

Цель исследования: оценить формирование эндометриoidных гетеротопий при аутологичной трансплантации подкожно и в ушитый апоневроз у лабораторных животных.

Материалы и методы: крысам (Вистар, n = 5) проводили удаление левого рога матки, измельчали его до фрагментов размером 0,5 мм² и имплантировали подкожно, рядом с ушитым апоневрозом или в шов. Эксперимент велся на естественном гормональном фоне. Через 2 и 3 недели крыс выводили из эксперимента, производилась аутопсия.

Результаты: на аутопсии, макроскопически, в зоне имплантации подкожно и на месте ушитого апоневроза, определяли овальные опухолеподобные участки гетеротопий, спаянные с окружающими тканями. Эти участки были выделены единым блоком с прилегающими тканями и отправлены на гистологическое исследование. При микроскопии обнаружилось отличие. В подкожных включениях отмечали крупные эндометриальные железы с перифокальным клеточным компонентом стромы эндометрия. Окружающая соединительнотканная капсула отсутствовала. Подобная гистологическая картина наблюдается у женщин с эндометриозом при экстрагенитальной локализации гетеротопий: участки имеют эпителиально-стромальное строение, железистый компонент преобладает. В месте шва выявлено хроническое продуктивное воспаление, отдельные комплексы (от 2 до 5) эндометриальных желез, а также разрастание сосудов микроциркуляторного русла. При вскрытии брюшной полости и осмотре придатков, яичники имеют обычную окраску, патологических изменений не выявлено.

Выводы: при подкожной трансплантации, в отличие от внутришовной, выявлены приживание и рост эктопического эндометрия. Подкожная имплантация облегчает динамическое наблюдение за изменениями гетеротопий и позволяет оценить местное действие лекарственных препаратов. Использование экспериментальных моделей на лабораторных животных позволит разработать новые методы диагностики и лечения эндометриоза, которые так необходимы в гинекологической практике.

Литература

1. World Bank. Population Projection Tables by Country and Group, 2010; Rogers P.A. W. et al. Priorities for Endometriosis Research: Recommendations from an International Consensus Workshop// Reproductive Sciences. 2009. Vol. 16. Т. 4. P. 335–346.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Михелашвили Л.И.

Научный руководитель: к. м. н., Цыпурдеева А.А.

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет.

Актуальность: средний возраст пациенток 35 лет. В 75% выявляется I стадия, 40% опухолей билатеральные. Рецидивы в 15%. Высокая выживаемость определяет консервативную хирургию, но снижение овариального резерва, риск рецидива, оставляют открытыми вопросы, о сроках и методах реализации репродуктивной функции.

Цель исследования: оценить состояние репродуктивной функции у женщин после операции по поводу пограничных опухолей яичников

Материалы и методы: в ФГБУ НИИАГиР им. Д.О. Отта наблюдались 22 пациентки с пограничными опухолями (ПО) яичников в период с 2008 по настоящее время, в возрасте от 20 до 44 лет. IA стадия-17 пациенток и IB стадии-5 пациенток с билатеральным поражением.

Результаты: Были выполнены консервативные операции в объеме двухсторонней аднексэктомии 9%, односторонней аднексэктомии с биопсией второго яичника 32%, односторонней цистэктомии 41%, двусторонней цистэктомии 18%. Пять пациенток (23%) оперировались повторно в связи с рецидивом, у 3 из них выполнены цистэктомии. Серозные опухоли 77%, муцинозные 14%, эндометриoidные 9%.

Для реализации репродуктивной функции применялись следующие методы: криоконсервация эмбрионов 2 пациентки, криоконсервация ооцитов 1 пациентка. во время проводимого исследования 5 планировали беременность. Всем была проведена одно- или двусторонняя цистэктомия. У 2 пациенток беременность наступила спонтанно и закончилась естественными родами. Трём пациенткам выполнено ЭКО с собственными эмбрионами. У 2 беременность закончилась естественными родами в срок. У 1 пациентки произошел самопроизвольный выкидыш раннего срока. У всех пациенток сохранилась менструальная функция, пациентки после аднексэктомии получали заместительную гормонотерапию.

Выводы: при ПО яичников у женщин репродуктивного возраста целесообразна консервативная хирургия (аднексэктомия на стороне поражения) или ультраконсервативная (цистэктомия). При рецидивах у женщин с нереализованной репродуктивной функцией возможна повторная консервативная хирургия. Реализация репродуктивной функции может быть осуществлена после хирургического лечения.

Литература

1. Новикова Е.Г., Шевчук А.С. Современные подходы к лечению больных с пограничными опухолями яичников. Опухоли придатков матки. Онкогинекология. 2014; (4): 45–58.
2. Nam, J.-H. (2010). Borderline ovarian tumors and fertility. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 22(3), 227–234.

ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Начёрная В.В., Страхова Н.В., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Зуйкова А.А.

Кафедра поликлинической терапии

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность: климактерический синдром (КС) сопровождается нервными, вегетативными, обменными и психоэмоциональными нарушениями, что может ухудшать качество жизни пациенток [1].

Цель исследования: оценить качество жизни у женщин с КС легкой и умеренной степени тяжести.

Материалы и методы: включено 55 женщин в возрасте от 43 до 73 лет, возраст $55,9 \pm 7,5$ лет. Для выявления степени тяжести КС был использован модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана-Уваровой: Группа 1 — лёгкая степень ($n=29$), Группа 2 — умеренная степень ($n=27$). Качество жизни оценивали по опроснику sf-36.

Результаты: все показатели качества жизни при лёгкой степени тяжести оказались выше, чем при умеренной и составили соответственно: PF $64,0 \pm 20,5$ и $52,6 \pm 19,0$ ($p=0,037$), RP $48,0 \pm 31,4$ и $38,0 \pm 32,0$ ($p=0,251$), BP $64,1 \pm 21,6$ и $49,0 \pm 28,0$ ($p=0,019$), GH $51,2 \pm 14,8$ и $39,0 \pm 12,0$ ($p=0,002$), VT $56,3 \pm 11,3$ и $49,3 \pm 13,7$ ($p=0,086$), SF $64,0 \pm 13,0$ и $51,3 \pm 22,0$ ($p=0,024$), RE45,0 $\pm 31,2$ и $44,0 \pm 32,2$ ($p=0,907$), MH $53,0 \pm 13,2$ и $48,4 \pm 14,4$ ($p=0,207$), физический компонент здоровья $42,8 \pm 5,1$ и $37,3 \pm 5,9$ ($p=0,001$), психологический $41,1 \pm 6,9$ и $38,9 \pm 7,8$ ($p=0,225$). При проведении корреляционного анализа Спирмена была выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между ММИ и показателями качества жизни: физическим компонентом здоровья ($r = -0,409$, $p=0,0002$), показателем SF ($r = -0,396$, $p=0,0002$), GH ($r = -0,431$, $p=0,0002$), PF ($r = -0,452$, $p=0,0002$) обследованных женщин. Чем выше уровень ММИ, тем показатели КЖ ниже, а значит, качество жизни у больных ухудшается.

Выводы: у пациенток с легкой степенью тяжести КС выявлено более высокое качество жизни, чем у женщин с умеренной степенью, главным образом по показателям, связанным с физическим компонентом здоровья.

Литература

1. Иванова О.В., Брюхина Е.В., Усольцева Е.Н. Состояние здоровья и качество жизни женщин с климактерическими расстройствами в естественной и хирургической менопаузе до и по-