

До настоящего времени продолжается обсуждение вопроса о времени введения ВМС после самопроизвольных родов и кесарева сечения. Считается, что введение ВМС не позднее 48 ч после родов является достаточно безопасной и удобной процедурой, не повышающей риск инфицирования, перфорации и кровотечения. Основным недостатком послеродового введения ВМС является повышенный риск экспульсий (11%).

К основным преимуществам БМК все специалисты причисляют защиту от инфекций, передающихся половым путем, отсутствие системного воздействия на организм партнеров, возможность сочетания с другими методами контрацепции, обратимость действия, простоту применения, доступность и низкую стоимость.

Заключение

По данным нашего перинатального центра, контрацепция после родов в 2017 г. составила: МЛА – 85,5%, барьерные методы – 14,5%, что было обусловлено серьезной работой по профилактике гипогалактии и устранении мифов и заблуждений о грудном вскармливании.

Распространение схем контрацепции, в которых учтены последние научные данные, основанные на доказательной медицине, адаптированные к особенностям украинской клинической практики, социальным проблемам семей и удобные для использования в повседневной работе акушеров-гинекологов, будут способствовать укреплению репродуктивного здоровья населения, что является национальным приоритетом.

Дубоссарская З.М., Грек Л.П.

Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины, Днепр, Украина

Патогенетическое обоснование лечебной тактики у пациенток с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки и синдромом хронической тазовой боли

Актуальность

Этиопатогенетическая многофакторность хронической тазовой боли (ХТБ) при генитальном эндометриозе (ГЭ), резистентность к проводимой терапии особенно при сочетанных доброкачественных заболеваниях матки и коморбидных состояниях экстрагенитальной патологии является актуальной междисциплинарной проблемой. Так, по данным различных исследователей, наиболее частой сопутствующей патологией аденомиоза в 80–85% случаев является лейомиома матки (ЛМ) (Kumbak B. и соавт., 2012); в 70% случаев аденомиоз (АМ) часто сочетается с различными формами наружного генитального эндометриоза (НГЭ), от 30 до 76,8% АМ сочетается с гиперплазией эндометрия (ГЭ) и лейомиомой (ЛМ) (Palmer J.E. и соавт., 2008; Nappemann M.M. и соавт., 2010). В течении последних двух десятилетий отмечается тенденция к повышению частоты сочетанных доброкачественных заболеваний матки (СДЗМ), сопровождающихся хронической тазовой болью, которая затрагивает физиологическую и эмоциональную составляющую жизни женщины.

Цель исследования

Разработка индивидуальной тактики лечения у пациенток с ГЭ и СДЗМ, обусловленных синдромом хронической тазовой боли (СХТБ), на основании анализа иммуногистохимических маркеров (ИГМ): ER, PGR, Ki-67, VEGF, COX-2.

Материалы и методы

Обследовано 120 женщин с ГЭ и СДЗМ (лейомиома матки, гиперплазия эндометрия) в различных сочетаниях и СХТБ. С целью изучения молекулярных механизмов развития СХТБ у пациенток с ГЭ и СДЗМ определяли экспрессию стероидных рецепторов эстрогенов (ER) и прогестерона (PGR), пролиферативную активность желез и стромы – экспрессию Ki-67, уровни продукции клетками эндометрия факторов ангиогенеза васкулоэндотелиального фактора (VEGF) и провоспалительных энзимов циклооксигеназы-2 (COX-2), в аутопическом эндометрии иммуногистохимическим методом. С целью объективизации болевого синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Статистическую обработку проводили с помощью программного обеспечения Statistica 6.1 (StatSoft Inc., серийный № AGAR909E415822FA) и программного пакета MedCalc Statistical Software trial version 17.4. (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2017).

Результаты и обсуждение

Корреляционный анализ выявил наличие связей между морфологическими, иммуногистохимическими (ER, PGR, Ki-67, VEGF, COX-2) показателями в аутопическом эндометрии (ЭЭ) и уровнем боли по ВАШ. Во время формирования хронического болевого синдрома большое значение имела активация железистого эпителия с повышенной экспрессией ИГМ маркеров (ER, PGR, Ki-67, COX-2) и стромы (PGR), гиперпластические изменения (нарушение пролиферации и гиперплазия без атипии); повышение уровня экспрессии Ki-67 ($p < 0,05$) и COX-2 ($p < 0,05$), как одного из них, так и в их комбинации.

Учитывая многообразие и сложность гормональной терапии ГЭ и СДЗМ, частоту встречаемости онкопатологии у пациенток репродуктивного возраста, крайне важен индивидуальный подход с учетом возраста женщин, иммуногистохимических показателей и характера выявленных нарушений в аутопическом эндометрии.

Пациенткам с АМ в сочетании с ЛМ с высокой оценкой боли по ВАШ (7–9 баллов); низкой (1+) ($H < 100$) и умеренной (2+) ($100 < H < 200$) экспрессией рецепторов эстрогенов (ER) и прогестерона (PGR); высокими показателями Ki-67 в железах и строме выше 20%, умеренно позитивной реакцией (3+) VEGF и выраженной экспрессией (4+) COX-2 в ЭЭ – терапия включала агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ) в дозе 3,75 мг с 1–2 дня менструального цикла 1 раз в 28 дней на 6 месяцев, в сочетании с препаратами рыбьего жира до 500 мг в сутки, и минерально-витаминным комплексом содержащего кальций 600мг, витамин D3 200МЕ, магний 40 мг и другие микроэлементы до 4–6 недель.

Пациенткам с АМ в сочетании с ЛМ и ГЭ с высокой оценкой боли по ВАШ; выраженной (3+) ($200 < H < 300$) экспрессией ER и PGR; высокими показателями Ki-67 в железах и строме выше 20%, умеренно позитивной (3+) и выраженной реакцией (4+) VEGF; выраженной экспрессией (4+) COX-2 в ЭЭ – терапия включала аГн-РГ 3,6 мг на 3–6 месяцев, с дальнейшим введением внутриматочной системы с левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС), назначением диеты, содержащую катехин и индол-3-карбинол.

Пациентки с НГЭ в сочетании с АМ, умеренной оценкой боли по ВАШ (5-6 баллов), выраженной (3+) ($200 < H < 300$) экспрессией ER и PGR; Ki-67 в железах и строме от 10 до 20%, умеренно позитивной (3+) и выраженной реакцией (4+) VEGF; выраженной экспрессией (4+) COX-2 терапия включала диеногест 2 мг на 9–12 мес. с дальнейшим назначением КОК, содержащих диеногест до 12 мес.

Пациентки из НГЭ в сочетании с лейомиомой матки, с умеренной оценкой боли по ВАШ; умеренной (2+) ($100 < H < 200$) экспрессией ER в железах и выраженной (3+) ($200 < H < 300$) экспрессией PGR в железах и строме; умеренными показателями Ki-67 в железах и строме от 10 до 20%, умеренно позитивной (3+) и выраженной реакцией (4+) VEGF; выраженной экспрессией (4+) COX-2, было проведено оперативное лечение в объеме адгезиолизиса, энуклеации эндометриом, коагуляции поверхностных очагов эндометриоза, консервативного удаления

лейоматозных узлов. Лечение в послеоперационном периоде включало а-ГнРГ в течении 3 месяцев, с дальнейшим назначением диеногеста 2 мг в течение 12 месяцев. Как терапию второй линии при ХТБ назначали ингибиторы циклооксигеназы-2 – нимесулид 100 мг в сутки.

Заключение

Проведенное лечение способствовало устранению болевого синдрома уже в течении первого месяца терапии, средние показатели интенсивности боли соответствовали $4,38 \pm 1,29$ баллов у 74% пациенток с исходно высокой оценкой боли по ВАШ. Результаты лечения позволяют рекомендовать разработанный нами лечебный алгоритм в клиническую практику.

Дубоссарская Ю.А.¹, Боровская-Стрюк Т.С.²

¹ Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины, Днепр, Украина

² Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром Днепропетровского областного совета, Днепр, Украина

Клинико-функциональные параллели при гипоталамическом синдроме пубертатного периода

Актуальность

Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) – патологический симптомокомплекс, возникающий в результате дисфункции гипоталамуса и сопряженных с ним структур центральной нервной системы (ЦНС) в период полового созревания. Этот синдром является результатом первичной незрелости гипоталамических структур или их инфекционного поражения. Гипоталамическая недостаточность у детей 7–17 лет встречается в 5% случаев, причем 75% ее приходится на препубертатный и пубертатный периоды. Распространенность гипоталамического синдрома составляет 82,4 на 1000 подростков и значительно различается в зависимости от пола ребенка: 16,8 на 1000 мальчиков и 131,3 на 1000 девочек.

К этиологическим факторам ГСПП относятся: психотравмирующие ситуации, черепно-мозговые травмы, причем заболевание может возникнуть через 6 и более месяцев после травмы; перинатальные энцефалопатии: родовая травма, дистресс плода, которые обуславливают перинатально-гипоксическое поражение ЦНС, реализующееся в виде гипертензивно-гидроцефального синдрома, незрелости гипоталамуса; чрезмерная умственная нагрузка, интоксикации, менингит, тяжелые или часто повторяющиеся вирусные заболевания (грипп, острые респираторные инфекции, корь, герпес), тонзиллярная инфекция и другие очаги латентной инфекции. В развитии ГСПП принимают участие система гипоталамус–гипофиз–яичники–надпочечники и жировая ткань, при этом ожирение приобретает значение патогенетического звена в возникновении ГСПП при наличии способствующих факторов формирования синдрома (гипоталамическая незрелость, гипоталамическая дисфункция, стрессы, вирусная нагрузка).

Цель исследования

Изучить особенности клинического течения заболевания, гормональный профиль и изменения ЦНС у пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода.

Материалы и методы

В исследование включили 125 девочек с ГСПП в возрасте от 11 до 17 лет (средний возраст $15,0 \pm 0,14$ года), которые обратились за медицинской помощью к детскому гинекологу