

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ»**

**г.ХАРЬКОВ
4 октября 2013 г.**

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ»**



**г.ХАРЬКОВ
4 октября 2013 г.**

- Н.А.Щербина, М.И.Антонян, В.В.Лазуренко, О.В.Мерцалова, А.А.Щедров*
 Современные подходы к профилактике невынашивания беременности, наступившей после применения вспомогательных репродуктивных технологий.....160
- М.О.Щербина, О. О. Диннік*
 Соматичне здоров'я у дівчат-підлітків із аномальними матковими кровотечами.....168
- Н. А. Щербина, Д. И. Демиденко, А. Д. Демиденко*
 Принципы ведения пациентов с папилломавирусной инфекцией без клинических проявлений в условиях женской консультации.....174
- Н. А. Щербина, М. А. Карташова*
 Современные подходы в диагностике гиперпролиферативных процессов эндометрия.....180
- І. М. Щербина, О. І. Скорбач*
 Нові підходи до корекції постгістеректомічного синдрому з урахуванням деяких етіопатогенетичних змін.....186
- О. В. Юркова, А. Н. Тищенко*
 Алгоритм ведения женщин с неразвивающейся беременностью.....192

У всех пациенток была отмечена хорошая переносимость лечения препаратом «Аллокин-альфа». Побочных эффектов у всех женщин, получавших лечение, зафиксировано не было.

Таким образом, эффективность комплексного лечения ВПЧ-инфекции составила 93,5 %.

Выводы. Противовирусное лечение при отсутствии клинических проявлений, должно обязательно проводиться с учетом трехэтапного подхода. Сроки динамического наблюдения за пациентками после лечения должны осуществляться через 3, 6 месяцев и 1 год с проведением тестирования ВПЧ и определением серотипа вируса. Трехэтапный подход к ведению пациенток с ВПЧ-инфекцией с использованием препарата «Аллокин-альфа» имеет высокую эффективность и составляет 93,5 %.

Полученные результаты позволяют рекомендовать «Аллокин-альфа» для широкого практического применения в условиях женской консультации, что будет способствовать снижению развития рака шейки матки.

Литература

1. Bulletin World Health Organization, 2007, 85, p. 930-934.
2. Долгополова И.А. Папилломавирусная инфекция – клиника, диагностика, лечение // Педиатрическая фармакология, - 2007, - т.4 - №1 – с. 55-61.
3. Гамберг М.А., Соловьев А.М. Рекомендации пациенткам с папилломавирусной инфекцией при отсутствии ее клинических проявлений // Мед. совет «Гинекология и дерматовенерология» - 2009, - № 3, - с. 12-13.
4. Arany J, Nagamani K, Tying SK // Anticancer Res. – 1995 – 5(3), - p. 1003-1006.
5. Ершов Ф.Н. Антивирусные препараты. // М. ГЭОТАР Медиа, - 2006, - 312 стр.
6. Ковчур П.И.Бахлаев И.Е. Аллокин-альфа в комплексной терапии папилломавирусной инфекции у женщин с заболеваниями шейки матки. Петрозаводский Госуниверситет, 2008.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПРОЛИФЕРТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Н. А. Щербина, М. А. Карташова, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

За последнее десятилетие отмечается тенденция в повышении частоты гиперпролиферативных процессов эндометрия во многих странах мира. В работе представлены классификации, возможные подходы к диагностике ГЭ, в частности перспективные генетические направления – микросателлитная нестабильность генома (MSI).

Ключевые слова: пролиферативные процессы, эндометрий, диагностика.

За последнее десятилетие отмечается тенденция в повышении частоты гиперпролиферативных процессов эндометрия во многих странах мира, в том числе и в Украине [1,4,9]. Гиперпластический процесс в эндометрии - сложный патологический комплекс, включающий не только повреждения слизистой оболочки тела матки, но и нарушения важнейших функций всего организма. Первоочередной задачей является исключение онкологической патологии, гормонпродуцирующих опухолей яичников, уточнение этиологии, патогенеза гиперпластических процессов и выявление сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии [5,7]. Около 1/2 случаев рака эндометрия (РЭ) в пери- и постменопаузе являются результатом малигнизации гиперпластических процессов эндометрия [11,17].

Существует несколько вариантов классификаций ГЭ, используемых в настоящее время. Среди них гистологическая классификация ГЭ, предложенная ВОЗ в 1975 г. и модифицированная Б.И. Железновым (1980):

1. Эндометриальные полипы (железистые, железисто-фиброзные и фиброзные).
2. Эндометриальная гиперплазия (железистая, железисто-кистозная) — очаговая и диффузная.
3. Атипическая гиперплазия или аденоматоз (очаговый и диффузный), включая аденоматозные полипы.

В последние годы у зарубежных авторов [12] наибольшей популярностью пользуется клиническая классификация.

1. Простая ГЭ (кистозная).
2. Комплексная (сложная) ГЭ — (аденоматозная), без атипии.
3. Аденоматозная ГЭ с атипией — аденокарцинома in situ.

По мнению А. Ferensy и соавт. (1989), простую ГЭ вообще не следует считать гиперплазией и можно называть нарушением пролиферации, остальные же варианты рассматриваемой патологии обозначать как “ГЭ с малой, умеренной или сильно выраженной атипией”.

Согласно современной классификации гиперплазии эндометрия, разработанной и утвержденной ВОЗ в 1994 г., выделяют:

- простую и комплексную неатипическую ГЭ;
- простую и комплексную атипическую ГЭ;
- аденокарциному.

Полип эндометрия в упомянутой классификации ВОЗ (1994 г.) отдельно не выделен, он трактуется как результат продуктивного хронического эндометрита, что, соответственно, требует адекватного противовоспалительного лечения. [4, 10].

На сегодняшний день, доказано, что простая и сложная неатипическая ГЭ является результатом абсолютной или относительной гиперэстрогении, в то время как атипическая гиперплазия представляет собой прогрессирующее моноклональное мутационное повреждение с независимым от гормонального воздействия локальным ростом. С учетом этого был предложен термин «эндометриальная интраэпителиальная неоплазия» (EIN), которую следует рассматривать как предрак [7,12,15].

В результате такого подхода, в 1999 г. появилась EIN-классификация, согласно которой простая и комплексная неатипическая гиперплазии эндометрия интерпретируются как эндометриальная гиперплазия (EH), являясь результатом эстрогенной стимуляции, и, соответственно, хорошо поддаются гормональной терапии. Простая и комплексная атипические формы гиперплазии соответствуют понятию эндометриальной интраэпителиальной неоплазии (EIN) и трактуются как предрак, требуя индивидуального подхода и нередко – хирургического лечения [15].

Однако, до сих пор дискуссионным остается вопрос относительно трактования разных видов ГЭ как предраковых состояний и, соответственно, частоты их малигнизации.

Решающим методом диагностики патологических состояний эндометрия является гистологическое изучение полного его соскоба, позволяющее определить характер морфоструктурных изменений. Тем не менее, нередко возникает необходимость в доклинической диагностике гиперпластических процессов и рака эндометрия с использованием относительно простых и неинвазивных методик. Бесспорный приоритет среди последних принадлежит ультразвуковому исследованию (УЗИ) [2,3]. При подозрении на гиперпластические процессы и рак слизистой оболочки тела матки особое внимание уделяют изучению срединного маточного эха (М-эхо). Основными ультразвуковыми критериями ГЭ в репродуктивном периоде является увеличение его толщины во II фазе менструального цикла более 16 мм и ЭМК – более 0,33; а в постменопаузе – соответственно более 4 мм и 0,15. Наличие вышеуказанных сонографических признаков является показанием к проведению гистологического исследования эндометрия даже при отсутствии симптомов.

Для количественной оценки кровоснабжения целесообразно использовать доплерографические и доплерометрические УЗИ с расчетом объема и трехмерных доплерометрических индексов, а именно: индекса васкуляризации (vascularization index, VI – отображает насыщенность ткани сосудами, выражается в %), индекса кровотока (flow index, FI – отображает среднюю интенсивность кровотока, выражается целым числом от 0 до 100) и отношения васкуляризации к кровотоку (vascularization-flow index, VFI – характеризует как васкуляризацию, так и кровоток, и выражается целым числом, от 0 до 100) [2, 3, 10].

Среди инструментальных методов диагностики состояния эндометрия и полости матки гистероскопия является наиболее информативным [6, 8, 18]. Описаны особенности нормальной гистероскопической картины, однако

точность диагностики составляет от 54 до 82%. При сочетании гистероскопии с прицельной биопсией точность методики возрастает до 91%.

Гистерография - рентгенологический метод исследования с предварительным введением контрастного вещества в полость матки. При гиперплазии эндометрия характерным признаком на рентгенограмме является неровность контуров полости матки [2].

Радиоизотопное исследование с использованием радиоактивного фосфора является весьма ценным диагностическим методом. При попадании в кровь ^{32}P вначале происходит равномерное его распределение в организме, а затем накопление в отдельных органах и тканях. Значительное накопление ^{32}P определяется в гиперплазированной эндометрии. Применение этого метода целесообразно для ориентировочного определения основной локализации патологического процесса и степени пролиферации клеток [13].

Наиболее достоверным способом диагностики патологии эндометрия является гистологическое исследование слизистой оболочки матки [1, 6, 12]. Однако для получения исследуемого материала необходимо производить диагностическое выскабливание ткани эндометрия, что далеко не безразлично для организма больной ввиду инвазивности, риска инфицированности, травматичности. Высокая степень пролиферативной активности эндометрия выявлена у 30% больных с железистой ГЭ, у 12,5% - с полипами эндометрия, у 16% - с атрофией эндометрия, сопровождающейся кровяными выделениями [5, 6].

Существующие способы диагностики гиперпластических заболеваний и РЭ не дают возможности достоверно диагностировать различную патологию эндометрия, что осложняет разработку адекватной терапии, а также требует изучения связи ГЭ с изменениями в генетическом аппарате. Так, в последние годы появились новые данные об участии факторов апоптоза — онкогенов P-53 и Bcl-2 в развитии ГЭ. Показано, что гипер- и неопластические процессы в слизистой оболочке матки возникают на фоне прогрессирующего снижения способности клеток к апоптозу, а это приводит

к уменьшению степени деградации ДНК, и как следствие увеличивается часть пролиферирующих клеток [13, 14].

Был проведен ряд исследований, в которых показаны увеличение количества aberrаций хромосом, нестабильность их микросателлитов при ГЭ, что позволяет высказать предположение о наличии генного контроля над процессом пролиферации клеток эндометрия. Так, в последние годы появились данные о связи генетической нестабильности с риском развития гиперпролиферативных процессов и прогнозом успешности их лечения. Выявлено, что генетическая нестабильность у женщин младше 40 лет каждая третья комплексная или атипичная гиперплазия является результатом микросателлитной нестабильности (MSI) и это 100% шанс прогрессирования в инвазивную эндометриоидную карциному, в отличие от микросателлитностабильных гиперплазий (MSS), которые имеют низкий уровень прогрессии и высокий уровень регрессии на фоне эндо- или экзогенной прогестероновой стимуляции [16, 19]. На сегодняшний день, эти данные еще не получили широкого практического применения.

Таким образом, ввиду наличия тесной связи перспектив лечения и возможности малигнизации ГЭ, с широким внедрением возможностей определения генетической нестабильности, тактика будет зависеть от результатов упомянутого обследования .

Литература

1. Бохман Я.В. Лекции по онкогинекологии // М: МИА -2007-С.- 264.
2. Вострое А.Н., Трофимова Е.Ю., Новикова Е.Г. и др. Комплексная ультразвуковая диагностика рака эндометрия //Пособие для врачей .- М: МНИОИ им. П.А. Герцена -2004-С.- 27.
3. Демидов В.Н., Гус А.И. Ультразвуковая диагностика гиперпластических и опухолевых процессов эндометрия. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике // М: Видар- 1997-С.- 120-130.
4. Запорожан В.Н., Татарчук Т.Ф., Дубинина В.Г., Косей Н.В. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия // Репродуктивная эндокринология.-2012.-№1 (3).-С 5-12.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии // М: Медицина- 2001-С.- 5-114.

6. Новикова Е.Г., Пронин С.М. Абляция в лечении предрака и начального рака эндометрия: мед. технология // МНИОИ им. П.А. Герцена-2005- С.- 11 - 14.
7. Раскуратов Ю.В. Гиперпластические процессы и предраковые состояния эндометрия // Методические рекомендации.- Тверь.- 2000.-С.- 3-24.
8. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гистероскопия // М: ГЭОТАР МЕД - 2001-С.-156.
9. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Пшеничникова Т.Я. Гинекологическая эндокринология // М: Медицина- 2008-С.- 178.
10. Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Корінна К.О. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія //Ліки та життя.- 2005-№1-.С. 100-101.
11. Харитоновна Т.В. Рак тела матки // Онкогинекология. -2000.- 2(2).- С.44-48.
12. Cavalieri E., Frenkel K., Liehr J.G. et al. Cancer of Endometrium // J Natl Cancer Inst Monogr .-2000- 27.-P.-75-93.
13. Dabbs D.J. Diagnostic immunohistochemistry/ London:Churchill Livingstone.- 2006.-P.-828.
14. Doherty J.A., Weiss N.S., Freeman R.J. et al. Cancer of Endometrium: pathogenesis, morphologies, epidemiologies //Cancer Epidemiol Biomarkers Prev-2005(14)- P.- 357-366.
15. Gisella Dallenbach-Hellweg Dietmar Schmidt-Friallenbach .Atlas of Endometrial Histopathology.-2009.-P.-245.
16. Mutter G.L. Histopathology of Genetically Defined Endometrial Precancers // Int. J. Gynecol. Pathol. – Vol.19. – №4. – 2000. – P.302–308.
17. Modugno F., Weissfeld J.L. Laboratory diagnostics of cancer of endometrium //Clin Cancer Res.- 2001.- 7.-P.- 3092-3096.
18. Marsden D.E., Hacker N.F. Histeroscopy in practice of gynecologist //Best Practice&Research Clin Obstet Gyn.- 2001.- 15(3).-P.-393-405.
19. Wren B. G.. - Progestogens, progesterone: their clinical application and problems / Menopause at the Millenium, –2000. – P.298–302.

УДК 618.14-089.87-092-073.432.19-074-085

НОВІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ З УРАХУВАННЯМ ДЕЯКИХ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЗМІН

І. М. Щербина, О. І. Скорбач, м. Харків

РЕЗЮМЕ

У статті представлені дані вивчення кровотоку в яєчникових артеріях та вмісту ендотеліну-1в 90 жінок, які перенесли оперативне втручання – гістеректомію

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 11.16. Тир. 100 прим. Зам. 371-13.
Підписано до друку 01.10.13. Папір офсетний.

Надруковано з макету замовника у СПД ФО Бровін О.В.
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

СТИЛЬ ™
ИЗДАТ 
ТИПОГРАФИЯ
www.stil-izdat.com