет, Москва, Россия

Как по литературным данным, так и по результатам собственных исследований, 16 тип ВПЧ является наиболее распространенным у пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки – цервикальной интраэпителиальной неоплазией 2 и 3 степени тяжести (CIN 2,3). После лечения CIN 2,3 у части пациенток, по-прежнему, обнаруживаются высококанцерогенные типы ВПЧ (ВПЧ ВКР). Целью настоящего исследования явился анализ результатов генотипирования в различные сроки после лечения CIN 2,3 у ВПЧ ВКР-положительных пациенток. 157 пациенток с гистологически верифицированным диагнозом CIN 2,3 наблюдались в специализированном кабинете кафедры акушерства и гинекологии МГМСУ после процедуры петлевой электрохирургической эксцизии через 3, 6 и 12 месяцев. В период наблюдения после лечения использовались те же методы, что и для диагностики перед лечением: цитология, кольпоскопия и ВПЧ-тестирование. Для определения конкретных онкогенных типов использовалась система “Амплисенс ВПЧ ВКР генотип”. В первый постлечебный визит ВПЧ ВКР-положительными оставались 60 пациенток. Анализ данных генотипирования продемонстрировал следующие результаты: наиболее часто выявлялся 16 тип ВПЧ – у 22 (36,7%) пациенток, в два-три раза реже встречались ВПЧ 31 и 33 типов (16,7% и 13,3% соответственно). 35 и 18 типы обнаружены в 10% наблюдений. Доля других онкогенных типов в совокупности составила 13,3%, т.е. они встречались в единичных случаях. Дальнейший анализ продемонстрировал у 34 (56,7%) пациенток наличие моноинфекции, у 26 (43,3%) – коинфекции несколькими онкогенными типами вируса. Такие онкогенные типы ВПЧ как 56, 58 и 45 присутствовали только в случаях коинфекций. Среди носителей одного типа ВПЧ преобладал 16 тип (55,9%). Анализ распространенности конкретных типов вируса у ВПЧ ВКР-положительных пациенток через 12 месяцев, по-прежнему, выявил преобладание 16 типа (51,8% наблюдений), также часто обнаружены 33 тип (15,3%), 18 тип (11,6%), 51 тип (10,3%) и 31 тип (9,2%). В небольшом количестве наблюдений определялись 52, 35 и 45 типы. 56 и 59 онкогенные типы через 12 месяцев постлечебного мониторинга обнаружены не были. Таким образом, ВПЧ 16 является наиболее часто встречаемым онкогенным типом у пациенток с персистирующей инфекцией после лечения CIN 2,3.

## СПОСОБ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Газазян М. Г., Иванова Т. С., Пономарева С.В.  
Кафедра акушерства и гинекологии, Курский Медицинский  
Университет, Россия

Проблема неразвивающейся беременности продолжает оставаться чрезвычайно актуальной как в клиническом, так и социальном аспекте. К одному из основных факторов, обуславливающих осложненное течение послеоперационного периода у женщин с неразвивающейся беременностью, относится неполноценная регенерация эндометрия, связанная с инфицированием матки, как правило, условно-патогенной флорой. Цель: Оценка комплексной ранней реабилитации эндометрия путем внутриматочного применения препарата «Линтекс-Мезогель» после инструментального опорожнения полости матки по поводу замершей беременности в первом триместре. Материалы и методы: Проведено комплексное обследование 80 женщин, с неразвивающейся беременностью в I триместре. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от метода лечения. Основную (первую) группу составили 30 женщин, которым сразу после инструментального опорожнения полости матки вводили 5 мл препарата «Линтекс-Мезогель» на фоне проводимой антибактериальной, утеротонической терапии и физиотерапевтических методов лечения. В группу сравнения (вторая группа) вошли 30 пациенток без применения внутриматочных средств с традиционным ведением данной категории больных. Контрольную (третью) группу составили 20 пациенток детородного возраста, которым был произведен медицинский аборт по желанию в I триместре беременности. Методы исследования: клинико-анемнестический, бактериологическое исследование микрофлоры цервикального канала, исследование внутриматочных аспирационных цитогрaмм для контроля регенерации эндометрия на 3-и сутки, 5-и сутки, 7-и сутки послеоперационного периода проводилось на микроскопе МБЛ-16 с количественным и качественным анализом сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, полибластов, моноцитов, макрофагов, эозинофилов и фибробластов при увеличении в 180, 450, 630 раз. Интерпретация результатов исследования 80 аспирационных биоптатов из полости матки основывались на классификации раневого процесса, предложенных М.Ф. Камаевой. За норму были приняты результаты исследования метроаспираатов у 20 клинически здоровых женщин после проведенного медицинского аборта по желанию на 3-и сутки несложившего послеабортного периода (контрольная группа). Результаты. Проведенное нами исследование показало, что средний возраст женщин составил  $28,2 \pm 0,5$  лет в основной группе,  $27 \pm 0,4$  лет в группе сравнения и в группе контроля  $27,2 \pm 0,4$  года. При поступлении в стационар пациентки сравниваемых групп жаловались на боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения из половых путей. Без жалоб поступили 8 (26,7%) женщин первой группы и 7 (23,3%) женщин второй группы, а также 100% паци-

енток группы контроля. Практически во всех группах выявлены гинекологические заболевания. В основной группе – кольпиты, эрозии шейки матки, цервициты, хронические сальпингоофориты и хронический эндометрит. В группе сравнения и контроля преобладали эрозии шейки матки, цервициты. В структуре микрофлоры цервикального канала преобладали различные штаммы стафилококков: в основной группе и группе сравнения у 7 (23,3%) и 6 (20%) больных соответственно. Также в этих группах наблюдался высокий процент лактобацилл от 12 до 17 %. В 16,7% (5) и 23,3% (7) обследуемых пациенток в I и II группе обнаружена в составе микрофлоры цервикального канала кишечная палочка. Бактерии рода *Enterococcus* идентифицированы у 3 (10%) пациенток основной группы и 4 (13,3%) пациенток группы сравнения. Микрофлора цервикального канала при бактериологическом исследовании не выделена в 10% (3) женщин. При исследовании аспирационных цитогрaмм на 3-и сутки послеоперационного периода морфологическая картина в основной группе соответствовала 1-й фазе регенераторного периода; в группе сравнения – дегенеративно-воспалительной фазе. Для женщин контрольной группы тип мазка соответствовал переходу из 1-й во 2-ю фазу регенераторного периода. У больных основной группы в процессе лечения на 5-е сутки происходили изменения численности нейтрофилов и лимфоцитов (соответственно с  $59,1 \pm 1,2$  до  $47,3 \pm 2,0$ ; с  $20,1 \pm 1,01$  до  $25,3 \pm 1,3$ ) и отмечалось появление фибробластов (с  $4,2 \pm 0,3$ ;  $p < 0,01$ ), что характерно для 2-й фазы регенераторного периода и указывало на благоприятное течение репаративных процессов. У больных группы сравнения и на 5-е сутки послеоперационного периода мазок соответствовал дегенеративно-воспалительной фазе. Только к 7-м суткам послеоперационного периода происходило снижение числа нейтрофилов (с  $72,8 \pm 1,04$  до  $61,1 \pm 1,9$ ;  $p < 0,01$ ), увеличение количества лимфоцитов, полибластов и эозинофилов. Тип мазка при этом соответствовал 1-й фазе регенераторного периода. Таким образом, репаративные процессы в полости матки у женщин с неразвивающейся беременностью после выскабливания полости матки протекали значительно быстрее в тех случаях, когда на фоне проводимой традиционной терапии внутриматочно применялся препарат «Линтекс-Мезогель».

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ АБОРТОМ**

**Гайсина М.В., Красникова М.Б., Додонов А.Н.,  
Трубин А.Р.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия*

В России искусственный аборт продолжает оставаться основным, хотя и небезопасным средством регулирования рождаемости. Медицинский аборт в зависимости от условий, причин и показаний негативно влияет не только на репродуктивное здоровье, но и

на психоэмоциональное состояние женщины. Особый риск для репродуктивной функции и для психоэмоционального статуса возникает при прерывании первой беременности, особенно у юных женщин. В настоящее время в практическое здравоохранение внедрен неинвазивный метод прерывания ранних сроков беременности – медикаментозный аборт, имеющий ряд преимуществ перед инвазивными методами.

Цель исследования: изучить негативное влияние медикаментозного аборта на психоэмоциональное состояние женщины.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование и изучены результаты медикаментозного аборта у 104 женщин.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, анонимное анкетирование, психодиагностическое тестирование по Спилбергеру-Ханайну, Люшеру, Цунгу.

На основании результатов анкетирования и психодиагностического обследования перед медикаментозным абортом разработаны критерии для определения типа реагирования: компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный.

Для компенсированного типа реагирования характерны отсутствие тревоги, саморегуляция сохранена, контроль над эмоциями и поведением сохранен, степень конфликта и признаки депрессии отсутствуют. Для субкомпенсированного типа реагирования характерно: ситуационная тревога (1-3 балла), саморегуляция ослаблена, контроль над эмоциями и поведением ослаблен, способность оценить и повлиять на ситуацию ослаблена, признаки депрессии отсутствуют. Для декомпенсированного типа реагирования характерны: выраженная тревога (4-12 баллов), саморегуляция резко снижена, эмоции отрицательные, способность повлиять на ситуацию утрачена, депрессия легкой степени.

Результаты. Обследованные пациентки находились в возрасте от 19 до 47 лет, в том числе 19-24 лет – 29,8%, 25-39 лет – 63,3%, старше 40 лет – 6,8%. Социальный состав: учащиеся колледжей и вузов (25,8%), работающие (61,5%), домохозяйки (13,7%). В браке не состояли 47,5% женщин. Первую внебрачную нежелательную беременность прервали 27,6% пациенток, повторную (в анамнезе аборты) – 21,3%, имели в анамнезе роды (от 1 до 3) и аборты (от 1 до 4) – 51,1%. Диагностированы экстрагенитальные и гинекологические заболевания (в фазе ремиссии) у 64,5% и 43,4% пациенток соответственно. Вредные привычки выявлены у 75,5% пациенток (курили 28,3%, периодически употребляли спиртные напитки – 48,2% женщин). Частые конфликты в семье имели 16,7% женщин. Контрацептивные средства использовали 27,9% пациенток.

Основные причины прерывания беременности – социальные (учеба, материальная необеспеченность, жилищные проблемы, настоящие родители, партнера). Осознание наступления беременности сопровождалось у большинства (85,5%) беспокойством, страхом, сожалением о необходимости аборта, угрызением совести, чувством тревоги.

Медикаментозное прерывание беременности проведено у 104 женщин с помощью отечественного препарата «Пенкрофтон», который назначался в виде та-