

диматочном углублении оставляли ПХВ дренаж не менее 7 мм диаметром, который открывали спустя 20 – 24 часа после окончания операции для удаления остатков перфузата.

Расчет доз цитостатика ведется исходя из площади поверхности тела, рекомендованной дозой является доксорубин 60 мг/м² и цисплатин 50 мг/м². Эффективность терапии обусловлена следующими факторами.

1. Прямым повреждающим действием цитостатиков доксорубин и цисплатин на гетеротопии эндометриоза с активацией их последующей резорбции;

2. Созданием эффективной концентрации химиопрепаратов при повышении температуры перфуза-

та до 42 – 45 градусов на глубине до 5 мм в толще и под брюшиной уже при 30-минутной экспозиции или при нормотермическом гидроперитонеуме в течение 20 – 24 часов после хирургического этапа.

3. Возможностью выполнения органосберегающего объема при лечении одно- и двусторонних эндометриом (марсупиализация кист с последующей экспозицией их выстилки действию химиопрепаратов), а также при ретроцервикальном инфильтративном эндометриозе.

4. Отсутствием провокации развития послеоперационного спаечного процесса и подавляющего действия на овуляторную функцию яичников при ограничении температуры перфузии 42° градусами.

Фридман Д.Б.

Кафедра патологической анатомии, кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Актуальность проблемы. Исследование анамнеза и клинических проявлений аденомиоза позволяет определить признаки, обладающие высокой прогностической значимостью для диагностики аденомиоза, обосновать проведение инвазивных биопсийных исследований, позволяющих достоверно установить наличие эндометриоидных гетеротопий у больных.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 47 больных, из которых у 26 аденомиоз был подтвержден с помощью 6-точечной пункционной биопсии миометрия, у 18 диагностирован после гистологического обследования препарата при гистерэктомии, 13 составили группу контроля (при исследовании биоптатов, полученных при 6-точечной пункционной биопсии эндометриоидных гетеротопий обнаружено не было).

Результаты исследования. Установлено достоверное отличие параметров возраста, объема кровянистых выделений, длительности заболевания, связи развития НМЦ с анамнезом жизни, динамики клинических проявлений с родами, размеров матки, паритета, болезненности матки. Не установлено достоверных отличий в длительности кровотечения, количестве диагностических выскабливаний, сроке менархе, наличии или отсутствии хронических инфекций гениталий. Проведены расчеты предиктивной ценности диагностических признаков аденомиоза.

Выводы. Указанные клинические признаки позволяют обосновать применение дополнительных методов исследования в диагностике аденомиоза.

Ярмолинская М.И., Сельков С.А.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ КЛЕТОК И СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНОВ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Введение. В патогенезе эндометриоза принимают участие различные компоненты иммунной системы, роль которых в те или иные периоды заболевания может иметь первостепенное значение или отодвигаться на второй план. Наиболее важным, на наш взгляд, является изучение иммунной системы с позиций её надзорных функций.

Цель: Изучить изменения антипролиферативных компонентов иммунной системы в периферической крови (ПК) и перитонеальной жидкости

(ПЖ) у больных с НГЭ и разработать схемы патогенетической иммуноориентированной терапии.

Материал и методы. При выполнении данной работы было обследовано 546 пациенток в возрасте от 20 до 44 лет с НГЭ. Диагноз у всех больных был установлен на основании интраоперационного обследования (493 лапароскопии и 53 чревосечения), а также подтвержден результатами гистологического исследования. Степень распространенности процесса определяли в баллах

по классификации R-AFS. Контрольную группу составили 43 здоровые фертильные женщины. С целью уточнения роли иммунной системы в патогенезе НГЭ и для контроля эффективности иммуномодулирующей терапии проводилось в динамике исследование показателей интерферонового статуса и цитотоксической активности НК-клеток в ПК и ПЖ. Оценку НК-клеток проводили в радиометрическом тесте, где в качестве клеточной мишени выступали клетки эритромиелоидной линии K-562, меченые тритием. Интерфероновый статус оценивали в биологическом тесте, где в качестве тест-культуры использовали клетки карциномы легких L-41, чувствительные к вирусу везикулярного стоматита.

Результаты. У пациенток с НГЭ отмечалось достоверное снижение активности НК-клеток ПК и ПЖ по сравнению с показателями в контрольной группе. Цитотоксический индекс (ЦИ) НК-клеток отрицательно коррелировал ($r = -0,46$; $p < 0,01$) со степенью распространенности заболевания. Обнаружено, что ЦИ НК-клеток в ПЖ соответствовал данному показателю в ПК. Было отмечено достоверное повышение уровня общего сывороточного интерферона у всех больных с эндометриозом по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Не выявлено достоверных различий между данным показателем и степенью распространенности процесса. В ПЖ уровень общего сывороточного интерферона был достоверно ниже его уровня в ПК. При анализе показателей интерферонового статуса у больных

НГЭ было отмечено достоверное снижение способности лимфоидных клеток к секреции α/β и γ -интерферонов, наиболее выраженное у пациенток с IV степенью НГЭ (способность продуцировать IFN- α/β была ниже на 66,3%, способность к секреции IFN- γ – на 84,2% меньше, чем в контрольной группе).

Выявленные нарушения параметров иммунной системы позволили разработать патогенетически обоснованную схему иммуномодулирующей терапии. После лечения индуктором интерферонов “Циклоферон” у всех пациенток отмечалось возрастание ЦИ НК-клеток практически до нормальных значений. Терапия приводила к повышению способности лимфоидных клеток к выработке интерферона- α/β у всех групп пациенток, за исключением больных с IV степенью распространенности эндометриоза.

Заключение. Уменьшение цитотоксической активности НК-клеток и способности лимфоидных клеток к секреции α/β и γ -интерферонов свидетельствует о нарушении при эндометриозе надзорных функций иммунной системы, регулирующих процессы пролиферации и имплантации клеток. При сниженной цитотоксической активности НК-клеток и сохраненной способности лейкоцитов периферической крови к продукции IFN- α/β (≥ 120 МЕ/мл) целесообразно назначение индукторов интерферонов. У пациенток с отсутствием потенциальной способности лейкоцитов к секреции IFN- α/β рекомендуется курс заместительной интерферонотерапии (реаферон, виферон).