

30,9% врачей отметили этот параметр в комплексе медикаментозного лечения ДП. Преобладающее большинство опрошенных врачей применяют в своей повседневной практике препараты, доказавшие свою эффективность при ДП.

Дополнительным аспектом, затрудняющим ведение больных с ДП, является отсутствие мотивации на специализированное лечение у больных на ранних стадиях патологии. При анализе историй болезней в ОАО РЖД (59) и частных медицинских клиниках (36) были выявлены следующие общие черты: позднее обращение пациентов, несоблюдение рекомендаций в достижении целевых значений гликемии, проведение самоконтроля гликемии реже, чем рекомендовано, а также отсутствие систематического применения специализированных препаратов и т. д. Многие (50,5%) больные получали специализированное лечение препаратами α -липоевой кислоты, из них у 83,3% производили инфузии (2 курса ежегодно). Лишь 15,8% больных не получали специализированной терапии, несмотря на разработанные алгоритмы и схемы специализированной медицинской помощи этой категории больных [2, 3, 5]. Таким образом, базируясь на результатах международных двойных слепых плацебо-контролируемых или наблюдательных исследований [1, 3, 5, 7, 9—11] — ALADIN, ALADIN II, ALADIN III, DEKAN, ORPIL, SYDNEY I и II, NATHAN II и др. — больные СД с ДП нуждаются в динамическом наблюдении и лечении препаратами, направленными не только на достижение целевых значений гликемии, но и на основные звенья патогенеза ДП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов А. С., Строчков И. А., Баринев А. Н. и др. Альфа-липоевая кислота в лечении симптомной диабетической полиневропатии: symptomatic diabetic neuropathy (SYDNEY) trial // Фарматека. — 2004. — № 11 (88). — С. 69—73.

2. Аметов А. С. Избранные лекции по эндокринологии. — М., 2011. — С. 58—91.
3. Дедов И. И., Шестакова М. В. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом: 5 вып. прил. к журн. «Сахар. диабет». — 2011. — № 3. — С. 1—72.
4. Диабетичні нейропатії: Метод. рекомендації / Сергієнко О. О., Урбанович А. М., Кривко Ю. Я., Козицький З. Я. — Київ; Львів, 2000.
5. Справочник практикующего врача / Под ред. А. И. Воробьева. — М., 2004. — С. 417—427.
6. Hiatt W. R., Hoag S., Hamman R. F. Effect of diagnostic criteria on the prevalence of peripheral arterial disease: the Ban Luis Valley Diabetes Study // Circulation. — Vol. 91. — P. 1472—1479.
7. http://www.woerwagpharma.ru/data/_articles/art_020.htm
8. Shaw J. E., Sicree R. A., Zimmet P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030 // Diabet. Res. Clin. Pract. — 2010 — Vol. 87, N 1. — P. 4—14.
9. Ziegler D., Hanefeld M., Ruhnau K. J. et al. Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the antioxidant α -lipoic acid. A 3-week multicentre randomized controlled trial (ALA-DIN Study) // Diabetologia. — 1995. — Vol. 38. — P. 1425—1433.
10. Ziegler D., Schatz H., Conrad F. et al. Effects of the treatment with the antioxidant α -lipoic acid on cardiac autonomic neuropathy in NIDDM patients. A 4-month randomized controlled multicenter trial (DEKAN Study) // Diabet. Care. — 1997. — Vol. 20. — P. 369—373.
11. Ziegler D., Reljanovic M., Mehnert H. et al. α -Lipoic acid in the treatment of diabetic polyneuropathy in Germany: current evidence from clinical trials // Exp. Clin. Endocrinol. Diabet. — 1999. — Vol. 107. — P. 421—430.

Поступила 06.12.11

Сведения об авторах:

Доскина Елена Валерьевна, канд. мед. наук, доц. каф. эндокринологии и диабетологии ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования.

Для контактов:

Телефон: 8(499)210-35-08; e-mail: elena-doskina@rambler.ru.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 618.11-089.168-036.86-08

К. Г. Серебренникова¹, Е. П. Кузнецова², А. А. Лапшихин³,
Т. В. Иванова³, В. Ф. Хмелевская³

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЯИЧНИКАХ

¹Кафедра семейной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова; ²кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ; ³отделение гинекологии с применением вспомогательных репродуктивных технологий Центральной клинической больницы РАН, Москва

Целью исследования явились разработка и внедрение системы реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивного здоровья женщины после операций на яичниках. В проспективное клиническое исследование были включены 923 женщины после оперативного лечения по поводу кист и доброкачественных опухолей яичников. После операций на яичниках с учетом состояния эндометрия и овариального резерва определены методы реабилитации репродуктивной функции. Эффективность восстановления фертильности у больных после оперативного лечения на яичниках при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий составила 21,43%, в естественном цикле — 12,09%.

Ключевые слова: яичники, репродуктивная функция, оперативное лечение, вспомогательные репродуктивные технологии.

REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN AFTER SURGICAL TREATMENT OF OVARIUM

K.G. Serebrennikova, E.P. Kuznetsova, A.A. Lapshikhin, T.V. Ivanova, V.F. Khmelevskaya

The aim of the study was development and apply of rehabilitational procedures after surgical treatment of the ovarium in healthy women. The prospective study included 923 women after surgical treatment of cysts and non-cancerous growths. The methods of reproductive function rehabilitation have been determined after the operations on ovarium taking into account endometrium condition and ovarian reserve. The effectiveness of fertility in patients after surgical treatment on ovarium with the usage of auxiliary reproductive technology is 21,43% and 12,09 during natural cycle.

Key words: *ovarium, reproductive function, operational treatment, auxillary reproductive technology.*

Проблема охраны репродуктивного здоровья приобрела особую медико-социальную значимость в последнее десятилетие в связи с происходящими социально-экономическими изменениями на фоне устойчивого ухудшения состояния здоровья населения [1]. В настоящее время одно из первых мест по распространенности среди новообразований женских половых органов занимают кисты и доброкачественные опухоли яичников [2—4]. Разнообразие клинических проявлений, трудности дифференциальной диагностики приводят к росту числа оперативных вмешательств на яичниках, утрате трудоспособности и нарушению репродуктивного здоровья женщин [4—7].

Цель исследования — разработка и внедрение системы реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивного здоровья женщин после операций на яичниках.

Материал и методы. В проспективное клиническое исследование включены 923 женщины с кистами и доброкачественными опухолями яичников, проходившие обследование и лечение в период с 1999 по 2009 г. в гинекологических отделениях Ижевска и в отделении гинекологии с применением вспомогательных репродуктивных технологий (зав. — проф. К. Г. Сereбrennikova) ЦКБ РАН. Формирование клинических групп было произведено ретроспективно после оперативного лечения по результатам морфологического исследования удаленных тканей яичника, согласно основным нозологическим формам заболеваний (МКБ-10): 1-я группа — больные с кистами яичников ($n = 786$), средний возраст $32,04 \pm 9,58$ года (СІ 95% 31,37; 32; 71, $m = 0,34$); 2-я группа — больные с доброкачественными опухолями яичников ($n = 189$), средний возраст $33,55 \pm 10,16$ года (ДИ 95% 32,09; 35,01; $m = 0,74$).

Хирургическое лечение эндоскопическим доступом проводили по общепринятой методике с помощью комплекса аппаратуры и инструментов фирм «Olimpus» (Япония), «Karl Storz» (Германия), «Circon» (США). Показаниями к проведению оперативного лечения явились наличие одного или нескольких образований в яичнике диаметром более 5 см, эндометриоз яичников, отсутствие эффекта консервативной терапии.

После оперативного лечения для восстановления менструального цикла и профилактики рецидивов были отобраны больные, не заинтересованные в реализации репродуктивных планов. Группа наблюдения ($n = 342$) — больные, получающие комплексную терапию, средний возраст $27,73 \pm 6,34$ года (СІ 95% 27,11; 28,34; $m = 0,31$; $p = 0,06$). Группа сравнения ($n = 150$) — больные, не получающие терапию по разным причинам (отказались сами, имелись противопоказания и т. д.), средний возраст $27,85 \pm 7,9$ года (СІ 95% 26,53; 27,13; $m = 0,53$; $p < 0,05$).

Комплексную терапию назначали в зависимости от морфологической характеристики кисты или доброкачественной опу-

холи: иммуномодуляторы (натрия аминодигидрофталазиндион), системную энзимотерапию (вобэнзим), гормональные препараты (низкодозированные КОК в непрерывном режиме в течение 3 мес, далее по контрацептивной схеме, либо прогестагены (перорально, вагинально; с 5-го по 25-й или с 16-го по 25-й день менструального цикла).

Больные с бесплодием после хирургического лечения, нуждающиеся в восстановлении фертильности, на основании результатов оценки овариального резерва и состояния рецепторного статуса эндометрия были разделены на следующие группы.

Группа наблюдения ($n = 84$) — больные со сниженным овариальным резервом и нарушенной рецептивностью эндометрия при отсутствии противопоказаний к индукции суперовуляции, беременности и вынашиванию беременности. Средний возраст больных $32,69 \pm 5,24$ года; эти больные были включены в программу вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Группу наблюдения ($n = 182$) — больные с нормальным овариальным резервом и ненарушенной рецептивностью эндометрия при отсутствии противопоказаний к беременности и вынашиванию беременности. Средний возраст больных $31,46 \pm 4,81$ года; эти больные наблюдались в естественном цикле. Группа сравнения ($n = 132$) — больные с бесплодием и интактными яичниками; эти больные были включены в программу ВРТ. Средний возраст больных $32,85 \pm 5,13$ года.

Комплексную корригирующую терапию для восстановления фертильности в естественном цикле подбирали индивидуально в зависимости от результатов гистологического исследования удаленных тканей яичника, сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний, а также нарушений гормонального гомеостаза. Длительность терапии подбирали индивидуально (от 3 до 6 мес).

Клинические аспекты программы ВРТ. Перед вступлением больных в протокол экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки (ЭКО и ПЭ) применяли обязательные и дополнительные методы обследования супружеской пары, регламентированные приказом Минздрава РФ от 26.02.03 № 67. Состояние репродуктивной системы оценивали по совокупности результатов исследования эндометрия и оценке овариального резерва. Для определения состояния эндометрия проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, определение уровней эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови и гистероскопию с биопсией эндометрия в день предполагаемого «окна имплантации» на 21—22-й день менструального цикла. Гистероскопию проводили по стандартной методике с применением гистероскопического оборудования «Karl Storz» (Германия). Исследование эндометрия проводили морфологическим и иммуногистохимическим методами в патоморфологическом отделении (зав. — проф. М. В. Самойлов) ЦКБ РАН.

Оценку овариального резерва осуществляли по данным УЗИ (объем яичников, подсчет числа антральных фолликулов), определения в сыворотке крови на 1—3-й день менструального цикла базального уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), антимюллерова гормона (АМГ) и ингибина В.

Схемы стимуляции суперовуляции выбирали с учетом базального уровня ФСГ, величины соотношения ФСГ и лютеинизирующего гормона, основного заболевания, оценки овариального резерва, состояния эндометрия и рецепторного статуса, выраженности ответа яичников на применяемые индукторы суперовуляции. Контроль эффективности проводили при динамическом обследовании и наблюдении за пациентками в отделении ВРТ ЦКБ РАН путем общего и гинекологического исследования, ультразвукового мониторинга органов малого таза, фолликулогенеза, толщины эндометрия. Период наблюдения за пациентками составил 1 год после окончания лечения.

Для статистической обработки результатов исследования применяли пакет прикладных программ Statistica 6.0/8.0 ("Stat-Soft Inc.", США) с использованием общепринятых параметрических и непараметрических статистических методов.

Результаты и обсуждение

Хирургическое вмешательство было выполнено у 923 (94,67%) больных. Объем операции зависел от уровня онкомаркеров — СА 125 ($r = -0,53, p < 0,05$) и СА 19-9 ($r = -0,18, p < 0,05$), от наличия сочетанной патологии органов малого таза: наружного генитального эндометриоза ($r = -0,23, p = 0,03$), параовариальной кисты ($r = 0,53, p < 0,05$), интраоперационно выявленных изменений второго яичника ($r = -0,35, p < 0,05$), двусторонней локализации новообразований яичников ($r = 0,25, p < 0,05$). Достоверно ($p < 0,0001$) чаще во всех возрастных периодах выполняли органосохраняющие оперативные вмешательства на яичниках — цистэктомии и резекции.

После оперативного лечения в результате проведенной реабилитационной терапии у женщин, получающих КОК, отмечена нормализация менструальной функции у 84,21% через 1 мес и у 100% через 3 мес после операции. Последующее (через 1 год после операции) возобновление у 5,26% женщин нарушений менструальной функции совпало с прекращением гормональной терапии. Частота рецидивов через 6 мес в группе наблюдения составила 1,46%, в группе сравнения — 6% ($p = 0,01$).

Восстановление фертильности у женщин с оперированными яичниками проводили как в естественном цикле, так и методами ВРТ.

Показаниями для проведения ЭКО и ПЭ после оперативного лечения кист и доброкачественных опухолей яичников являются сниженный овариальный резерв, несоответствие морфологической характеристики эндометрия фазе менструального цикла и низкий уровень экспрессии прогестероновых рецепторов в строме эндометрия (см. рисунок). При нормальном уровне овариального резерва, соответствующей фазе менструального цикла морфологической характеристике эндометрия и достоверно нормальном уровне эстрогеновых и прогестероновых рецепторов (ПР) в эндометрии после оперативного лечения рекомендуется восстановление репродуктивной функции в естественном цикле согласно результатам морфологической характеристики удаленных тканей яичников в течение 3—6 мес.

При оценке параметров овариального резерва определено, что средний объем яичников оказался достоверно ($p < 0,001$) меньше в группе больных с

оперированными яичниками. Если у женщин с интактными яичниками объем правого яичника составил $10,81 \pm 0,62 \text{ см}^3$, левого — $9,60 \pm 0,54 \text{ см}^3$, то в группе больных с оперированными яичниками — соответственно $8,52 \pm 0,67$ и $7,93 \pm 0,58 \text{ см}^3$.

Анализ результатов гормонального обследования позволил установить, что у женщин с оперированными яичниками отмечалась тенденция к повышению содержания в сыворотке крови ФСГ и более низкой продукции эстрадиола ($p < 0,001$) по сравнению с показателями у женщин с интактными яичниками. В ходе исследования выявлено, что концентрация ингибина В у женщин с оперированными яичниками снижена в 2 раза по сравнению с показателями у женщин с интактными яичниками, что достоверно ($p < 0,001$) свидетельствует о снижении овариального резерва и подтверждено данными УЗИ.

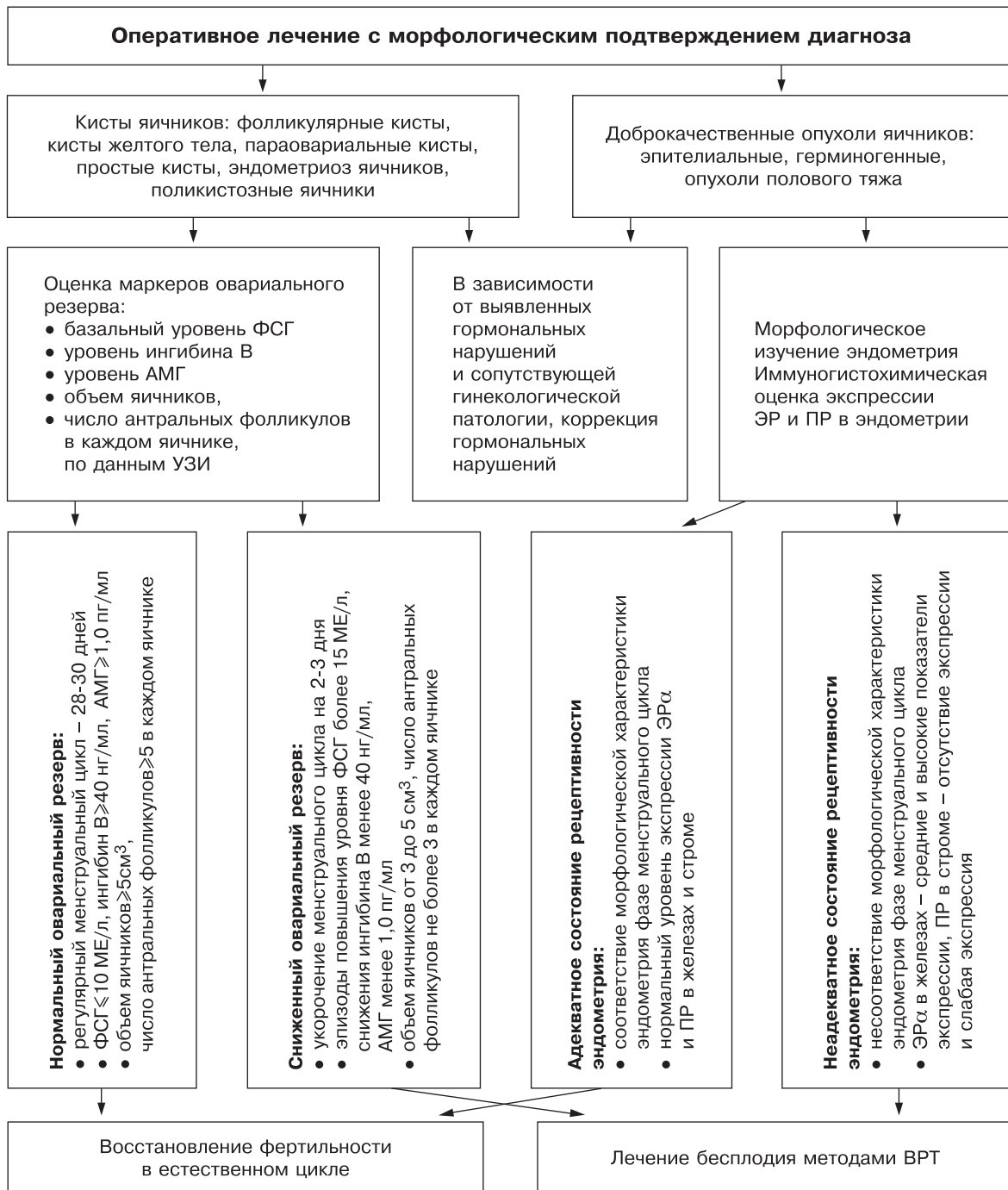
Практически у всех больных с резецированными яичниками уровень АМГ был достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у женщин с интактными яичниками. При проведении корреляционного анализа взаимосимости показателей овариального резерва получены положительные связи средней силы при $p < 0,05$ между возрастом и уровнем ингибина В ($r = 0,518$), уровнем АМГ и эстрадиола ($r = 0,595$), уровнем ФСГ и лютеинизирующего гормона ($r = 0,523$).

В результате проведения иммуногистохимического исследования при бесплодии у больных с оперированными яичниками уровень эстрогеновых рецепторов α (ЭР α) в железах в целом превышал нормальные показатели в 2,5 раза, а уровень этих рецепторов в строме был выше в 1,25 раза. Количество ПР в строме было меньше, чем в норме, а экспрессия ПР в железах практически не отличалась от нормы.

Учитывая полученные данные, у женщин с нарушением рецептивности эндометрия после оперативного лечения кист и доброкачественных опухолей яичников перед программой ВРТ была проведена подготовка препаратами заместительной гормональной терапии, содержащей эстрадиол в комбинации с дигидрогестероном в течение 3 мес.

Оперативные вмешательства на яичниках значительно нарушали процессы фолликулогенеза даже при использовании в протоколах программ ВРТ индукторов суперовуляции. У женщин с оперированными яичниками среднее количество ооцитов было достоверно меньше, чем в группе сравнения ($p = 0,003$). Среднее количество эмбрионов было больше в группе сравнения в 1,4 раза ($p < 0,001$). Частота наступления беременности достоверно превышала аналогичные показатели в 1-й и 2-й группах ($p = 0,05$), а также между группой с оперированными яичниками и с сохраненным фолликулярным аппаратом ($p = 0,05$).

Мы проследили за течением беременности во всех случаях наступившей беременности. Самопроизвольными родами живым доношенным плодом закончилось 40,54% беременностей, преждевременные роды в срок до 37 нед беременности произошли у 5,4%, родоразрешены в срок в плановом порядке посредством операции кесарева сечения 48,65% беременных. Потери беременности в срок до 12 нед составили 5,4% (у 3 из 37 женщин).



Алгоритм ведения больных с бесплодием после оперативного лечения по поводу кист и доброкачественных опухолей яичников.

Заключение

Подводя итог исследованиям, можно сделать вывод, что хирургические вмешательства на яичниках являются неблагоприятным фактором, отрицательно влияющим на овариальный резерв яичника и репродуктивную функцию женщины. Наиболее информативными показателями снижения овариального резерва у женщин с оперированными яичниками являются низкая концентрация ингибина В ($34,63 \pm 14,46$ пг/мл) и АМГ ($0,61 \pm 0,36$ нг/мл; $p < 0,0001$).

Для достижения положительного эффекта в реализации репродуктивной функции необходимо отка-

заться от неоправданной выжидательной тактики и в как можно более ранние сроки приступить к проведению программ ВРТ.

Дифференцированная подготовка эндометрия у женщин с оперированными яичниками с учетом рецепторного статуса позволяет повысить эффективность лечения методами ВРТ. Эффективность восстановления фертильности у больных с бесплодием после оперативного лечения по поводу доброкачественных опухолей и кист яичников при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий составляет 21,43%, в естественном цикле — 12,09% ($p = 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Голикова Т. А. Высокие технологии материнству и детству // Современ. мед. технол. — 2009. — № 2. — С. 6—7.
2. Мазитова М. И. Репродуктивное здоровье после эндовидеохирургического лечения гинекологических заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 2010.
3. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Соломатина А. А. и др. Опухоли и опухолевидные образования яичников и их клинические проявления // Рос. вестн. акуш.-гин. — 2005. — № 5. — С. 63—71.
4. Тер-Овакимян А. Э. Современная концепция оказания помощи больным при апоплексии яичника и разрывах доброкачественных кист яичников: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
5. Eltabbakh G. H., Charboneau A. M., Eltabbakh N. G. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts // Gynecol. Oncol. — 2008. — Vol. 108, N 1. — P. 72—76.
6. Perminova S. G., Nazarenko T. A., Ibragimova M. et al. Assessment of ovarian reserve in infertile women with thyroid auto immunity // Abstracts of the 26th Annual Meeting of ESHRE. — Rome, 2010. — P. 140.
7. Serebrennicova K. G., Kuznetsova E. P., Lapshikhin A. A. et al. Modern technology to treat infertility in women with ovaries operated on // Int. J. Exp. Educ. — 2011. — N 1. — P. 26—29.

Поступила 06.12.11

© С. Ю. Д. КРИВОРУЧКО, 2012

УДК 616.89-036.865

Ю. Д. Криворучко

НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

ФГУ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского
Минздравсоцразвития России, Москва

Представлен методологический подход к комплексной судебно-психиатрической и медико-социальной экспертизе. Показан комплексный характер каждой из указанных экспертных оценок за счет участия различных специалистов. Представлен сложный, научно обоснованный характер комплексности судебно-психиатрической и медико-социальной экспертизы в статике и динамике принудительного лечения психически больных.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, медико-социальная экспертиза, психически больные, принудительное лечение, комплексность экспертных оценок.

SCIENTIFICALLY SUBSTANTIATED APPROACH TO COMPLEX EVALUATION
OF PSYCHIATRIC-LEGAL AND MEDICO-SOCIAL EXPERTISE OF INVALIDS
DUE TO MENTAL DISEASES STAYING UNDER COMPULSORY TREATMENT

Yu. D. Krivoruchko

Methodological approach to complex psychiatric-legal and medico-social expertise was presented. The complex character of each indicated expert assessment due to the participation of different specialists was shown. A complicated substantiated character of the complexity of psychiatric-legal and medico-social expertise in statics and dynamics of the compulsory treatment of mentally diseased was presented.

Key words: psychiatric-legal expertise, medico-social expertise, mentally diseased, compulsory treatment, complexity of expert assessment.

В науке существуют альтернативные приемы исследования, которые позволяют объективно оценить объекты изучения. Научные исследования используют дифференцированные подходы к изучению отдельных предметов, явлений, событий, которые позволяют досконально изучить каждое из них и выделить особен-

Сведения об авторах:

Серебренникова К. Г., д-р мед. наук, проф. каф. семейной медицины ФППО ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, зав. гинекологическим отд-нием с применением вспомогательных репродуктивных технологий Центральной клинической больницы РАН, гл. специалист Центральной клинической больницы РАН; *Кузнецова Е. П.*, канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии фак. повышения квалификации и ИП ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России; *Лапшихин А. А.*, врач акушер-гинеколог гинекологического отд-ния с применением вспомогательных репродуктивных технологий Центральной клинической больницы РАН; *Иванова Т. В.*, врач-эмбриолог гинекологического отд-ния с применением вспомогательных репродуктивных технологий Центральной клинической больницы РАН, заочный аспирант каф. акушерства и гинекологии фак. повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России.

Для контактов:

Кузнецова Елена Петровна, 426039, Ижевск, ул. Дзержинского, 21А, кв. 49. Телефон: 8 (3412) 66-27-17; факс: 8 (3412) 52-62-02; e-mail: doctorfamily@mail.ru.

ное, отличающее их от других, сходных явлений. Это положение свидетельствует в пользу специализации. Вместе с тем существует настоятельная необходимость разностороннего изучения явлений различными специалистами, которая позволяет выявить и оценить не только особенное, но и общее. В последние годы