



XV Всероссийский научный форум

Мать и Дитя

23–26 сентября

2014

Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

Научная программа



Science For A
Better Life



SUN
PHARMA





- 15:25–15:40 К.м.н. Щербаков Д.В. (Москва) Терапия эякуляторных нарушений у мужчин перед планированием беременности
- 15:40–15:50 Дискуссия

16:00–17:50 ЗАЛ 7**Круглый стол****Дискуссионные вопросы в практике гинеколога****Председатели:** Колесникова Л.И., Башмакова Н.В., Мингалева Н.В., Ткаченко Л.В.

- 16:00–16:15 Член-корр. РАН Колесникова Л.И. (Иркутск) Микробиом как важный фактор репродуктивных нарушений
- 16:15–16:25 Проф. Мингалева Н.В., Бондаренко А.С., Мингалева Е.А. (Краснодар) Профилактические осмотры сегодня – сохранение репродуктивного здоровья женщины завтра
- 16:25–16:35 Проф. Зуев В.М., проф. Александров М.Т., д.м.н. Калинина Е.А., д.м.н. Джигладзе Т.А., проф. Везирова В.Р. (Москва) Оценка состояния эндометрия у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе с помощью неупругого рассеяния света
- 16:35–16:40 К.м.н. Шнейдерман М.Г., д.м.н. Калинина Е.А., д.м.н. Смольникова В.Ю., Левков Л.А., к.м.н. Абубакиров А.Н., д.м.н. Мишиева Н.Г. (Москва) ✓ Тонкий эндометрий – новый метод лечения при подготовке к процедуре ЭКО
- 16:40–16:55 Проф. Бурлев В.А., д.м.н. Коноводова Е.Н., проф. Фёдорова Т.А., д.м.н. Данилов А.Ю., д.м.н. Тютюнник В.Л. (Москва) Диагностика и лечение железодефицитных состояний у гинекологических больных (клинические рекомендации и клинический протокол)
- 16:55–17:05 Доц. Каюмова Д.Т. (Узбекистан, Ташкент) Составляющие метаболического синдрома у женщин различных возрастных групп
- 17:05–17:15 К.м.н. Мелкозерова О.А., проф. Башмакова Н.В. (Екатеринбург) Воздействие низкочастотного ультразвука на рецепторное поле эндометрия: возможности реабилитации после регрессирующей беременности
- 17:15–17:25 К.м.н. Стеняева Н.Н. (Москва) Вагинизм: дифференцированные подходы к лечению пациенток
- 17:25–17:35 Проф. Кулавский В.А., к.м.н. Зиганшин А.М., Кулавский Е.В. (Уфа) Критерии ранней диагностики несостоятельности мышц тазового дна у женщин
- 17:35–17:45 Проф. Озолина Л.А. (Москва) Профилактика воспалительных осложнений и реабилитация после самопроизвольного аборта
- 17:45–17:50 Дискуссия



– с эндокринным бесплодием и одной с эндометриозом (1,3%).

Заключение об аномальной цитологии сделано у 8,9% здоровых женщин, что практически в три раза меньше, чем при ТПБ (23,9%), в два раза – с эндокринным и сочетанным бесплодием (16,0% в среднем) ($p < 0,05$) и эндометриозом (17,1%).

Койлоцитоз в мазках аномального типа обнаруживали у 58,1% бесплодных женщин в выборке. Воспалительный тип мазка ($n=42$) указывал на хронический цервицит неспецифической этиологии, в 20 образцах диагностировали бактериальный вагиноз. Рекомендации цитологов исключить ИППП в 9,9% цитограмм позволили выявить в 30,9% образцов хламидийную инфекцию, 16,2% – трихомонадную, 20,6% – ВПГ, уреа/микоплазменную в диагностически значимом титре ($>10^4$) в 17,6%.

Кандида ($>10^4$) обнаруживали у 14,7%. Частота ложно-аномальных мазков у здоровых женщин была меньшей – 9 из 124, причем у 6,4% из них обнаруживали бактериальный вагиноз.

Таким образом, достоверно большая частота аномальных цитологических заключений у женщин с бесплодием обосновывает целесообразность проведения у данного контингента обязательного цитологического скрининга и тестирования на ВПЧ. Высокая встречаемость ложно-аномальных цитограмм на фоне хронического цервицита и ИППП нередко ассоциируется с причиной infertility, в частности, хламидийной инфекцией как инициальным фактором трубно-перитонеального бесплодия.

ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Абубакиров А.Н., Мишиева Н.Г., Левков Л.А., Алиева К.У., Казарян Л.М., Аксененко А.А., Куземин А.А., Дюжева Е.В., Фатхудинов Т.Х., Макаров А.В., Афан А.И.

Россия, г. Москва, ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Сочетание нормального эмбриона с высоким потенциалом имплантации и рецептивного эндометрия, в котором происходит импланта-

ция эмбриона, является необходимым условием для достижения беременности в программе ЭКО. Несмотря на постоянное усовершенствование схем стимуляции суперовуляции, способов культивирования эмбрионов, результативность лечения бесплодия остается достаточно низкой. Поэтому поиск путей повышения эффективности программы ЭКО является вопросом большого научного интереса. Рецептивность эндометрия имеет ключевое значение для процесса имплантации эмбриона. Время прикрепления эмбриона и его инвазии строго ограничено временем оптимальной рецептивности, известным как «окно имплантации». Для оценки рецептивности эндометрия при УЗ-исследовании используют такие параметры как толщина эндометрия, структура и субэндометриальный кровоток. Изучая влияние толщины эндометрия на частоту наступления беременности у пациентов в программе ЭКО, многие авторы пришли к выводу, что маркерами рецептивности эндометрия служат трехслойная структура и толщина более 7 мм. По результатам проведенных исследований считается, что тонкий эндометрий является следствием нарушения процесса нормального роста эндометрия. Однако информации относительно факторов, ответственных за нарушение роста эндометрия у больных с тонким эндометрием, мало.

В ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России разработан новый способ лечения женщин с тонким эндометрием путем обработки эндометрия смесью газов (CO_2 и N_2) под воздействием которой улучшается кровообращение в слизистой и происходит постепенное увеличение толщины базального и функционального слоев эндометрия.

Показанием к применению орошения тонкого эндометрия в процессе подготовки к ЭКО является первичное или вторичное бесплодие различного генеза, требующее проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) при наличии диагностированного нарушения роста эндометрия (тонкий эндометрий), отсутствие роста эндометрия в цикле ЭКО перед переносом эмбрионов и неэффективность роста эндометрия под воздействием медикаментозного или физиотерапевтического лечения.

Измерение толщины эндометрия проводилось один раз до включения пациенток в исследование, а затем трижды: в цикле проведения про-



цедуры и в следующем цикле после проведения процедуры. Процедура является достаточно безопасной, так как состав газовой смеси состоит из нетоксических ингредиентов, применяемых для культивирования эмбрионов (CO₂ и N₂), а используемый одноразовый катетер применяется при проведении процедуры переноса эмбрионов в программе ЭКО.

Для орошения эндометрия в полость матки вводится специально сконструированный тончайший катетер для доставки газовой смеси (CO₂ и N₂), соединенный с газовым баллончиком. Однократное, кратковременное нажатие на головку баллончика и газовая смесь в объеме 5–6 куб. см под давлением 1,3 атм. поступает в полость матки. При этом происходит равномерное орошение эндометрия газовой смесью. Процедура проводится на 7, 9 и 11 дни менструального цикла. Смесь углекислого газа и азота оказывает благоприятное воздействие на эндометрий, усиливая в нем кровообращение и окислительно-восстановительные процессы. При этом повышается скорость экстракции кислорода тканями, усиливается их метаболизм, восстанавливается рецепторная чувствительность, усиливаются репаративные процессы и активизируется рост фибробластов с последующим увеличением толщины эндометрия.

В исследование были включены 65 пациенток репродуктивного возраста (25–43 лет) с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия и не отвечающих на гормональную стимуляцию, проведенную в циклах за 3–4 месяца до начала исследования и физиотерапевтическое лечение. В контрольной группе было обследовано 30 женщин, а в основной группе – 35 женщин с клинически подтвержденным диагнозом «бесплодие 1 или бесплодие 2, тонкий эндометрий». Толщина эндометрия (УЗИ) измерялась однократно до включения пациенток в исследование, а затем трижды-четырежды: в цикле введения газовой смеси и в следующем цикле после проведения процедуры.

УЗИ проводилось на 7, 9, 11, 14 дни менструального цикла при 28-дневном цикле.

При проведении первого УЗИ в основной группе женщин, до начала газового орошения эндометрия, толщина последнего варьировала от 3,1 мм до 5,9 мм. Как показали последующие УЗИ, через 2 дня после первого орошения толщина эндометрия увеличивалась на 2,7–3,3 мм (33 пациентки), через два дня после второго орошения – она возрастала еще на 2,8–3,7 мм (26 пациенток), а после третьего орошения толщина эндометрия достигала величины 8,3–12,8 мм (33 пациентки).

В контрольной группе женщин (30 человек), на 7 день менструального цикла толщина эндометрия составляла 3,2–5,7 мм. На 9 день – увеличения роста эндометрия практически не происходило, а к 13–15 дням цикла толщина эндометрия варьировала только от 4,6 до 6,8 мм.

Достаточная толщина эндометрия очень важна для нормальной имплантации эмбриона в полости матки. Основанием для проведения лечения тонкого эндометрия методом орошения газовой смесью являлось отсутствие эффекта от проводимой циклической гормональной терапии после 4–6 месяцев лечения или физиотерапевтического лечения.

У пациентов с тонким эндометрием под воздействием газовой смеси в большинстве случаев удалось значительно увеличить толщину эндометрия и подготовить пациентку к последующему переносу эмбрионов. В исследовании принимали участие женщины, ранее имевшие в анамнезе неоднократные безуспешные стимуляции роста эндометрия гормональными препаратами и физиотерапевтическими процедурами. В результате применения процедуры обработки эндометрия смесью газов (CO₂ и N₂), у большинства пациенток прослеживалась устойчивая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси, что может рассматриваться как хороший прогностический признак для последующей успешной процедуры имплантации эмбриона в цикле ЭКО.