

## Медицинские науки

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ  
У ЖЕНЩИН  
С ОПЕРИРОВАННЫМИ  
ЯИЧНИКАМИ****Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П.,  
Лапшихин А.А., Иванова Т.В.***ГОУ ВПО «Московская медицинская  
академия им. Сеченова»  
ГОУ ВПО «Ижевская государственная  
медицинская академия»*

Неблагоприятная демографическая ситуация, сложившаяся в России, рассматривается в настоящее время как серьёзная проблема для здравоохранения, общества и государства. На сегодняшний день в нашей стране зарегистрировано более 5 млн. бесплодных супружеских пар, из них большинство нуждается в лечении методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

**Цель исследования** — определение эффективности методов ВРТ у женщин репродуктивного возраста с оперативными вмешательствами на яичниках.

**Материалы и методы.** В клиническое исследование было включено 975 больных с новообразованиями яичников, находящихся на лечении в отделении ВРТ ЦКБ РАН г. Москва и гинекологических отделениях г. Ижевска УР. Средний возраст больных составил  $32,33 \pm 9,73$  года (ДИ 95% 31,72; 32,04;  $m=0,31$ ).

На первом этапе всем больным было проведено тщательное клинико-лабораторное обследование, определение уровней СА-125, оценка овариального резерва, ультразвуковое исследование с доплерометрией (по показаниям выполнялась магнитно-резонансная томография). При выявлении небольших новообразований яичника (до 4-5 см), невысоком уровне СА-125, положительных результатах доплерометрии выполнялось консервативное лечение, включающее противовоспалительную и гормональную терапию.

На втором этапе 923 больным было проведено хирургическое лечение. Оперативное лечение выполнялось как лапароскопическим — в 82,34%±0,01 (760/923 случаев), так и лапаротомным доступом — в 17,66%±0,01 (163/923 случаев). Практически все вмешательства были выполнены в плановом порядке — 75,84%±0,01

(700/923 случаев). Исключения составили экстренные ситуации, возникшие на этапе обследования и подготовки к оперативному лечению — 24,16%±0,01 (223/923 случаев). Это разрывы кист яичника — 143 случая из 923 (15,49%±0,01) и нарушения кровоснабжения опухолей яичника при перекруте последних — 30 из 923 (3,25%±0,005). Показанием к проведению планового оперативного лечения у больных с кистами и доброкачественными опухолями яичников явилось наличие одного или нескольких новообразований в яичнике, размеры более 5 см в диаметре, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Объем оперативного вмешательства имел прямую корреляционную зависимость от возраста ( $r=0,089$ ); экстренности проведения операции ( $r=0,166$ ); интраоперационного диагноза ( $r=0,152$ ). И обратную корреляционную зависимость от принадлежности новообразования к определенной морфологической группе ( $r=-0,175$ ); от сочетания новообразования с другой патологией органов малого таза ( $r=-0,166$ ) или с наружным генитальным эндометриозом ( $r=-0,230$ ), а так же от необходимости проведения дополнительного оперативного вмешательства на втором яичнике при двустороннем процессе ( $r=-0,232$ ). Таким образом, при общем анализе полученных данных, нами отмечено, что независимо от вида доступа и срочности проведения оперативного вмешательства при наличии интраоперационных условий нами выполнялись органосохраняющие операции, направленные на сохранение репродуктивной функции больных. Как при опухолевидных образованиях яичников — 45,5%±0,02 (334/734 случаев), так и при доброкачественных опухолях яичника — 43,38%±0,04 (82/189 случаев) достоверно чаще это были цистэктомии ( $p<0,001$  и  $p=0,02$  соответственно).

На третьем этапе с целью восстановления репродуктивной функции 784 из 923 оперированных больных (84,94%±0,01) в послеоперационном периоде, с учетом гистологического заключения и изменений гормонального статуса, была назначена антиоксидантная (витамины Е) и метаболическая терапия (витамины А, В, С), комбинированные оральные контрацептивы, прогестагены, препараты для заместительной гормональной терапии, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, иммуномодулирующая и системная энзимотерапия.

На четвертом этапе при неэффективности предложенного комплексного лечения больные,

пожелавшие продолжить терапию, были включены в программу вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Для этой цели была сформирована группа из 85 человек, что составило  $8,72\% \pm 0,009$  от первоначального числа больных (85/975 случаев) или  $10,72\% \pm 0,01$  от количества больных, получивших послеоперационное лечение (85/793 случаев). Средний возраст больных группы, включенной в программу ВРТ, составил  $32,6 \pm 5,28$  лет (ДИ 95% 31,46; 33,74;  $m=0,57$ ). Группу сравнения составили 30 больных с бесплодием, связанным с мужскими факторами.

72 пациенткам из 85 ( $84,71\% \pm 0,04$ ) было проведено иммуногистохимическое исследование эндометрия. Забор материала проводили в ожидаемом «окне имплантации» на 21-24 дни 28-дневного менструального цикла. С помощью гистероскопии с использованием аппаратуры «Karl Storz» (Германия) выполнялась Pipell биопсия эндометрия или, по показаниям, раздельное выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и полости матки. Иммуногистохимические реакции проводили в ступенчатых парафиновых срезах пероксидазно-антипероксидазным методом с демаскировкой антигенов в СВЧ-печи. Для визуализации реакций применяли универсальный пероксидазный набор LSAB+kit («Dako», США). Интенсивность иммуногистохимических реакций к  $\alpha/\beta$ -рецепторам эстрогена и прогестерона в ядрах клеток эпителия желез и стромы оценивали по методу гистологического счета H-score (McClelland R.A. et al., 1991). Степень выраженности экспрессии рецепторов оценивали следующим образом: 0-10 баллов — отсутствие экспрессии, 11-100 — слабая экспрессия, 101-200 — умеренная экспрессия, 201-300 — выраженная экспрессия. Интенсивность иммуногистохимических реакций к белку Ki 67 рассчитывали в процентах (количество окрашенных ядер на 100 клеток).

С целью улучшения результатов лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в зависимости от результатов иммуногистохимического исследования эндометрия, пациенткам с нарушением стероидной рецептивности и пролиферативной активности проводилась гормонотерапия в течение 3 месяцев до введения в программу ВРТ. Стимуляция суперовуляции проводилась по общепринятым схемам. Контроль эффективности стимуляции суперовуляции осуществляли при динамическом обследовании и наблюдении. Оплодотворение проводилось методами ЭКО и ИКСИ.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью программы обработки электронных таблиц Statistica 6.0 с использованием общепринятых параметрических и непараметрических статистических методов.

**Полученные результаты.** У 139 из 784 больных ( $15,06\% \pm 0,01$ ), получивших после операции комплексную терапию, беременность наступила в естественном цикле через 1-2 месяца после начала лечения. С бесплодием из них было  $56,83\% \pm 0,04$  (79/139 случаев). Средний возраст больных с наступившей самостоятельной беременностью составил  $29,77 \pm 5,46$  лет (ДИ 95% 28,85; 30,69;  $m=0,46$ ). Среди больных с наступившей беременностью 25 из 139 пациенток ( $17,98\% \pm 0,03$ ) были с первичным бесплодием, а 54 из 139 ( $38,85\% \pm 0,04$ ) с вторичным. После окончания проведения послеоперационной терапии беременность, в сроки от 1 до 6 месяцев наступила у 196 из 975 больных ( $20,1\% \pm 0,01$ ). Средний возраст этих больных составил  $30,78 \pm 4,99$  лет (ДИ 95% 30,08; 31,48,  $m=0,36$ ). Среди больных с наступившей беременностью  $20,41\% \pm 0,03$  (40/196 случаев) были с первичным бесплодием, и  $25,0\% \pm 0,03$  (49/196 случаев) с вторичным и  $54,59\% \pm 0,04$  (107/196 случаев) с нормальной фертильностью.

На четвертом этапе лечения в связи с неэффективностью предложенного комплексного лечения 85 больных были включены в программу ВРТ. Группу сравнения составили 30 больных с бесплодием, связанным с мужскими факторами. Из 72 больных 39 ( $54,17\% \pm 0,06$ ) имели женское бесплодие, связанное с трубным фактором, 17 из 72 ( $23,61\% \pm 0,05$ ) страдали женским бесплодием, связанным с нарушением овуляции и 16 из 72 больных ( $22,22\% \pm 0,05$ ) имели бесплодие, ассоциированное с эндометриозом.

В результате проведения иммуногистохимического исследования, нами было выявлено, что стероидная рецептивность эндометрия у женщин с трубным фактором бесплодия ( $p=0,008$ ) и с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом ( $p<0,001$ ) была достоверно изменена. При этих факторах бесплодия уровень экспрессии рецепторов прогестерона в железах эндометрия был значительно ниже уровня экспрессии  $\alpha$ -рецепторов эстрогена, по сравнению с группой больных с мужскими факторами бесплодия. При сравнении же групп с различными факторами бесплодия между собой, существенных особенностей рецепции к эстрогенам и прогестерону нами выявлено не было. В железах количество  $\alpha$ -рецепторов к эстрогенам и прогестерону было несколько выше при трубном факторе, а в строме рецепция к эстрогенам и прогестерону имела тенденцию к более высоким показателям у женщин с нарушением овуляции ( $p<0,001$ ), чем в группах с трубным бесплодием и бесплодием, ассоциированным с эндометриозом. Пролиферативная активность (экспрессия белка Ki 67) **значительно преобладала при трубном факторе бесплодия** ( $p<0,001$ ) и в железах, и

в строме, в то время как, при бесплодии, связанном с нарушением овуляции пролиферативная активность была выше ( $p < 0,001$ ), чем при бесплодии, ассоциированном с эндометриозом.

Достоверные и яркие различия пролиферативной активности в железистых и стромальных клетках при разных факторах бесплодия объективно отражают неадекватность пролиферативных процессов и степень их отклонения от нормы. Учитывая полученные данные, больным с бесплодием, связанным с трубным фактором и ассоциированным с эндометриозом, перед программой ВРТ была проведена подготовка препаратом заместительной гормональной терапии, содержащей эстрадиол в комбинации с прогестагеном — дидрогестероном в течение 3 месяцев.

Перенос эмбрионов были осуществлены 64 из 85 больным ( $75,29\% \pm 0,05$ ). Перенос осуществлялся в среднем на  $17,7 \pm 1,76$  день (ДИ 95% 17,32; 18,08;  $m=0,19$ ). В итоге, беременность биохимическая была зафиксирована у 27 из 85 больных ( $31,76\% \pm 0,05$ ), клиническая у 33 ( $38,82\% \pm 0,05$ ). Достоверных различий по количеству больных с клинической беременностью в основных группах наблюдения выявлено не было. Среди больных с первичным бесплодием клиническая беременность наступила у 16 из 33 больных ( $48,48\% \pm 0,09$ ), с вторичным бесплодием у 17 из 33 больных ( $51,52\% \pm 0,09$ ). Из группы с опухолевидными образованиями яичников беременность клиническая была у 26 из 734 больных ( $3,54\% \pm 0,007$ ) и доброкачественными опухолями яичников у 7 из 189 больных ( $3,70\% \pm 0,01$ ).

Всего в результате нашего клинического наблюдения и проведения комплексной терапии беременность наступила у 377 больных, что составило  $38,67\% \pm 0,02$  от всех 975 наблюдавшихся больных. Среди больных с бесплодием беременность наступила у 206 из 317 больных с бесплодием ( $64,98\% \pm 0,03$ ): из них в  $85,92\% \pm 0,02$  (177/206 случаев) у больных с оперированными опухолевидными образованиями яичников и в  $14,08\% \pm 0,02$  (29/206 случаев) у больных с оперированными доброкачественными опухолями яичников.

**Выводы.** Таким образом, современная технология лечения бесплодия у женщин с патологией яичников заключается в раннем выявлении причины и последовательного проведения лечебных этапов. При отсутствии положительного эффекта от традиционных способов лечения бесплодия в течение 1 года, целесообразно рекомендовать преодоление бесплодия методами ВРТ. Современные высокоэффективные методы лечения бесплодия (гормональные препараты, эндоскопические методы и методы вспомогательных репродуктивных технологий) являются звеньями одной цепи, конечная цель которой — максимально быстрая реализация репродуктивной функции женщины.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Проблемы качества образования», Иркутск, 5-7 июля 2010. Поступила в редакцию 15.06.2010

## Педагогические науки

### СИСТЕМА ОБЪЕКТИВИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, КАК ОДИН ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Антипова А.А., Квашнина С.И.

*Тюменский государственный  
нефтегазовый университет  
Тюмень, Россия*

Проблема качества знаний становится в настоящее время одной из актуальнейших проблем высшего образования в России, особенно в условиях современной образовательной политики. Такое внимание обусловлено: повышением

требований к качеству обучения в вузах в связи с их увеличением и повышением конкурентоспособности; проведением государственной комплексной проверки вузов; повышением требований предприятий к подготовке профессиональных специалистов, способных в постоянно меняющихся условиях быстро ориентироваться в решении поставленных перед ними задач; внедрением системы менеджмента качества. Одним из основных направлений, улучшающих качество подготовки специалистов в ВУЗе, является повышение контроля над учебным процессом и изменение подхода к оценке уровня полученных знаний.

Опыт показал, что традиционные методы контроля не всегда бывают объективными в силу личностно-психологических качеств как преподавателя, так и обучаемого. Поэтому, особую важ-