

## **ОРГАНИЗАТОРЫ**

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения  
Департамент высокотехнологичной медицинской помощи  
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова  
Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»  
Российское общество акушеров-гинекологов  
Компания «МЕДИ Экспо»

# **МАТЕРИАЛЫ IV СЪЕЗДА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ РОССИИ**

**Москва**

Центр международной торговли

**30 сентября - 2 октября 2008г.**

Главный редактор: *Г.Т. Сухих*

Редакторы: *В.Н. Серов*  
*И.А. Аполихина*

Москва 2008

ние - (1,22+0,06) против (0,93+0,09); характер менструаций - (6,12+0,07) против (5,02+0,17).

В группе девушек с АКО балл полового развития несколько больше чем в группе сравнения, в основном за счёт показателя характеризующего развитие молочных желез и менструальную функцию (4,08+0,11 и 6,10+0,14 против 3,80+0,09 и 5,02+0,17 соответственно). Следует обратить внимание на отсутствие достоверного отличия степени лобкового и аксиллярного оволосения в группе девушек с АКО (0,82+0,03 против 0,81+0,04 и 0,94+0,11 против 0,93+0,09).

При оценке балла полового развития у девушек – подростков с ожирением 17 – 19 лет, отмечено существенное его повышение в группе с ГСППС (12,47+0,56) по сравнению с девушками группы сравнения (12,05+0,11). Такие показатели обусловлены достоверно большими баллами развития молочных желез – (5,23+0,69) против (3,81+0,40) в группе сравнения; лобкового оволосения (1,12+0,10) против (0,86+0,11); аксиллярного оволосения (1,5+0,14) против (1,1+0,12); меньшего балла отражающего менструальную функцию (5,36+0,18) против (6,28+0,15).

У девушек – подростков страдающих СПКЯ, балл полового развития составил (11,82+0,22), что несколько меньше чем в группе сравнения - (12,05+0,11). При этом достоверно большими оказались показатели, отражающие развитие: молочных желез (4,72+0,33) против (3,81+0,40); лобковое оволосение (1,09+0,10) против (0,86+0,11); аксиллярное оволосение (1,4+0,12) против (1,1+0,12). Однако балл, отражающий менструальную функцию в группе девушек с СПКЯ достоверно ниже, чем в группе сравнения (4,27+0,13 и 6,28+0,15 соответственно).

Девушки 17-19 лет с алиментарно-конституциональным ожирением, по данным нашего исследования не имели достоверных различий с группой сравнения за исключением балла характеризующего развитие молочных желез (4,69+0,31 против 3,81+0,40). В итоге девушки с АКО имели максимальный общий балл полового развития, который составил (12,67+0,11).

Ретроспективная оценка менструальной функции позволила выявить средний возраст менархе в основных клинических группах.

У девушек с ГСППС возраст прихода первой менструации составил (12,30+0,06) против (12,44+0,01) в группе сравнения. Возраст менархе у девушек, страдающих, СПКЯ составил (12,38+0,03), что так же несколько меньше, чем в группе сравнения (12,44+0,01). Практически в одном возрасте менархе отмечено у подростков с АКО и у девушек с оптимальной массой тела (12,42+0,01 и 12,44+0,01).

Половое развитие девушек-подростков с ожирением, характеризуется более ранним и быстрым развитием вторичных половых признаков.

Балл полового развития в группе девушек 14-16 лет страдающих ГСППС максимален, за счет достоверного увеличения всех показателей. К 17-19 годам данный балл так же достоверно превышает показате-

тель группы сравнения, но необходимо отметить что показатель, характеризующий менструальную функцию в группе сравнения достоверно выше.

Половое развитие подростков с СПКЯ в возрасте 14-16 лет, характеризуется ранним появлением и быстрым развитием подмышечного и лобкового оволосения. Менструальная функция в этой группе характеризуется более ранним становлением. Однако к 17-19 годам высокий балл полового развития сменяется низким в основном за счет показателя менструальной функции.

В младшей возрастной группе у подростков с АКО балл полового развития выше, чем у девушек группы сравнения, но несколько ниже, чем в группах с ГСППС и СПКЯ. Половое оволосение несколько превышает аналогичные показатели группы сравнения. Балл, характеризующий менструальную функцию достоверно выше у девушек с АКО. К окончанию периода полового созревания 17-19 годам девушки с АКО имели максимальный общий балл полового развития. Кроме достоверного увеличения показателя развития молочных желез, в этой группе не выявлено достоверных отклонений от показателей полового развития у девушек с оптимальной массой тела. Девушки с АКО имеют более адекватный характер полового развития, чем подростки с ГСППС и СПКЯ.

Половое развитие девушек-подростков с ожирением характеризуется ранним и быстрым развитием вторичных половых признаков, ранним началом менструальной функции с последующими её нарушениями. Половое развитие девушек с алиментарно-конституциональным ожирением носит более адекватный характер.

## РАННЯЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЕК ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Альев Ш.А.**

*Казанский государственный медицинский университет,  
Кафедра акушерства и гинекологии №2, г. Казань*

Мнения исследователей по поводу профилактики образования спаек весьма разнообразны и противоречивы.

Основной причиной возникновения трубноперитонеального фактора бесплодия является образование послеоперационных спаек на органах малого таза. Поэтому мероприятия направленные на профилактику и возможное снижение частоты образования спаек, являются актуальными.

Целью исследования явилась оценка эффективности интраоперационного применения противоспаечного барьера «Мезогель» и ранней динамической лапароскопии при гинекологических операциях.

Проведено проспективное исследование 36 женщин с трубной беременностью на базе КРДМ№1 г. Казани. Все операции были выполнены лапароскопическим доступом в объеме тубэктомия (n=12) и туботомии (n=24).

Основную группу составили 18 пациенток, которым в конце основного этапа операции в брюшную полость вводили противоспаечный барьер «Мезогель». Контрольную группу составили 18 пациенток, у которых «Мезогель» не применялся. На 4-7-ые сутки всем пациенткам проводилась ранняя динамическая лапароскопия с хромогидротубацией, а при необходимости сальпингоовариолизис и фимбриопластика.

Результаты. При ранней динамической лапароскопии спаечный процесс в малом тазе был обнаружен у 16 (88,8%) пациенток контрольной группы, у 5 (27,7%) пациенток основной группы.

Было отмечено, что в случае применения противоспаечного барьера существенно снижается число и плотность образовавшихся спаек по сравнению с контрольной группой.

При хромогидротубации в основной группе во всех случаях трубы были проходимы и жидкость свободно проникла в брюшную полость, в то время как в контрольной группе проходимость труб отмечалась лишь в 8 (44,4%) случаях.

Выводы: Интраоперационное применение противоспаечного барьера «Мезогель» позволяет значительно снизить частоту и плотность образовавшихся спаек, что можно считать перспективным в плане сохранения репродуктивной функции женщин после эндоскопического лечения внематочной беременности.

Применение динамической лапароскопии позволяет управлять спаечным процессом в раннем послеоперационном периоде, что крайне необходимо для профилактики перитонеальных спаек.

## СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

**Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Машталова А.А., Московкина А.В.**

*Россия, Ростов-на-Дону, Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии*

Актуальность. Внимание, уделяемое изучению нервной анорексии (НА), помимо увеличения удельного веса данной нозологии в патологии пубертатного периода, связано с развитием вторичного гипогонадизма, приводящего к гипоплазии матки и бесплодию в репродуктивном периоде. До настоящего времени не определены прогностические критерии восстановления менструального цикла после набора веса и отсутствует единая точка зрения на целесооб-

разность и сроки назначения гормональной терапии половыми стероидами.

Цель исследования. Разработка способа прогнозирования восстановления менструальной функции у пациенток с НА.

Материалы и методы. Проведено исследование уровня лептина, индекса массы тела (ИМТ) и индекса лептин/ИМТ в начале курации, затем, в динамике набора веса - 4 раза с интервалом в 3 месяца у 29 девочек-подростков (возраст 16 (18;15) лет) с установленным диагнозом НА. Ретроспективно в зависимости от исхода заболевания сформированы две группы: 1 – пациентки с восстановленным менструальным циклом (17 человек), 2 – пациентки с невосстановленным менструальным циклом (12 человек). В группу контроля вошли 20 здоровых девочек-подростков с ИМТ = 20,3 (24,9; 18,5) без нарушений менструальной функции. Исследование лептина проводилось методом ИФА с использованием тест-систем ELISA (США). Расчеты проводились в среде пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. На аноректическом этапе длительность аменореи до обращения в стационар, показатели лептина, ИМТ и соотношения лептин/ИМТ в обеих группах не различались. Значения ИМТ в обеих группах статистически обоснованно различались с показателями контрольной группы только на аноректическом этапе НА. В обеих группах на этапе редукции НА значения ИМТ максимально приблизились к данному показателю в менархе - 19,08 (21,05; 16,96). У пациенток 1 группы в первом временном интервале темп роста уровня лептина превышал аналогичный показатель 2 группы в 3,5 раза ( $p < 0,05$ ), во 2 и 3 временных интервалах – в 1,12 раза ( $p < 0,05$ ). Ни в одном из периодов исследования значения лептина и соотношение лептин/ИМТ 2 группы не приближались к показателям контрольной группы и были статистически обоснованно ниже значений пациенток с восстановленным менструальным циклом ( $p < 0,05$ ). По нашему мнению, это свидетельствовало об относительной гиполептинемии, начиная с этапа редукции анорексии.

На основании данного фрагмента исследования нами предложена оценка эффективности лечения и прогностические критерии восстановления менструальной функции: 1) увеличение уровня лептина на этапе редукции в 5,7 раза от уровня аноректического этапа в течение не более 3 месяцев; 2) набор не менее 2,56 – 3 единиц ИМТ за 3 месяца, с приближением значений данного показателя к ИМТ в менархе; 3) повышение индекса лептин/ИМТ в 4 раза за период, не превышающий 3 месяцев от начала лечения, начатого на аноректическом этапе заболевания.

Отсутствие динамики показателя Л/ИМТ в течение 3 месяцев от начала лечения, несмотря на увеличение ИМТ, может быть использовано в качестве критерия оценки неэффективности лечения и неблагоприятного прогноза восстановления менструальной функции.