

2.2015

# НОВОСТИ

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ISSN 2091-5969



ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ  
научно - практический журнал



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева Л.Ж., Абдукахарова М.Ф. Нормальная микрофлора влагалища и первичального канала и её функциональное значение // Мед. журнал Узбекистана. - 2005. - №2. - С.110-115
2. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. Бактериальный вагиноз - особенности клинического течения, диагностика и лечение // Русский Медицинский Журнал. - 2004. - №2
3. Орлова В.С., Набережнев Ю.И. Нормоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты // Росс. вестник акушера-гинеколога. - 2007. - Т.7, №4. - С.36-39

**ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ**

*Г.М. Нигматова, Ф.И. Шукуров, Н. Хамидова*

**Бепушт беморлар реабилитация дастурида иммуномодулятор терапия**

*Г.М. Нигматова, Ф.И. Шукуров, Н. Хамидова*

Бепуштгликда жарроҳликдан кейинги реабилитация даврида гормонал фонга ижобий таъсир курсатувчи иммуномодулятор ва умумқувватни оширувчи дорилар қўлланади

**Таянч сўзлар:** бепуштлик, лапароскопия, репродуктив тизим

**Immunomodulatory therapy in a rehabilitation program of patients with infertility**

*G.M. Nigmatova, F.I. Shukurov, N. Hamidova*

In case of infertility a second-order drugs have been using for rehabilitation after surgery which have bracing, immunomodulatory effects and stimulate the production of its own endogenous positive hormonal fond.

**Key words:** infertility, laparoscopy, reproductive system

Известно, что структура женского бесплодия характеризуется наличием у 60-70% пациенток органических поражений органов малого таза в виде спаечного процесса (трубно-перитонеальная форма), наружного генитального эндометриоза различной локализации, доброкачественных образований тела матки и придатков и т.д., что требует проведения реконструктивно-пластических операций по восстановлению анатомических взаимоотношений органов репродуктивной системы [2,3]. Использование эндоскопической (лапароскопической) техники позволяет минимизировать степень агрессии оперативного вмешательства на организм женщины, произвести вмешательство с максимальным восстановлением не только анатомических, но и функциональных взаимоотношений органов репродуктивной системы, свести до минимума риск послеоперационного спаикообразования. Вместе с тем, как показали исследования, восстановление фертильности у этих групп пациенток зависит не только от техники и объема выполненного хирургического вмешательства, но и от особенностей общего гомеостаза организма пациенток, определяющих индивидуальный характер тканевых репаративных процессов в раннем послеоперационном периоде [1,4,5,6]. Развитие репродуктивных технологий и успешные результаты различных методов лечения бесплодия свидетельствуют об актуальности и возросшем интересе к проведению научных исследований по проблеме восстановления репродуктивной функции у пациенток с бесплодием. Иммунная система поддерживает генетическое постоянство организма, отличается своей генерализованностью и рециркуляцией по всему организму иммунокомпетентных клеток и высокой сложностью их взаимоотношений. Это положение верифицирует наличие полиморфных нарушений органов репродуктивной системы. При всех этих патологических состояниях используются препараты второго порядка, оказывающие общеукрепляющее, иммуномодулирующее действие, а также стимулирует выработку собственного эндогенного положительного гормонального фона.

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей препарата «Полижен» у женщин с сочетанной патологией репродуктивной системы в процессе подго-

товки к беременности и в процессе стимулирующей терапии.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 60 женщин репродуктивного возраста различными нарушениями репродуктивной функции (первичным и вторичным бесплодием, невынашиванием беременности), которым было проведено оперативное лечение (лапароскопия). Все пациентки в момент обследования предъявляли жалобы на различные нарушения менструального цикла (предменструальные, межменструальные кровяные выделения, менометрорагии), бели, периодические тянущие боли внизу живота, дисменореею и/или диспареунию. Все пациентки в послеоперационном периоде методом произвольной выборки были разделены на две группы: 1-ю группу (основную) составили 30 женщин, которым одновременно с этиотропной терапией (офлоксацин 400 мг 2 раза в день плюс орнидазол 500 мг 2 раза в день 14 дней, вильпрафен 500 мг 3 раза в день 10 дней и др.) проводилась коррекция иммунных нарушений препаратом «Полижен» по одной капсуле 1 раз в день. 2-ю группу (сравнения) составили 30 пациенток, которые применяли только антибактериальные и противовоспалительные препараты. Средний возраст пациенток составил  $29,3 \pm 3,4$  года, длительность бесплодия —  $7,1 \pm 3,4$  года. Изучены анамнестические данные. Длительность наблюдения после окончания комплексной реабилитационной терапии колебалась в пределах от 3-х месяцев до 1 года. Продолжительность и методика приема препарата «Полижен» в процессе восстановительного лечения определялась индивидуально. Обследование пациенток осуществляли до начала лечения и спустя 2 месяца после окончания лечения. Трансвагинальное эхографическое сканирование эндометрия проводили в I и II фазах менструального цикла на аппарате «Aloka SSD — 2000» с использованием датчика с частотой 7,5 мГц.

**Результаты исследования и обсуждение.** Анализ семейного анамнеза выявил отягощенную наследственность у 39% женщин, воспалительные и инфекционные заболевания установлены в 81,2% случаев. Спаечный процесс в малом тазу диагностирован в 47,2%. Маточные трубы были вовлечены в спаечный процесс у 68,7% пациенток. Проведение комплексной терапии

способствовало купированию клинических симптомов заболевания у всех пациенток, побочных реакций и осложнений, связанных с использованием лекарственных препаратов, в процессе исследования зарегистрировано не было. Спустя 2 месяца после окончания терапии в 1-й группе ни одна из женщин не предъявляла жалоб на нарушения менструального цикла, боли внизу живота, явления интоксикации, дисменорею или диспареунию. Объем кровопотери во время менструации у всех пациенток этой группы значительно уменьшился. При контрольном ультразвуковом исследовании только у 2 (6,6%) женщин в 1-й группе были выявлены единичные гиперэхогенные включения в базальном слое эндометрия, в остальных случаях (93,4%) эхографическая картина эндометрия соответствовала параметрам нормы. У пациенток 2-й группы лечебный эффект был выражен в меньшей степени. У 8 (26,6%) женщин сохранялись симптомы интоксикации, болевой синдром и дисменорея, что потребовало проведения повторного курса антибактериальной, спазмолитической и противовоспалительной терапии. При дина-

мическом ультразвуковом исследовании у 7 (23%) из них регистрировались неоднородность эхоструктуры эндометрия и единичные гиперэхогенные включения в базальном слое. Положительная динамика была отмечена и в отношении роста эндометрия и фолликулярного стимулирующего действие, по-видимому, обусловленного опосредованным иммуномодулирующим воздействием на яичники препарата «Полижен», за счет так называемой «блокады» фактора аутоиммунного оофорита. Анализ результатов проведенного исследования позволяет снизить дозы стимулирующих препаратов и повысить эффективность стимулирующей терапии.

Обобщая полученные результаты исследований и оценивая состояние репродуктивной системы, органов мочевой, эндокринной и иммунной систем, метаболических процессов в исследуемых группах, мы пришли к выводу о наличии существенных нарушений гомеостаза у данного контингента пациентов, проявляющихся в виде полиморфных поражений различных систем организма, что свидетельствует в пользу аутоиммунного фактора в генезе нарушения репродуктивной функции.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кузнецова А.В. Иммуноморфология хронического эндометрита. / Автореф. дисс... к.м.н.// М. - 2001.
2. Корнеева И.Е. Состояние концепции диагностики и лечения бесплодия в браке. / Автореф. дисс... д.м.н.// М. - 2003.
3. Корсаков В.С., Забелкина О.А., Исакова А.А. и соавт. Исследование эндометрия у пациенток с трубно-

перитонеальным бесплодием на этапе подготовки к ЭКО. //Проблемы репродукции, 2005. - №2. - с. 39-42.

4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. - М.: Триада-Х, 2002. - 304 с.

5. Buckley C.H., Fox H. Biopsy pathology of the endometrium: Arnold, 2002. - 264 p.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ: ОБЗОР НАБЛЮДАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Ф.П. Нишанова, Л.С. Нурмухамедова*

*Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии МЗ РУз*

**Введение.** Преэклампсия (ПЭ) является состоянием, связанным только с беременностью, может быть одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. Диагностируется она при вновь выявленном повышении артериального давления (140/90 мм рт. ст и выше) и абсолютном требовании наличия протеинурии во втором или третьем триместре беременности [1]. Аномальное расположение плаценты, и, связанное с этим нарушение иммунной дезадаптации плаценты могут послужить первым шагом в этиологии развития ПЭ [2-3]. Очевидно, что не существует единого механизма, ответственного за развитие преэклампсии. Кроме того, могут взаимодействовать несколько механизмов одновременно и даже усиливать действие друг друга [4].

По оценкам исследователей, 50000 женщин во всем мире умирают ежегодно от преэклампсии. Частота встречаемости преэклампсии по данным различных популяционных исследований колеблется от 2 до 10%. Например, в Израиле заболеваемость составила 2,8% [9], в Шотландии — 5,8% [10], в Австралии — 14,1% [11], в Сиэтле — 5%. Несмотря на устойчивое снижение материнской смертности от заболеваний в развитых странах, она остается одной из наиболее распространенных причин материнской смертности во время беременности [13], а также продолжает оставаться опасным состоянием для плода, приводя к задержке внутриутробного развития, к преждевременным родам, низкому весу при рождении, и перинатальной смертности [14-16].

Знание наиболее важных факторов риска в популяции может быть полезным для клиницистов в выявлении групп риска на развитие ПЭ. В целях улучшения методов скрининга по ПЭ, необходимо разработать

модель, которая могла бы предсказать индивидуальный риск развития ПЭ.

#### Материалы и методы.

Мы отобрали путем поисковых сайтов PubMed и Google Scholar когортные исследования и исследования случай-контроль, в которых анализировались факторы риска преэклампсии. Все статьи отбирались по следующим критериям: публикации должны были быть опубликованы на английском языке и в рецензируемых изданиях; исследования, опубликованные между 1986-2013; публикации должны включать исследование случай-контроль и когортные исследования в которых акцент ставится на изучении факторов риска развития преэклампсии. Этот обзор был проведен в два этапа.

- Этап 1: обзор заголовков/тезисов (первый уровень обзора).

- Этап 2: обзор полных статей, соответствовавших критериям отбора (второй уровень обзора).

Ключевыми словами и терминами были: преэклампсия, факторы риска для преэклампсии в названиях рефератов.

#### Результаты.

*Риск преэклампсии среди нерожавших женщин.* отмечено, что отсутствие родов в анамнезе является фактором риска развития преэклампсии. Риск развития преэклампсии был выявлен у 26% нерожавших женщин и у 17% рожавших женщин. Беременность оказывает защитный эффект в отношении риска преэклампсии, который может быть объяснен иммунологическими причинами. Среди нерожавших женщин, риск преэклампсии увеличивается с ростом числа abortов, с возрастом половых партнеров и высоким индексом массы тела.