



**Приволжский исследовательский
медицинский университет, кафедра акушерства
и гинекологии**

Инновационные методы в лечении и диагностике проблем женского здоровья

Д.м.н., проф. Гречканев Г.О.



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

**Тема научно-исследовательской работы на кафедре акушерства и
гинекологии до 2025г:**

**«Инновационные методы диагностики и лечения в
акушерстве и гинекологии»**



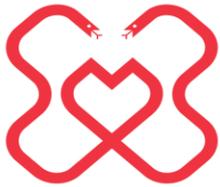


Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

Патогенетические факторы рецидива эндометриоидных КИСТ ЯИЧНИКОВ после хирургического лечения

Аспирант Богатова М.Е.,

научный руководитель проф. Качалина Т.С.



Актуальность

- Эндометриомы обнаруживают у 10 – 14% женщин, оперированных по поводу различных объемных образований органов малого таза
- В структуре генитального эндометриоза на долю эндометриоидных кист яичников приходится до 59% случаев. Чаще встречаются у молодых пациенток.
- Частота рецидивирования эндометриоидных поражений яичников, по данным различных исследований, составляет от 6 до 67%



**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

Обследовано 100 пациенток репродуктивного возраста (20-46 лет).

Диагноз ЭКЯ устанавливался на основании лапароскопических и морфологических признаках эндометриoidных кист.

В качестве возможных факторов риска оценены клинические характеристики, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, распространенность патологического процесса, концентрация цитокинов в перитонеальной жидкости, морфологические и иммуногистохимические характеристики капсулы эндометриoidных кист.



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

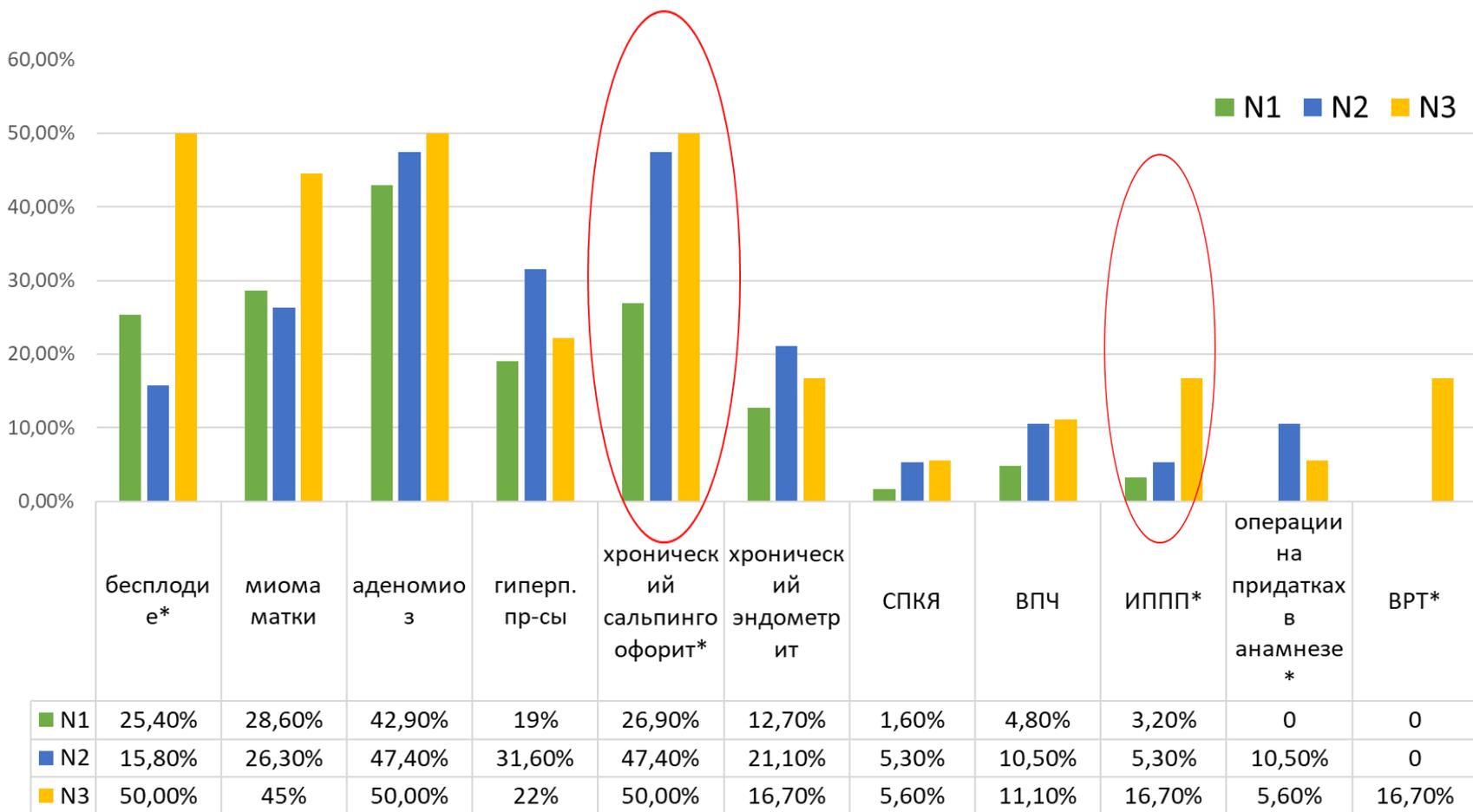
Особенности заболевания у пациенток с рецидивом эндометриом

У пациенток с рецидивирующими эндометриоидными кистами чаще имеют место **двусторонние эндометриомы**, **инфильтративные (ретроцервикальный эндометриоз)** и **малые формы (перитонеальный эндометриоз, гетеротопии на контрлатеральном яичнике)** эндометриоидной болезни, а также **выраженный спаечный процесс**

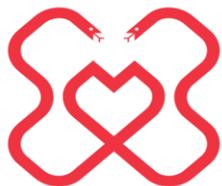


Приволжский исследовательский
 медицинский университет,
 кафедра акушерства и гинекологии

Структура гинекологической патологии

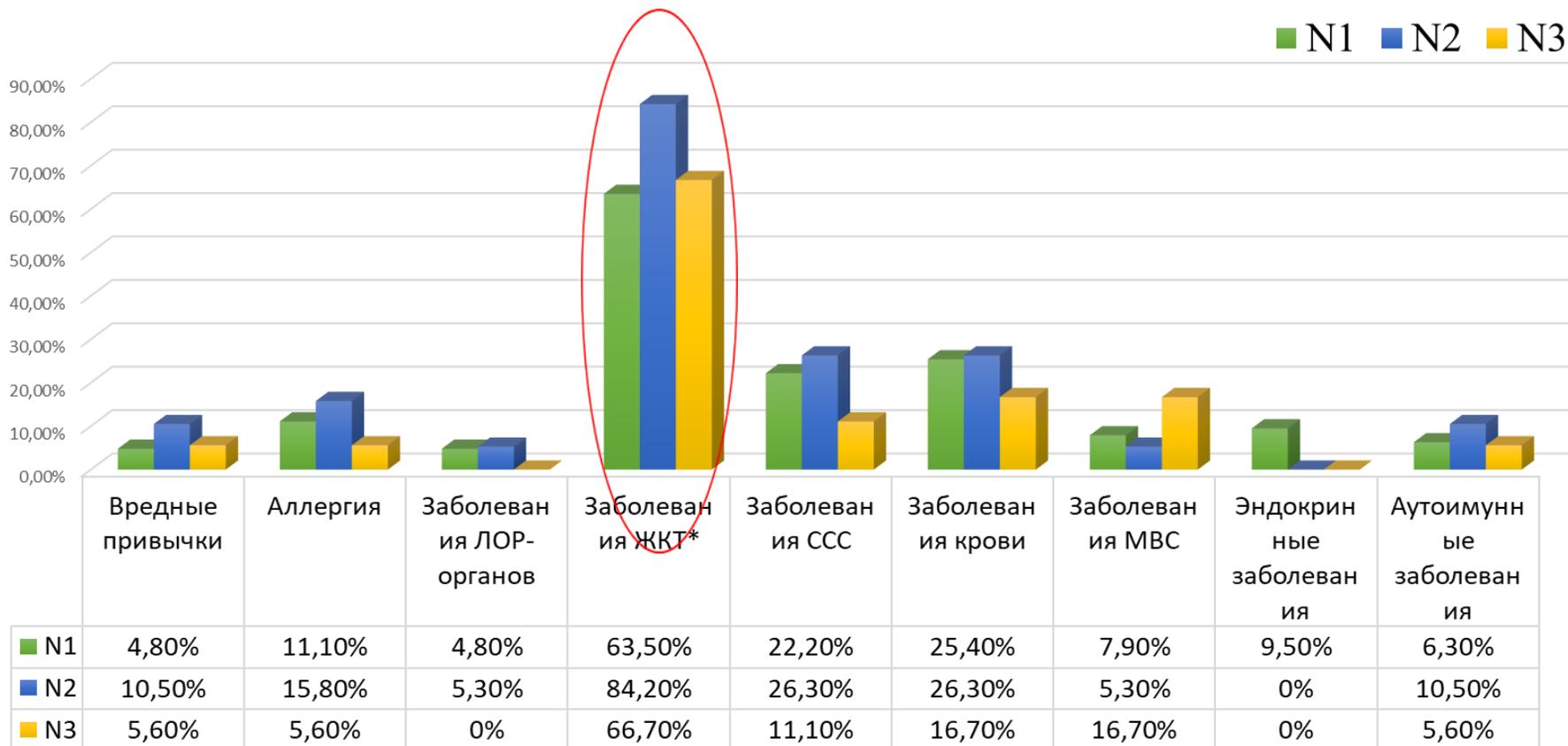


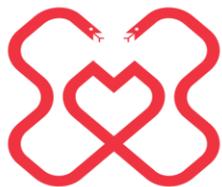
* $p < 0,05$, метод Фишера с угловым преобразованием для частот проявления признака в сравниваемых группах



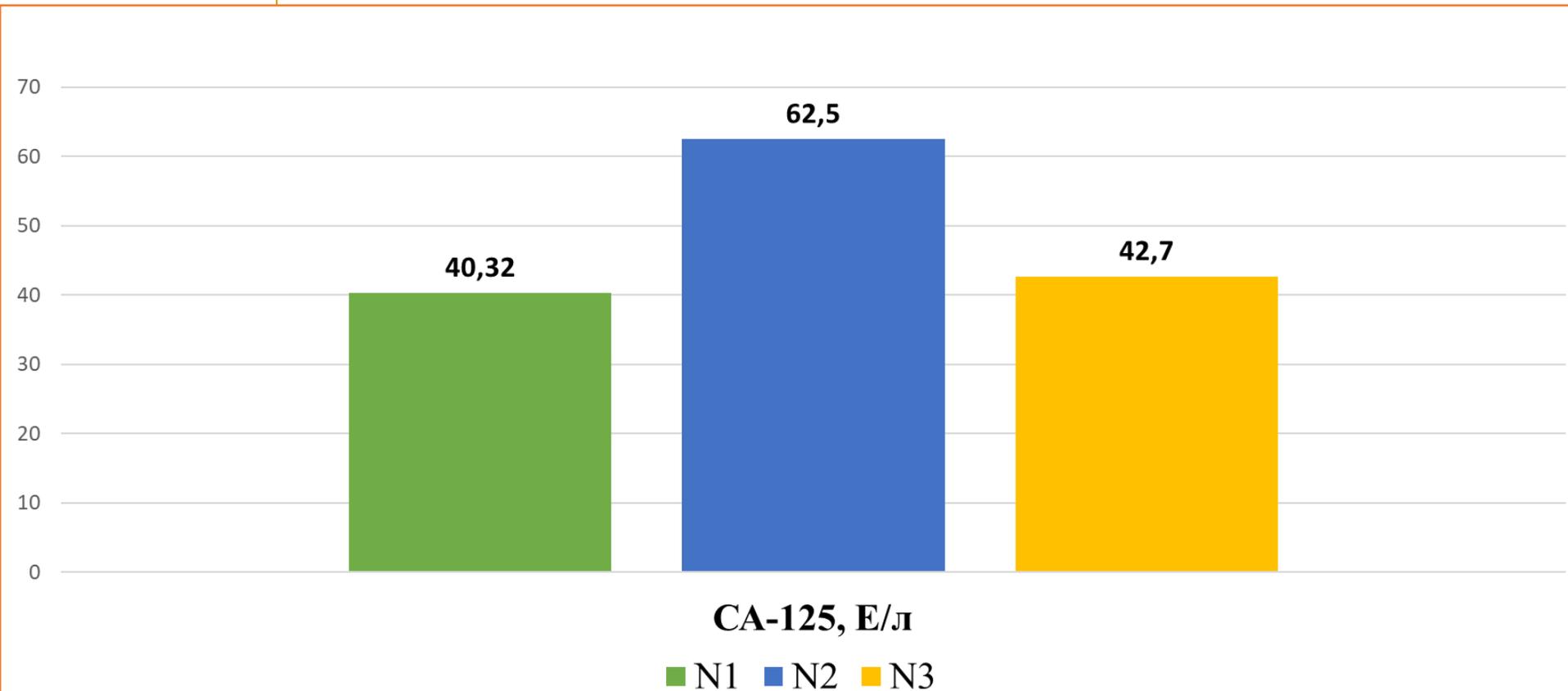
Приволжский исследовательский
 медицинский университет,
 кафедра акушерства и гинекологии

Распределение соматической патологии по группам





Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

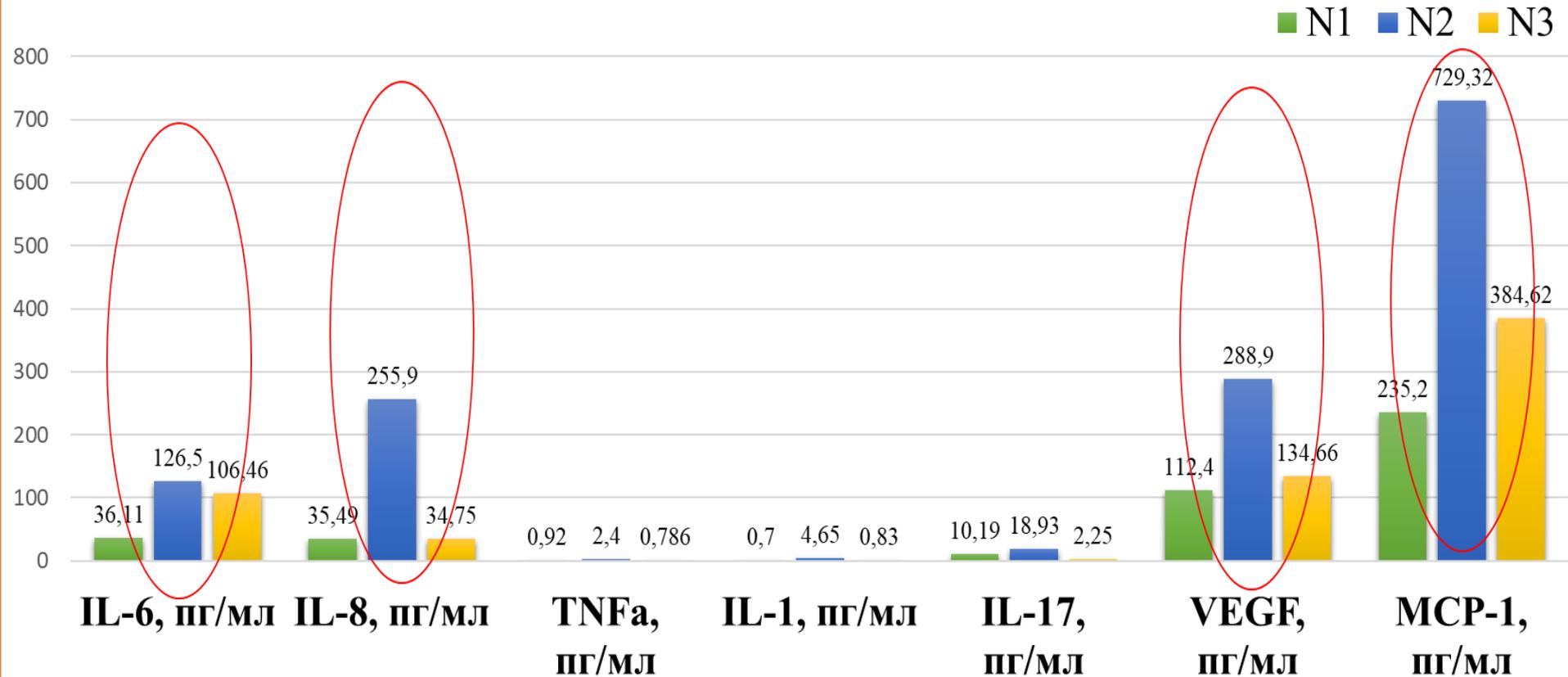


У пациенток, имеющих впоследствии рецидив эндометриомы после хирургического лечения, уровень СА-125 оказался статистически значимо выше по сравнению с пациентками без рецидива заболевания ($p < 0,05$, 2-х выборочный F-тест для дисперсии, критерий Манна-Уитни)



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

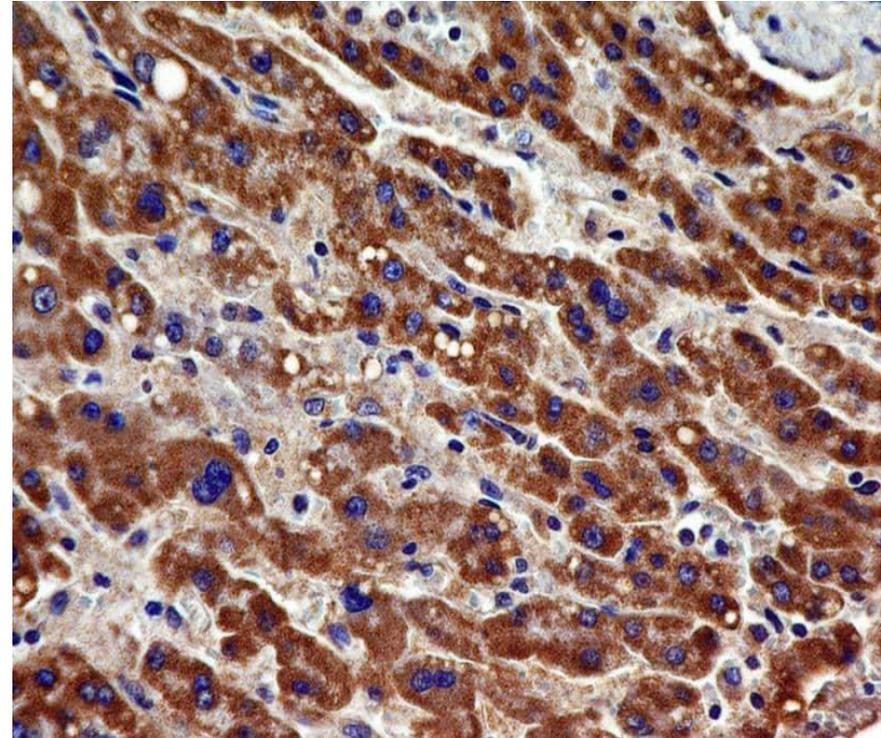
Средние значения цитокинов в перитонеальной жидкости
в сравниваемых группах





**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

Установлено, что экспрессия маркеров VEGF и CD34 в капсуле эндометриоидных кист у пациенток, имеющих впоследствии рецидив заболевания, статистически значимо превышает аналогичные показатели по сравнению с женщинами без рецидива эндометриом ($p < 0,01$)





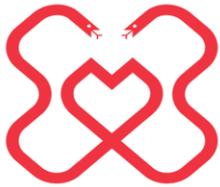
**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На возможность развития рецидива эндометриоидных кист яичников указывают низкий индекс массы тела, патология желудочно-кишечного тракта, хронические воспалительные заболевания придатков, ИППП, повышение уровня СА-125, а также распространенность патологического процесса во время проведения первичного хирургического вмешательства

В процессе хирургического вмешательства необходимо проводить забор перитонеальной жидкости для определения уровня VEGF и TNF α . Так, при значении VEGF 125,6 пг/мл и TNF α 1,725 пг/мл и более следует предположить возможный рецидив эндометриоидных кист яичников после хирургического лечения.

При иммуногистохимическом исследовании удаленных эндометриом маркер ангиогенеза CD34 на уровне 2,5% следует прогнозировать рецидив заболевания.



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

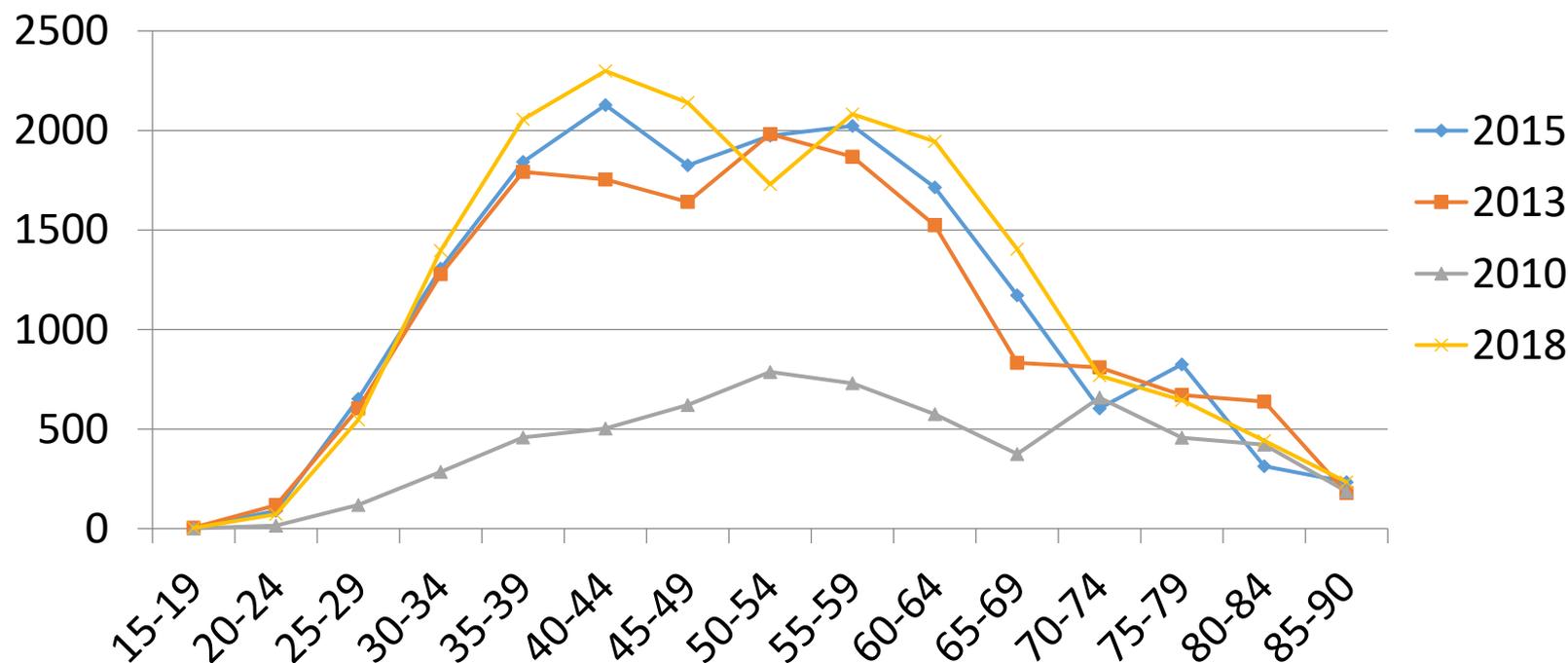
ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Ассистент Ионова Е.В.,

научный руководитель проф. Боровкова Л.В.



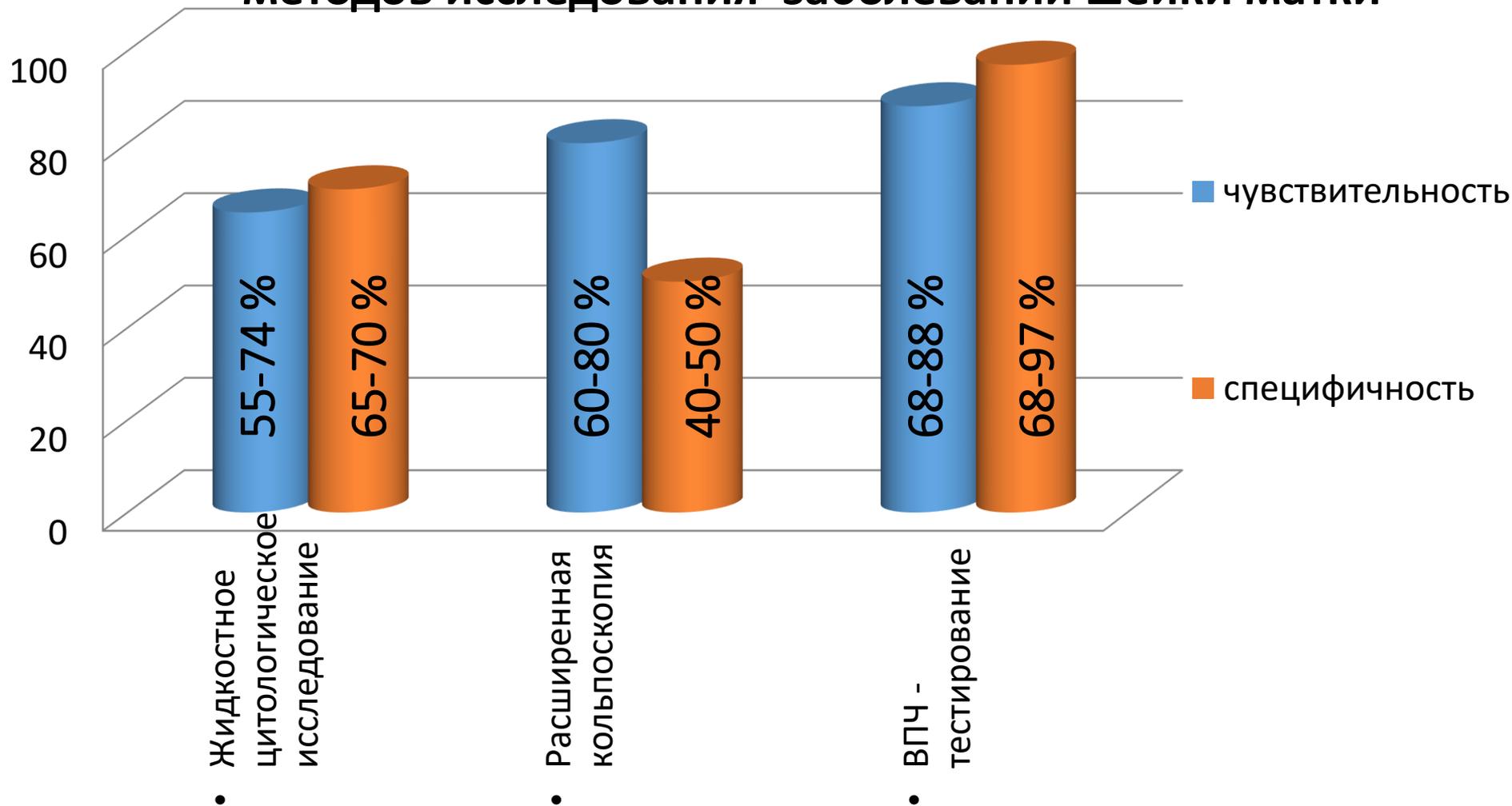
Заболеваемость женского населения злокачественными новообразованиями шейки матки (2010-2018 гг.).



*Под данным А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2019.



Чувствительность и специфичность скрининговых методов исследования заболеваний шейки матки





Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

Цель исследования:

дать научное обоснование возможности включения метода инфракрасной спектрометрии сыворотки крови в комплексную раннюю диагностику доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки.



Инфракрасная спектроскопия – метод анализа сложных химических сред (белков) и основан на математической модели регистрации характеристик полос поглощения в ИК-области спектра.

Изменения структуры белка могут быть легко обнаружены в ИК-спектре и использованы как молекулярные маркеры для определения патологического состояния тканей (шейки матки).

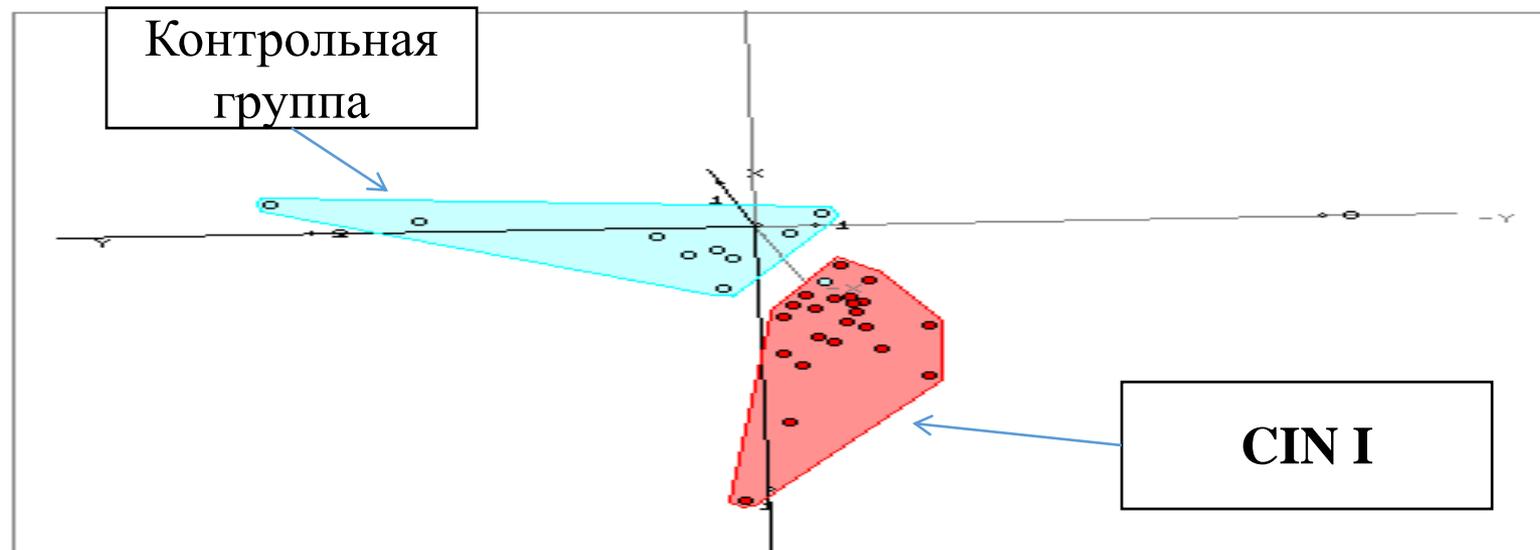


Проведён ретроспективный анализ историй болезни 170 женщин: **145** направленных на хирургическое лечение, из них **120** - с подтвержденными доброкачественными и предраковыми заболеваниями шейки матки (воспалительные заболеваний шейки матки, **CIN I, CIN II, CIN III**, верифицированных морфологически) и 25 - с отсутствием заболеваний шейки матки и 25 - с отсутствием гинекологических заболеваний.

Пациенток с заболеваниями шейки матки по результатам комплексного обследования мы разделили на следующие группы: группа II – с воспалительными заболеваниями шейки матки (n= 40), группа III – с CIN I и CIN II **p16-негативных** (n= 40), группа IV – с CIN II **p16-позитивных** и **CIN III** (n= 40).



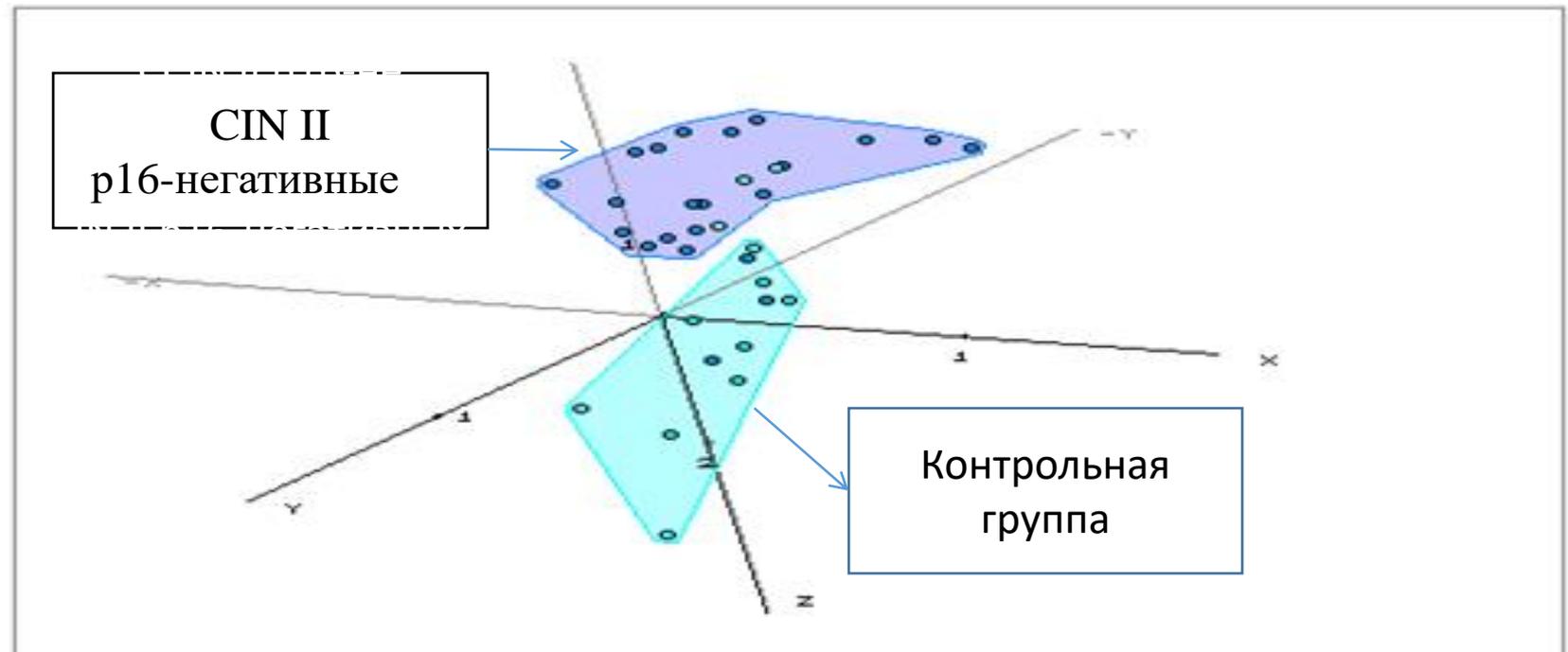
Комплекс характеристических соотношений частот инфракрасного спектра
поглощения сыворотки крови при CIN I
(группа IIА)



Частота $X=1592/1230$, $Y=1580/875$, $Z=1560/1230$



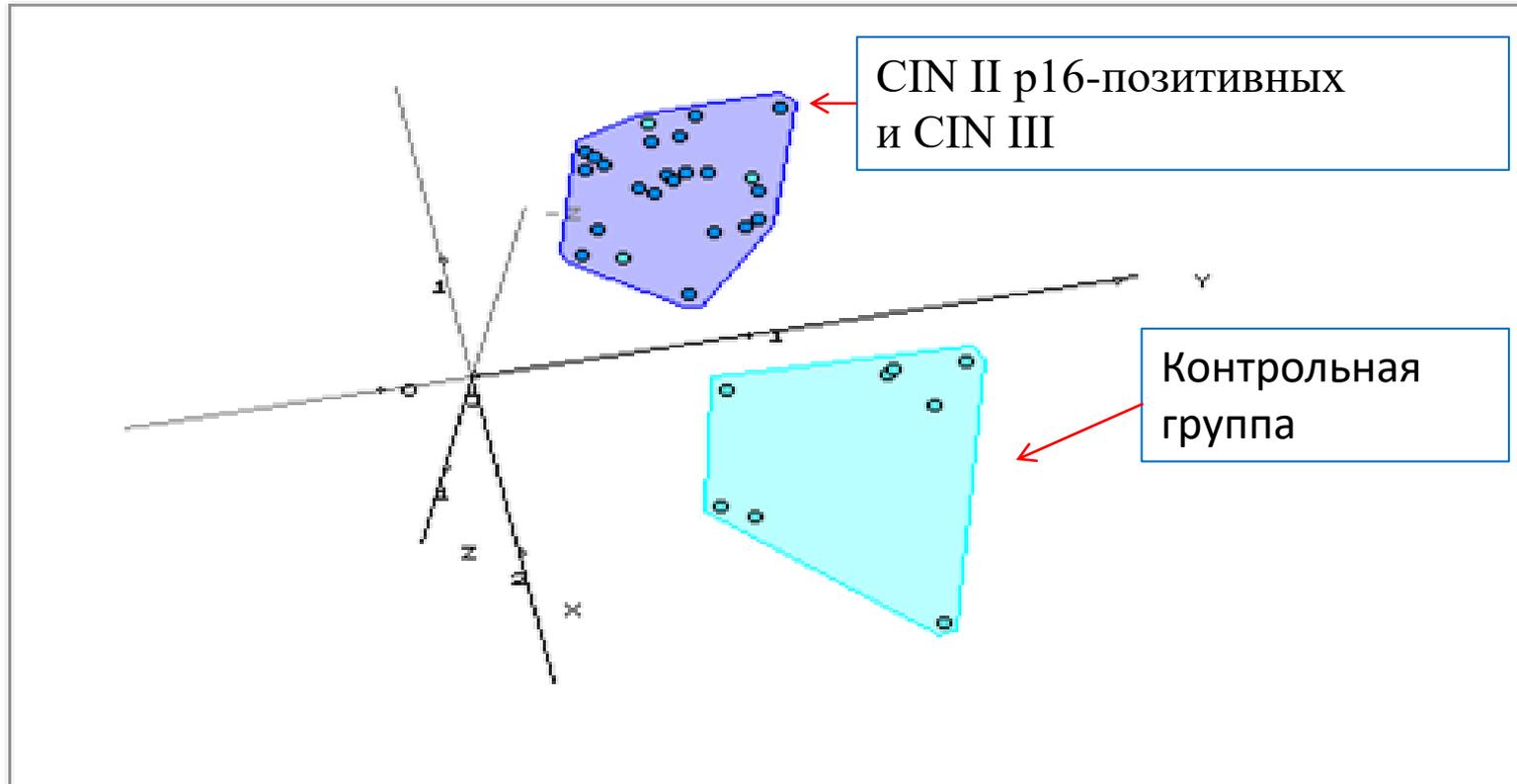
Комплекс характеристических соотношений частот инфракрасного спектра поглощения
сыворотки крови при CIN II p16-негативных (группа IIВ)



Частота $X=1592/1230$, $Y=1580/1353$, $Z=770/982$



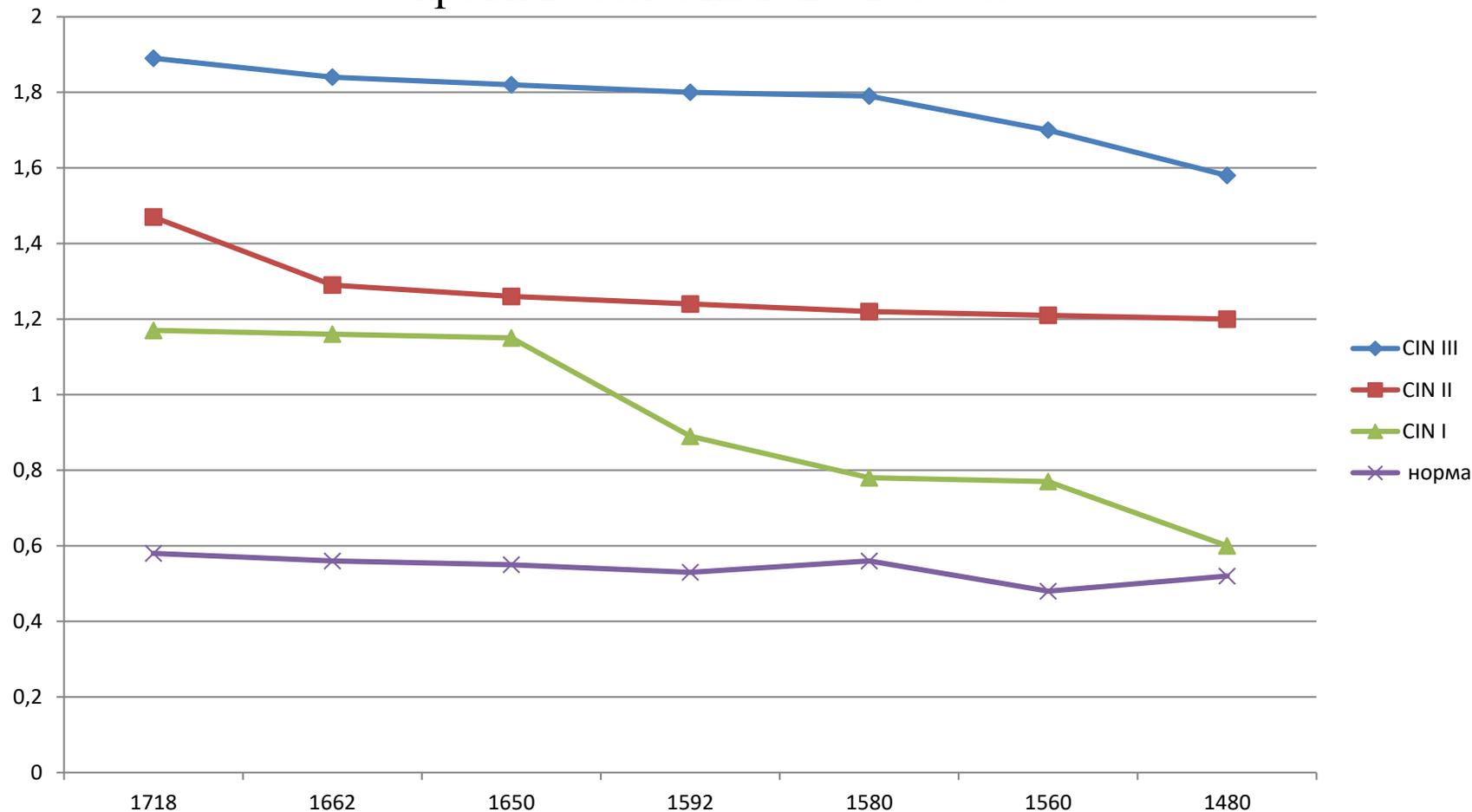
Комплекс характеристических соотношений частот инфракрасного спектра поглощения
сыворотки крови при CIN II p16-позитивных и CIN III (группа IIC)



Частота $X=1662/875$, $Y=1415/1160$, $Z=760/1265$

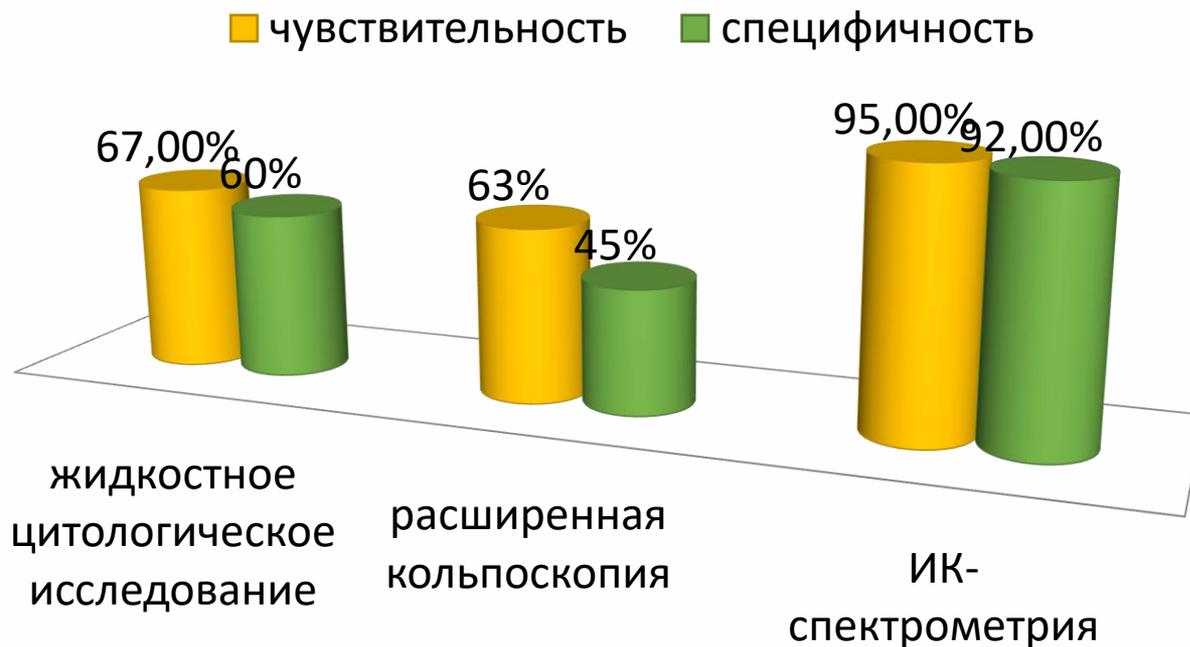


Коэффициент соотношения комплексов пиков полос поглощения сыворотки крови в области $1720-1480 \text{ см}^{-1}$



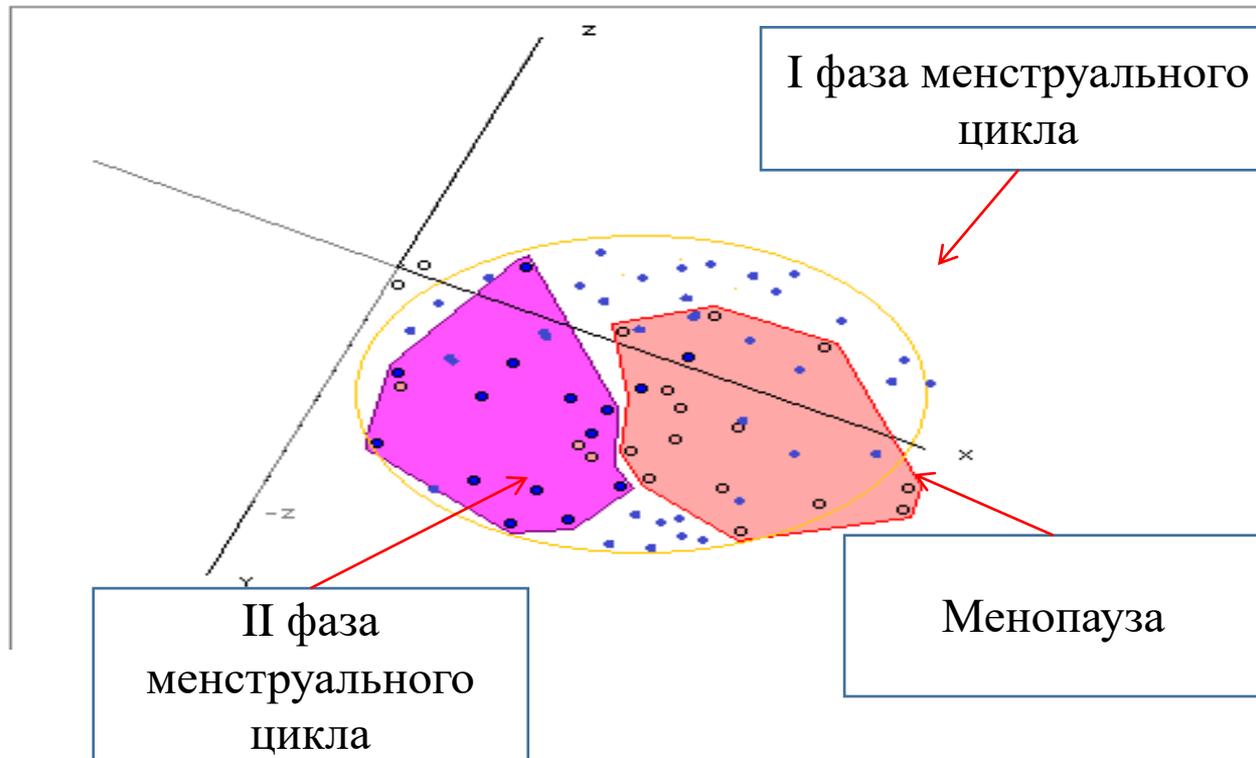


Чувствительность и специфичность методов исследования доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки





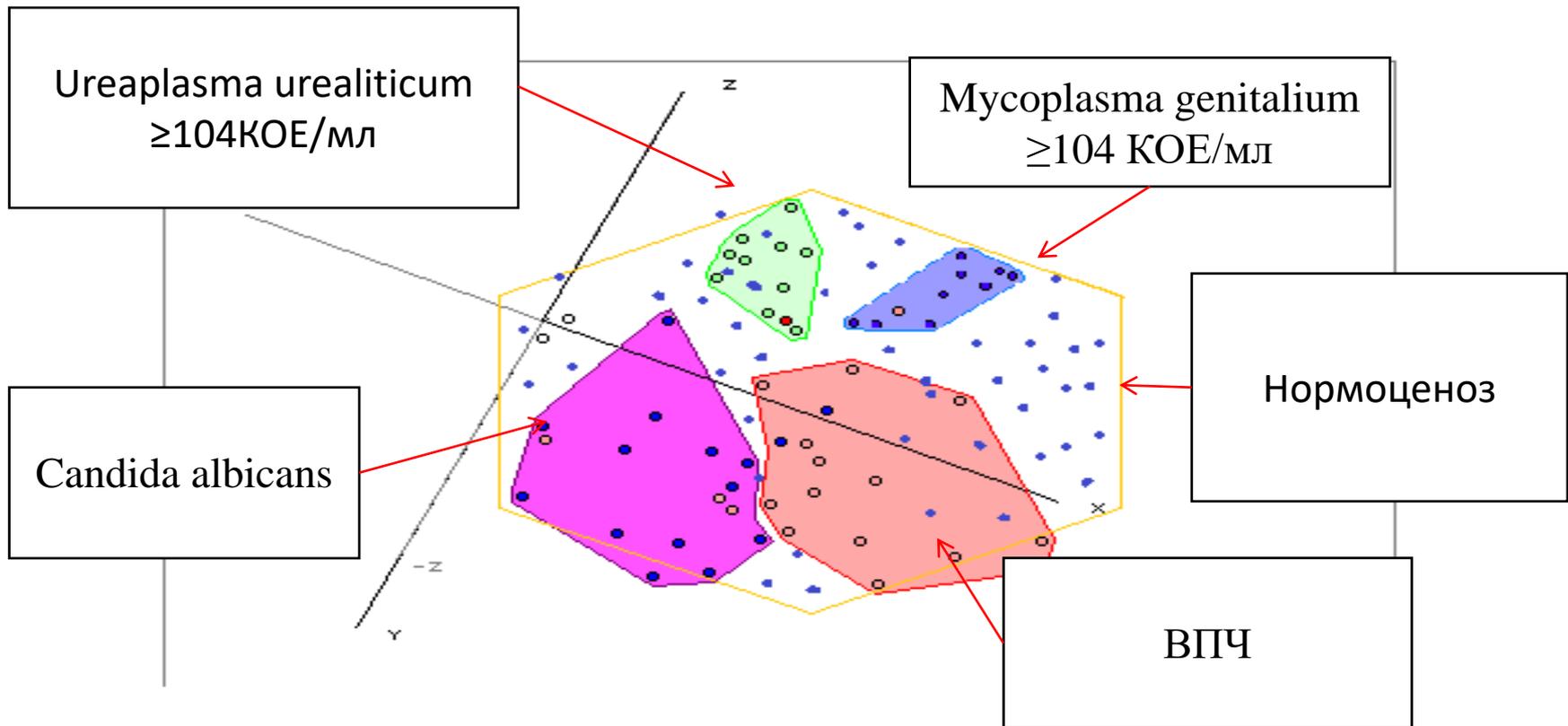
Комплекс характеристических соотношений частот инфракрасного спектра поглощения
сыворотки в группах I и II в зависимости от фазы менструального цикла.



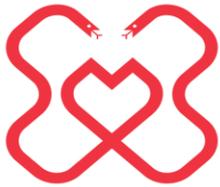
$X=1170\text{cm}^{-1}/1165\text{cm}^{-1}$ $Y=1150\text{cm}^{-1}/1125\text{cm}^{-1}$, $Z=1140\text{cm}^{-1}/1025\text{cm}^{-1}$.



Комплекс характеристических соотношений частот инфракрасного спектра поглощения сыворотки
в группах I и II в зависимости от бактериально – вирусных агентов.



$$X=1170\text{cm}^{-1}/165\text{cm}^{-1}, Y=A1150\text{cm}^{-1}/1140\text{cm}^{-1}, Z=1140\text{cm}^{-1}/1070\text{cm}^{-1}.$$



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Если коэффициент соотношения комплексов пиков полос поглощения сыворотки крови от 0,6 до 1,47, что соответствует гистологическим заключениям CIN I, CIN II p16 – негативным, пациенткам в возрасте до 30 лет и/или планирующих беременность **показано активное динамическое наблюдение с использованием цитологического исследования, кольпоскопии и ВПЧ-тестирования с контролем через 6 и 12 месяцев.** Рекомендуется деструктивное или эксцизионное лечение (в зависимости от типа ЗТ) **при сохранении поражений, соответствующих CIN I, CIN II p16 – негативным более 18-24 месяцев с целью профилактики прогрессирования.** Женщинам старше 30 лет **проводится эксцизия шейки матки.**



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При коэффициенте соотношения комплексов пиков полос поглощения сыворотки крови выше **1,58**, что соответствует гистологическим заключениям CIN II p16 – позитивные, CIN III), **проводится электроэксцизия шейки матки или конизация** в зависимости от типа ЗТ с последующим выскабливанием цервикального канала.



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

«Этиопатогенетические аспекты хронического эндометрита и тонкого эндометрия. Дифференцированные подходы к диагностике, лечению и реабилитации»

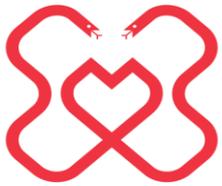
К.м.н., доцент Мотовилова Т.М.
Научный консультант: проф. Качалина Т.С.



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

Цель исследования:

Повысить эффективность и безопасность диагностики хронического эндометрита и его исхода в тонкий эндометрий у пациенток с нарушением фертильности путем включения в комплексную оценку состояния слизистой полости матки тестирования менструальной крови на биомаркеры и метода оптической когерентной томографии, а также обосновать необходимость дифференцированного этиопатогенетического подхода к лечению и реабилитации.



**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

Причины роста заболеваемости инфекционно-воспалительными процессами полового тракта (актуальность)

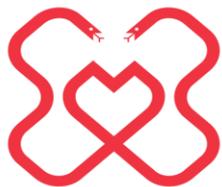
**Раннее начало половой жизни и распространенность инфекций, передающихся
половым путем**

Увеличение количества инвазивных вмешательств на половых органах

Изменение реактивности макроорганизма

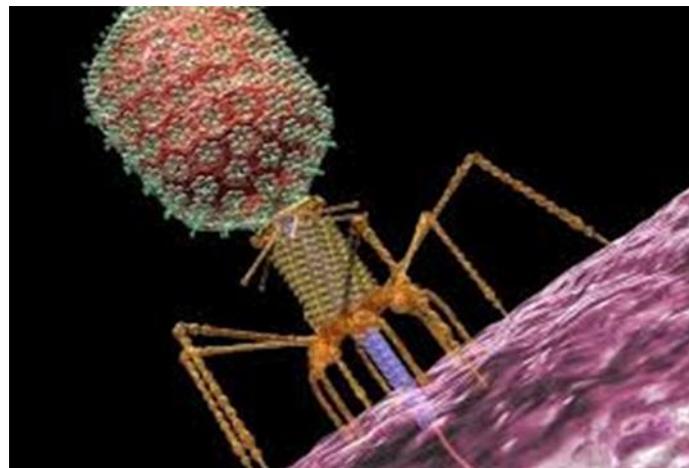
**Изменение свойств микробов-возбудителей с формированием лекарственной
устойчивости**

Нерациональное использование антибактериальных препаратов

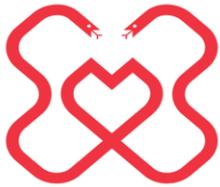


**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

- **Staphylococcus spp. – 72-88%**
- **Streptococcus spp. - 60-82%**
- **E.coli – до 85%**
- **P.aeruginosa – 59-74%**
- **Klebsiella – до 87%**



Увеличение литической активности фагов на 15-18% возможно при внедрении (сборе, идентификации, учете) штаммов микроорганизмов, характерных для данного региона или ЛПУ, в цикл производства препаратов

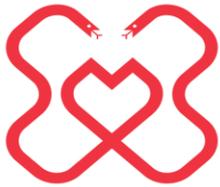


Особенности фармакокинетики препаратов бактериофагов

после однократного перорального приема препарата фаги обнаруживаются:

- в образцах крови через 1-6 часов
- в бронхиальном содержимом — через 1,5 часа
- в ликворе и моче — через 2-9 часов
- в околоплодных водах — через 17-19 часов

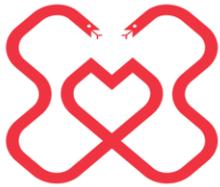
Динамика и сроки выведения гомологичного фага зависят от фагочувствительности возбудителя — в среднем 3-7 дней



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

Возможности использования фагов в акушерско-гинекологической практике

- **Острые ВЗОМТ, в т.ч. послеродовые гнойно-воспалительные заболевания**
- **Инфекционно-воспалительные осложнения после операций (лечение и профилактика раневой инфекции)**
- **Хронический неспецифический эндометрит**
- **Лечение вагинитов, дисбиозов влагалища, в т.ч. санация беременных перед родами и терапия вульвовагинитов у детей**



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

Схема применения озонотерапии при лечении хронического эндометрита

- **Используется в случае наличия противопоказаний к применению лазерного излучения, специфического и/или анаэробного компонента воспаления**
- **В асептических условиях проводится внутриматочное орошение свежеприготовленным озонированным физраствором 0,9% NaCl в количестве 400 мл (концентрация озона в озон-кислородной смеси - 4500-5000 мкг/л) в течение 15 мин**
- **Комплексный жидкий пиобактериофаг вводится в асептических условиях внутриматочно медленно через тонкий гибкий катетер в количестве 4-6 мл через день № 5**
- **Дополнительно пиобактериофаг назначается перорально по 20-30 мл 2 раза в сутки натощак в течение 10 дней**

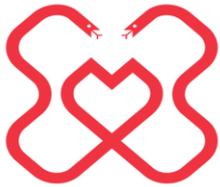


**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

Схема применения бактериофагов для профилактики осложнений медицинского аборта

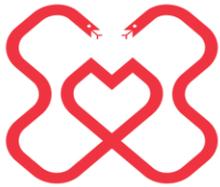
- Вагинальные инсуффляции озонкислородной смеси с концентрацией озона 5000 мкг/л, 7 процедур ежедневно
- В конце процедуры озонотерапии в задний свод влагалища на 3-4 часа вводится тампон, смоченный препаратом пиобактериофаг комплексный жидкий

В послеабортном периоде отмечается усиление локальных иммунных механизмов защиты, предотвращается интенсификация ПОЛ и уменьшение активности АОЗ, снижается частота послеабортного эндометрита



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии





**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

**Разработка программы прогнозирования больших
акушерских синдромов и рационального
ведения беременности у женщин, страдающих
артериальной гипертензией**

Доцент Колобова С.О.

Научный консультант проф. Боровкова Л.В.

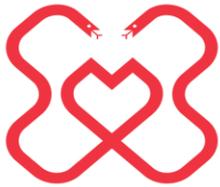


Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

**17
МАЯ**

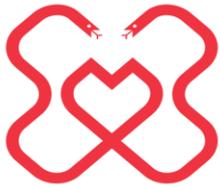
**ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**





Актуальность

- **Артериальная гипертензия (АГ)** - одна из наиболее частых соматических патологий у беременных в связи с увеличением среднего возраста первородящих, распространенности ожирения у женщин, широким применением вспомогательных репродуктивных технологий
- АГ у беременных повышает риск развития больших акушерских синдромов, определяющих осложнения беременности и плода и высокую степень материнской и перинатальной смертности
- В современных условиях внимание ученых всего мира направлено на изучение риска развития больших акушерских синдромов у беременных с АГ

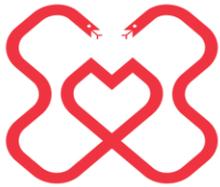


Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

Цель исследования

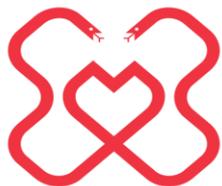
Оптимизация ведения беременных с АГ для улучшения исходов у матери и плода.

Научное исследование проводится на базе Перинатального центра ГKB №40, городского кардиологического диспансера ГKB № 5 и областной клинической больницы им. Семашко.



Задачи исследования

1. Определение прогностических факторов высокого риска развития преэклампсии у беременных с АГ путем изучения состояния сосудистой стенки и динамики артериального давления.
2. Разработка и проведение эффективных мер профилактики преэклампсии у беременных группы высокого риска.

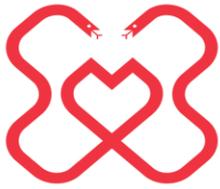


Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА С НАНОСЕКУНДНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ИМПУЛЬСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Д.м.н. Гречканев Г.О., Крупинова Д.С.



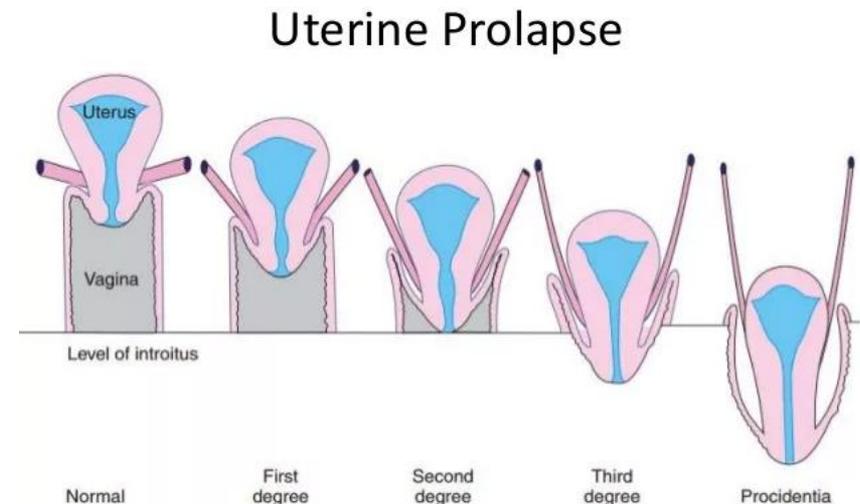


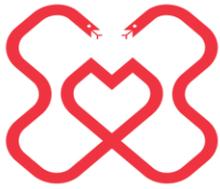
Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Различные источники определяют распространенность пролапса широким диапазоном - от 3 до 70%.

При этом четко прослеживается зависимость частоты регистрации ПТО от возраста - до 30 лет опущение внутренних половых органов фиксируется у 10%, в интервале 30-45 лет оно встречается уже в 40% случаев, а после 50 лет каждая 2-я женщины указывает на симптомы заболевания.

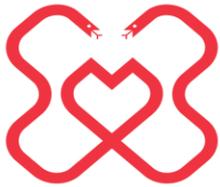




**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

ЗАДАЧИ

- 1. Изучить характер субъективных ощущений пациенток при проведении низкоинтенсивной лазерной терапии по данным опросников.**
- 2. Оценить влияние лазерной терапии на гемодинамику слизистой влагалища при пролапсе женских половых органов I-II степени при помощи УЗДГ сосудов органов малого таза.**
- 3. Изучить реакцию тканей влагалища на воздействие лазерной терапии путем измерения толщины вагинальной стенки по данным ультразвукового исследования.**
- 4. Выявить и оценить параметры ОКТ (оптическая когерентная томография) эластографии.**
- 5. Изучить влияние лазерной терапии на уровень матриксных белков протеиназы MMP-2 и ингибитора металлопротеиназ TIMP-2 методом иммуногистохимического исследования тканей влагалища.**



**Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии**

ЗАДАЧИ

- 6. Выяснить воздействие лазерной терапии на уровень в стенке влагалища CD31+ как маркера неоангиогенеза и Ki-67 как маркера пролиферативной активности методом иммуногистохимического исследования тканей влагалища.**
- 7. Изучить влияние лазерной терапии на гистологические параметры влагалищной стенки (количество фибробластов, плотность сосудистой сети, длина и толщина коллагеновых волокон).**
- 8. Установить клиническую эффективность лазерной терапии при подготовке больных к оперативному лечению и последующей их реабилитации**



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии



**Спасибо,
Учитель!!!**



Приволжский исследовательский
медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии

**Благодарю
за
внимание!**

