



Москва, 16–19 января, 2018

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Российское общество акушеров-гинекологов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Общество по репродуктивной медицине и хирургии (ОРМХ)

Российская ассоциация эндометриоза (РАЭ)

Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»

Moscow, January 16–19, 2018

The Ministry of Health of the Russian Federation

Russian Society of Obstetricians and Gynecologists

National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov of the Ministry of Health of the Russian Federation

Society of Reproductive Medicine and Surgery

Russian Association of Endometriosis

A.I. Yevdokimov MSUMD Department of Reproductive Medicine and Surgery

Congress operator MEDI Expo

## XII Международный конгресс ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

XII International Congress  
ON REPRODUCTIVE MEDICINE

# МАТЕРИАЛЫ

## ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шукуров Ф.И., Шукуров Ш.Ф.

Ташкентская медицинская академия  
Кафедра акушерства и гинекологии №1,  
Узбекистан, г. Ташкент

Всего обследовано 270 женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников. Основную группу составили 120 женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и 120 – с фолликулярными кистами яичников (ФКЯ), группу сравнения – 30 здоровых женщин. Применение низкодозированного монофазного эстроген-гестагенного препарата Белара® и гестагена Утрожестан®, привело восстановлению менструального цикла через 1–2 месяца гормонотерапии в основной группе в 100% случаев, в группе сравнения – всего в 16% случаев ( $p < 0,05$ ). Беременность наступила у женщин с СПКЯ – 102 (85%), с ФКЯ – у 108 (90%), в группе сравнения у 6 (20%) пациенток.

Актуальность. Проблемы восстановления менструальной функции у женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников определяется распространенностью данной патологии, которая изолированно либо в сочетании с другими факторами является причиной бесплодия. Доброкачественные структурные изменения яичников сопровождаются значительными нарушениями функции состояния гипоталамо-гипофизарной системы, что в 20% проявляется снижением секреции половых гормонов; в 30% – недостаточностью лютеиновой фазы, монотонностью выделения гонадотропных гормонов и ановуляцией. Низкая эффективность традиционной терапии, которая по данным различных авторов составляет от 20 до 30%, диктует необходимость поиска новых клинических подходов в лечении восстановления менструальной функции у женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников.

Целью исследования явилось изучение восстановления менструальной функции у женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 270 женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников. Основную группу составили 120 женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и 120 – с фолликулярными кистами яичников (ФКЯ), группу сравнения – 30 здоровых женщин. Диагноз доброкачественных структурных изменений яичников устанавливали на основании УЗИ и гормонального исследования. Ультразвуковое исследование органов малого таза осуществлялось с помощью аппарата «Aloka SSD-1700 с использованием трансвагинального датчика с частотой 5,0 МГц. Гормональные исследования проводилось на 3–7 и 20–23 дни менструального цикла радиоиммунным методом с использованием стандартных набор реактивов "Beckman Coulter" на счетчиках «Gamma 12» и «Strantg300».

Результаты исследования исследования указывают, что средняя концентрация эстрадиола в крови пациенток всех групп в первую фазу менструального цикла

превышала норму, и, в среднем, составила  $181 \pm 5,5$  пг/мл. Концентрация прогестерона у 67,7% пациенток была достоверно ниже нормы ( $p < 0,05$ ), в среднем составив  $0,37 \pm 0,06$  нмоль/л. Средняя концентрация ФСГ при ФКЯ соответствовала верхней границе нормы, а средний уровень ЛГ был достоверно ниже ее ( $p < 0,05$ ). Одним из ведущих диагностических критериев при СПКЯ является увеличение содержания андрогенов в периферической крови и, в первую очередь, общего тестостерона (более 2,5 нмоль/л). По нашим данным, уровень тестостерона у женщин основной группы (с СПКЯ) составил  $2,91 \pm 0,16$  нмоль/л; в группе сравнения –  $1,26 \pm 0,17$  нмоль/л. Анализ нарушений менструального цикла показало, что 120 (44,4%) пациенток с синдромом поликистозных яичников страдали олигоменореей, у женщин с ФКЯ аменорея отмечена у 80 (29,2%). Для коррекции лютеиновой фазы менструального цикла назначали гестагены: Утрожестан® по 100 мг внутрь 2 раза в сутки с 17 по 26 день цикла. Утрожестан® назначали с появлением менструации после операции на 17 – 26-й дни менструального цикла на протяжении 3 – 6 циклов. В то же время пациенткам с СПКЯ для восстановления менструальной функции применяли низкодозированный монофазный эстроген-гестагенный препарат Белара®. Оценка клинического эффекта лечения включала: восстановление нормального менструального цикла, данные базальной температуры, уровни эстрадиола и прогестерона на 20–24-й дни менструального цикла, ультразвуковое исследование органов малого таза. После применения гормонотерапии в течение 3–6 циклов у всех женщин основной группы, восстановлен правильный режим менструального цикла. Восстановление менструального цикла через 1–2 месяца гормонотерапии выявлено в основной группе в 100% случаев, в группе сравнения – всего в 16% случаев ( $p < 0,05$ ). Беременность наступила у женщин с СПКЯ – 102 (85%), с ФКЯ – у 108 (90%), в группе сравнения у 6 (20%) пациенток.

**Заключение.** Применение низкодозированного монофазного эстроген-гестагенного препарата Белара® и гестагена Утрожестан®, в восстановлении менструальной функции у женщин после эндохирургических операций, привело к наилучшему клиническому эффекту в виде полного восстановления менструального цикла (в 100% случаев) и репродуктивной функции (в 88% случаев).

## EXPERIENCE OF RECOVERY OF MENSTRUAL FUNCTION IN WOMEN WITH BLEACHING STRUCTURAL OVARIAN CHANGES AFTER ENDOCHIRURGICAL TREATMENT

**Shukurov F.I, Shukurov Sh.F.**

Uzbekistan, Tashkent, Tashkent Medical Academy  
Department of Obstetrics and Gynecology №1

**Summary.** A total of 270 women with benign structural changes in the ovaries were examined. The main group consisted of 120 women with polycystic ovary syndrome (PCOS) and 120 with follicular ovarian cysts (FOC), compared to 30 healthy women. The use of the low-dose monophasic estrogen-progestogen preparation Belara® and gestagen, Utrozestan®, led to the restoration of the menstrual cycle in 1–2 months of hormone therapy in the main group in 100% of cases, in the comparison group in only 16% of cases

( $p < 0.05$ ). Pregnancy occurred in women with PCOS – 102 (85%), with FOC – in 108 (90%), in the comparison group in 6 (20%) patients.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕТРОЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО МОДЕЛИРОВАННОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У КРЫС

**Молотков А.С., Яролинская М.И., Флорова М.С., Тхазаплизева С.Ш.**

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»  
Санкт-Петербург, Россия

**Резюме.** В работе представлен собственный опыт оценки эффективности ингибитора ароматазы на примере лечения хирургически индуцированного эндометриоза у крыс. На фоне применения летрозолола у всех крыс наблюдался регресс сформировавшихся гетеротопий.

**Актуальность.** Эндометриоз – это хроническое прогрессирующее заболевание, клиническими проявлениями которого являются бесплодие, тазовые боли и нарушения менструального цикла. Среди различных подходов к лечению эндометриоза не вызывает сомнения эффективность проводимой гормональной терапии. В литературе описаны отдельные случаи применения ингибиторов ароматазы для лечения эндометриоза, однако оценить эффективность такой терапии довольно сложно, так как в большинстве случаев она сочетается с другими методами лечения (оперативным вмешательством, сочетанным приемом других гормональных препаратов). Применение ингибиторов ароматазы может быть перспективным направлением в терапии эндометриоза, однако отсутствие работ по оценке их эффективности в подавлении роста гетеротопий тормозит их внедрению в клиническую практику.

**Цель.** На модели хирургически индуцированного эндометриоза у крыс оценить эффективность применения ингибитора ароматазы (летрозолола) в лечение эндометриоза.

**Материалы и методы исследования.** Исследование выполнено на модели хирургически индуцированного эндометриоза у крыс линии Вистар. Первым этапом производилось экспериментальное моделирование эндометриоза у 10 крыс в возрасте 3–5 месяцев (средний вес –  $200 \pm 50$  грамм) методом аутоотрансплантации тканей матки на 2 участка париетальной брюшины, после чего животные получали заместительную терапию эстрадиолом в течение  $14 \pm 2$  дней. Вторым этапом после применения эстрогенов при лапароскопии проводили оценку формирования эндометриоидных имплантов и их замер в двух плоскостях. После чего крысы получали лечение летрозололом в дозе 0,5 мг/кг/день. И третьим этапом через  $21 \pm 3$  дня терапии летрозололом (начатой после формирования очагов эндометриоза) экспериментальных животных выводили из опыта. После вскрытия проводили повторные измерения размеров эндометриоидных гетеротопий.

**Полученные результаты.** У 9 крыс сформировались 18 очагов эндометриоза площадью от 35,3 до 351,7 мм<sup>2</sup>. Средняя площадь гетеротопии до лечения составила  $150,8 \pm 20,3$  мм<sup>2</sup>. При повторном замере после проведенной терапии площадь гетеротопий варьировала от 7,9 до 113,1 мм<sup>2</sup>. У 4 крыс наблюдался полный регресс гете-