чем в группе сравнения – 19 (63,3%) против 8 (26,7%) (p=0,013). В основной группе у женщин со 2 степенью ожирения оперативные роды встречались у 10 (33,3%) женщин, в группе сравнения у 8 (26,7%) женщин (p=0,8).Оперативные роды у женщин с 3 степенью ожирения наблюдались у 1 (3,33%) женщины, в группе сравнения у 8 (26,7%) женщин (p=0,03).

Выводы

У женщин с ожирением имеется тенденция к более высокой частоте планового кесарева сечения, чем у женщин без ожирения (p=0,089). У женщин со 2 степенью ожирения слабость родовой деятельности встречается значимо чаще, чем у женщин без ожирения до беременности (p=0,0197). Женщины с первой и третьей степенью ожирения в целом значимо чаще подвергаются оперативному родоразрешению, нежели женщины не имеющие ожирение до беременности (p=0,013; p=0,03).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фурсов, А. Б. Ожирение и COVID-19 – признаки конвергенции двух пандемий. Рекомендации по борьбе с ожирением, основанных на принципах «Roots» / А. Б. Фурсов, О. Б. Оспанов, Р. А. Фурсов // Ожирение и метаболизм. – 2021. – № 18(4). – С. 456–464.

2. Веселовская, Н. Г. Ожирение и беременность: сердечно-сосудистые и метаболические риски / Н. Г. Веселовская, Г. А. Чумакова // Российский кардиологический журнал. – 2019. – № 24 (4). – С. 48–52.

3. Bogaerts, A. Obesity and pregnancy, an epidemiological and intervention study from a psychosocial perspective / A. Bogaerts // Facts, Views & Vision in ObGyn. – 2014. – № 6(2). – P. 81–95.

УДК 618

С. В. Панова[1], Т. В. Веретельникова[2], Н. А. Селюнина[1, 2]

Научный руководитель: д.м.н, профессор, заведующая кафедрой Н. М. Пасман

[1]Учреждение образования
«Новосибирский государственный университет»,

[2]ООО «Клиника профессора Пасман»
г. Новосибирск, Российская Федерация

РОЛЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АШЕРМАНА: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ

Введение

Синдром Ашермана (СА) – редкое гинекологическое заболевание, характеризующееся формированием внутриматочных синехий как ответ на повреждение базального слоя эндометрия, преимущественно после выскабливаний при прерывании беременности, в послеродовом периоде, самопроизвольных выкидышах, операций с вскрытием полости матки (миомэктомия, гистероскопия), а также при воспалительных заболеваниях матки и генитальном туберкулезе. При общей распространенности 1,5–1,7% в популяции риск достигает 30% в группах высокого риска [1]. СА остается значимой медико-социальной проблемой из-за вызываемых менструальных нарушений, бесплодия, рецидивов после гистероскопического адгезиолизиса и ограниченной эффективности эмпирических методов профилактики (барьеры, эстрогены), что подчеркивает актуальность поиска инновационных подходов [2]. Фотодинамическая терапия (ФДТ), широко применяемая в онкологии и дерматологии, представляет перспективный инновационный подход к лечению синдрома Ашермана в гинекологии [3]. В предлагаемой методике сочетается гистероскопический адгезиолизис (ГА) с внутриматочной экспозицией фотосенсибилизатора и последующем воздействием лазерного излучения.

Цель

Оценка клинико-репродуктивных исходов у пациенток с синдромом Ашермана, лечение которых производилось сочетанием гистероскопического адгезиолизиса с фотодинамической терапией.

Материал и методы исследования

В данном клиническом исследовании проведен комплексный анализ анамнестических данных пациенток с синдромом Ашермана, включая акушерско-гинекологический анамнез, анамнез жизни, результаты клинического осмотра, лабораторных исследований, а также инструментальных методов визуализации – УЗИ органов малого таза, гистероскопии, гистеросальпингографии и раздельного диагностического выскабливания. Критериям включения соответствовали 16 человек: пациентки репродуктивного возраста, старше 18 лет с установленным диагнозом синдром Ашермана, подписавшие добровольное информированное согласие на участие в научном исследовании и прошедшие комплексное лечение, состоящее из ГА и последующей процедуры ФДТ. Протокол фотодинамического воздействия включал этап сенсибилизации с трансцервикальной инстилляцией 0,35% раствора «Радахлорин» (1,0 мл + 3 мл 0,9% NaCl, экспозиция 60–90 мин), последующее полипозиционное бесконтактное лазерное облучение стенок матки генератором «Латус» (λ=662 нм, мощность излучения 0,3–0,4 Вт, время облучения 11–13 мин, доза облучения 30–40 Дж/см²) и введение антиадгезивного барьера для профилактики рецидивов и стимуляции регенерации эндометрия. Послеоперационный период не включал интра- и послеоперационные осложнения и состоял из гормональной реабилитации эндометрия с дифференцированным подходом.

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализированы анамнезы 16 пациенток в возрасте 25–49 лет (средний возраст – 36,5±6,2 года, диапазон 25–48 лет; медиана – 35 лет). Большинство участниц (12 человек или 75%) имели бесплодие длительностью 1–10 лет. У оставшихся 4 пациенток (25%) репродуктивные вопросы не были актуальны: у 3 (18,75%) – из-за отсутствия планов на беременность, у 1 (6,25%) – в связи с перименопаузой.

Степень синдрома Ашермана у пациенток оценивалась по критериям *American Fertility Society*, учитывающим как степень распространения внутриматочных спаек, так и функциональное состояние эндометрия, определяемое характером менструального цикла [4]. До оперативного вмешательства в сочетании с ФДТ у большинства пациенток выявлены первая (37,5%) и вторая степени (43,75%) полости матки, в то время как тяжелая облитерация, т.е. III степень, наблюдалась у меньшей части выборки (18,75%). При этом отмечено, что с увеличением тяжести синдрома сохранность менструальной функции уменьшается: нормальный менструальный цикл сохранялся лишь у 33,3% пациенток из первой группы, среди пациенток со II степенью – у 14%, среди пациенток с III степенью в 100% случаев наблюдалась аменорея.

У 100% пациенток установлен диагноз хронический эндометрит; в сочетании с частыми внутриматочными манипуляциями в анамнезе он рассматривается как предиктивный фактор глубокой деструкции базального слоя эндометрия и последующей облитерации полости матки [5]. Все пациентки (100%) имели отягощенный анамнез внутриматочных оперативных вмешательств. Анализ анамнестических данных выявил, что подавляющее большинство (87,5%) подвергались повторным и многократным внутриматочным манипуляциям. Особо выделяется подгруппа с системным травматизмом (≥4 операции), составляющая 37,5% выборки. Эти данные охватывают офисную гистероскопию, гистероскопический адгезиолизис и лечебно-диагностическое выскабливание. Гистероскопия с выскабливанием стенок полости матки в анамнезе пациенток наблюдалась в 75% случаев (n=12), из них у 31,25% – двукратно, а у 12,5% – с системным травматизмом (7–8 вмешательств). Основные показания к контролируемым операциям – полипэктомия (50%) и адгезиолизис (50%).

В выборке гипоэстрогенные состояния распределились следующим образом: преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) – у 1 пациентки (6,25%), овариэктомия в анамнезе – у 1 (6,25%), гиперпролактинемия – у 2 (12,5%). Гинекологический фон пациенток отличался высокой частотой сопутствующей патологии. Гормонально-зависимые нарушения в виде синдрома поликистозных яичников подтверждены у 31,25% женщин. Аденомиоз выявлен в 50% случаев. Врожденные пороки развития матки отмечены у 18,75%: седловидная матка – в 2 случаях, неполная внутриматочная перегородка – в 1. Анализ репродуктивного анамнеза выявил сложную структуру паритета. Частота беременностей составляла 1–5 случаев, причем многократные гестации (≥4) зафиксированы у 25% пациенток. Высокая доля оперативного родоразрешения: среди рожавших (n=6) в 66,7% случаев (4 пациентки) применено кесарево сечение по Пфанненштилю, что свидетельствует о значительной хирургической нагрузке на матку – как на эндометрий, так и на миометрий. Гинекологический анамнез дополнен случаями эктопической беременности. У 12,5% пациенток наблюдался рецидив трубной беременности (по 2 эпизода у каждой), завершившийся тубэктомией. Совокупность факторов – повторные внутриматочные манипуляции, рубцы после кесарева сечения и отсутствие маточных труб свидетельтсвует о крайне высоком риске вторичного бесплодия и невынашивания.

Всем пациенткам было проведено лечение сочетанием ГА и ФДТ. В послеоперационном периоде применялся дифференцированный подход к гормональной реабилитации эндометрия. Большинство пациенток (56,25%) получали двухфазную циклическую терапию (эстрадиол + дидрогестерон). При сопутствующем аденомиозе или отсутствии репродуктивных планов назначались гестагены в циклическом режиме (18,75%) либо левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система (25%) по желанию пациенток. На этапе контроля восстановления менструальной функции одна пациентка (6,25%) выбыла из наблюдения, а двум по их желанию была установлена ВМС Мирена; в связи с чем их показатели не включались в дальнейшую оценку эффективности проводимого лечения (далее n=13). Восстановление менструальной функции после первого сеанса ГА и ФДТ отмечено у 38,5% пациенток, остальным потребовалось повторное вмешательство, после которого восстановление произошло уже у всех пациенток, медиана срока составила 2 [1;4] месяца, при этом статистически значимых различий сроков ответа между этапами не выявлено ($p > 0,05$), что свидетельствует о сохранении высокой регенераторной активности метода ФДТ при повторном использовании. В группе пациенток, планирующих беременность (n=11), суммарная эффективность лечения составила 45,5%. Наилучшие результаты достигнуты у пациенток с I степенью тяжести по AFS – 75% (3 из 4). В подгруппах с более выраженным синехиальным процессом (II–III степени) частота наступления беременности – 28,6% (2 из 7), что представляет клинически значимый эффект с учетом анамнеза предшествующих хирургических вмешательств.

Выводы

Ведущим этиологическим фактором синдрома Ашермана в группе является высокий суммарный оперативный травматизм эндометрия. Выявлена прямая корреляция между кратностью кюретажа и тяжестью облитерации по AFS ($\rho = 0,72$; $p < 0,05$), что на фоне 100% хронического эндометрита требует патогенетически обоснованной реабилитации. Интеграция фотодинамической терапии с «Радахлорином» в протокол гистероскопического адгезиолизиса обеспечила 100% восстановление менструальной функции. Этот результат превосходит стандартную терапию с противоспаечными барьерами, подтверждая биостимулирующий и регенераторный эффект ФДТ. Несмотря на малую выборку (n=16) и ВПР матки у 18,75%, среди планирующих беременность частота наступления гестаций достигла 45,5%. Это подтверждает эффективность метода при преодолении такого маточного фактора бесплодия, как синдром Ашермана.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Review of Asherman syndrome and its hysteroscopic treatment outcomes: experience in a low-resource setting / M. Siferih [et al.] // BMC Women's Health. – 2024. – Vol. 24, № 1. – P. 99.

2. Supplements to conventional treatment after hysteroscopic lysis of intrauterine adhesions: a systematic review / R. Konci [et al.] // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2020. – Vol. 42, № 8. – P. 984–1000.

3. Никонов, С. Д., Пасман Н. М., Безденежных Е. И. Способ лечения хронического эндометрита: патент RU 2692999 C2 Рос. Федерация. № 2017136360; заявл. 13.10.2017; опубл. 28.06.2019.

4. AM FERTIL S. O. C. The American Fertility Society classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions // Fertil Steril. – 1988. – T. 49. – C. 944–955.

5. A cohort study comparing 4 mg and 10 mg daily doses of postoperative oestradiol therapy to prevent adhesion reformation after hysteroscopic adhesiolysis / L. Liu [et al.] // Human Fertility. – 2019. – Vol. 22, № 3. – P. 191−197.

УДК 618.19-002:618.17-008.8.

Д. Ю. Петрушенко[1], А. Д. Аноничева[1], И. Л. Банникова[2]

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова[1]

[1]Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,

[2]Учреждение «Гомельский областной диагностический
медико-диагностический центр с консультацией «Брак и семья»»
г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Введение

Доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ) – это группа заболеваний, которая характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы. Для клинической картины ДДМЖ характерно отсутствие зависимости между выраженностью пролиферативных процессов в молочной железе и выраженностью клинических симптомов. Нередко ДДМЖ протекает бессимптомно. Наиболее распространенным заболеванием молочных желез является мастопатия, которую рассматривают как предопухолевое заболевание, так как при отсутствии лечения, риск развития рakового перерождения тканей молочной железы повышается в 3–5 раз [1].

Первые проявления ДДМЖ появляются в молодом возрасте, уже к 13–20 годам, к 40 годам наблюдается у 50–60% женщин, а к 50 – 70–80 %.

Особое внимание ДДМЖ заслуживает по причине увеличения риска рака молочной железы (РМЖ) [2].

По мнению Всемирной Организации Здравоохранения на 2022 год РМЖ был диагностирован у 2,3 миллиона женщин и стал причиной 670 000 случаев смерти во всем мире. РМЖ встречается во всех странах мира у женщин любого возраста после достижения половой зрелости, при этом показатели заболеваемости увеличиваются с возрастом [3]. Таким образом, своевременная диагностика предопухолевых заболеваний является первоочередной.

Цель

Оценить связь возникновения доброкачественных заболеваний молочных желез у женщин с нарушениями менструальной функции в репродуктивном возрасте. Продемонстрировать актуальность раннего скрининга заболеваний молочной железы, в том числе при бессимптомном течении заболевания.