

пациентов ($n = 75$). Рост содержания маркера отмечен у 27,2% больных ($n = 28$), что в совокупности с показателями СА 125 и другими диагностическими критериями расценивалось как рецидив заболевания.

Во II группе уровень СА 125 составлял $17 \pm 0,417$ Ед/мл у 89,0% обследованных ($n = 85$). В 11,0% случаев наблюдался его незначительный рост, что обусловило необходимость дальнейшего обследования пациенток. Показатель СА 19,9 колебался на уровне 27 Ед/мл ($M = 27 \pm 0,0184$) у 74,4% больных ($n = 71$), но у 25,3% женщин, прошедших курс лечения ($n = 24$), наблюдался рост показателя с явными проявлениями рецидива заболевания. В группе сравнения концентрации обоих маркеров находились в зоне нормальных значений и их рост не выявлен.

Менструальная функция восстановилась у 99,9% обследованных в сроки от 2 до 6 месяцев после проведенного оперативного лечения. Нарушения менструального цикла были зарегистрированы в I группе в 34,0% случаев ($n = 35$), во II группе – в 32,6% ($n = 31$), в III группе – в 15,9% ($n = 30$),

что статистически отличается от двух исследуемых групп (при $\Phi^* = 8,06$ $p \leq 0,001$). В группах беременность наступила в 34 и 24 случаях (33,0 и 24,0% соответственно). Пожелали ее сохранить в I группе – 12 женщин, во II – 4. Бесплодие различного генеза, потребовавшее дальнейшего лечения, выявлено у 6 пациенток I и 10 – II группы. В группе сравнения беременность наступила у 67 женщин (35,4%), 47 из них затем наблюдались в акушерских клиниках. По данному параметру репродуктивного здоровья полученные показатели не различаются статистически.

Анализ уровня СА 125 и СА 19,9 в группе больных с пограничными опухолями после проведенного хирургического лечения свидетельствует о положительном лечебном воздействии. Динамика восстановления менструально-фертильной функции пациенток, включенных в исследование, подтверждает возможности расширенного внедрения органосохраняющих методов лечения у больных с пограничными опухолями яичников. Оценка уровня секреции СА 125 и СА 19,9 необходима при условии проведенного щадящего хирургического лечения внутренних гениталий.

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Талаев А. М.,
Талаева Е. М.**

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздравсоцразвития России

Проблема первичного хронического пиелонефрита у беременных является весьма актуальной. Его частота у этой категории составляет более 12%, и в последние годы наблюдается тенденция к ее увеличению. Беременность вызывает обострение заболевания у каждой третьей женщины. Первичный хронический пиелонефрит (без сопутствующей урологической патологии) оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода. У 40–45% беременных с первичным хроническим пиелонефритом развивается гестационная артериальная гипертензия со значительными гемодинамическими нарушениями. Она является основной причиной материнской смертности и перинатальной патологии.

В связи с этим особую важность приобретает выявление особенностей почечной гемодинамики у беременных с первичным хроническим пиело-

нефритом ещё до развития у них клинической картины артериальной гипертензии. Разработка прогностических гемодинамических критериев этого тяжёлого осложнения поможет рано распознать развивающуюся патологию и проводить адекватную профилактическую терапию.

Цель исследования – изучить особенности почечной гемодинамики и разработать прогностические критерии развития гестационной артериальной гипертензии у женщин с хроническим пиелонефритом.

Проведено компьютерное реографическое исследование почечной гемодинамики на аппарате «Рео-Спектр-2» фирмы «Нейрософт» (Россия) по тетраполярной методике у 304 беременных с хроническим пиелонефритом в сроки 16–20, 28–32 недели гестации и перед родами. Контрольная группа – 36 здоровых беременных.

У женщин с первичным хроническим пиелонефритом выявлены существенные нарушения почечной гемодинамики в сроки гестации 16–20 и 28–32 недели по сравнению со здоровыми беременными. У 155 пациенток с хроническим пиелонефритом вне обострения в 16–20 недель гестации достоверно снижался объёмный почечный кровоток (РИ) – $0,1345 \pm 0,0150$ у. е., амплитудно-частотный показатель (АЧП) – $0,1724 \pm 0,0223$ у. е. против РИ – $0,2245 \pm 0,0068$ у. е. и АЧП – $0,2842 \pm 0,0078$ у. е. в контрольной группе ($p < 0,05$), увеличивалось сосудистое сопротивление в почках, дилятационный индекс (ДИК) – $21,85 \pm 1,13\%$ против $17,57 \pm 1,14\%$ ($p < 0,01$). При этом изменения были более выраженными при обострении воспалительного процесса в почках (РИ – $0,1273 \pm 0,0151$ у. е., АЧП – $0,1697 \pm 0,0211$ у. е., ДИК – $25,7 \pm 1,42\%$ ($p < 0,01$)).

Выявленные нарушения почечной гемодинамики сохранялись в 28–32 недели гестации и перед родами.

Проведён сравнительный анализ показателей почечной гемодинамики в зависимости от присоединения гестационной артериальной гипертензии.

Наиболее информативными в плане прогнозирования развития артериальной гипертензии у этих пациенток оказались: РИ и АЧП, отражающие состояние артериального кровотока в почках, и ДИК, отражающий почечное сосудистое сопротивление.

Установлено, что при показателях РИ – ниже $0,1279 \pm 0,008$ у. е., АЧП – ниже $0,1611 \pm 0,004$ у. е. и ДИК – выше $22,79 \pm 0,37\%$ у женщин с хроническим пиелонефритом в срок беременности 16–20 недель в дальнейшем (в 28–32 недели) развивается артериальная гипертензия в 87,5% случаев. При показателях РИ – выше $0,1417 \pm 0,007$ у. е., АЧП – выше $0,1828 \pm 0,004$ у. е. и ДИК – ниже $20,93 \pm 0,51\%$ у женщин с хроническим пиелонефритом в срок беременности 16–20 недель в дальнейшем отмечалось неосложнённое течение беременности и физиологические роды на фоне артериальной нормотензии.

На основании полученных данных нами разработан способ прогнозирования развития гестационной артериальной гипертензии у женщин с хроническим пиелонефритом: проводится компьютерное реографическое исследование почечной гемодинамики в 16–20 недель гестации, при уменьшении РИ ниже $0,1279 \pm 0,008$ у. е., АЧП – ниже $0,1611 \pm 0,004$ у. е. и повышении ДИК выше $22,79 \pm 0,37\%$ прогнозируется развитие артериальной гипертензии в дальнейшем в сроки до 32 недель беременности в 87,5% случаев (патент РФ № 2204313).

Предложенный способ позволяет за 10–12 недель до развития клинических проявлений артериальной гипертензии начать профилактические мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Тонких О. С.,
Завадовская В. Д.,
Сотникова Л. С.,
Эль-Акад Е. В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Томск)

Современный взгляд на доброкачественные заболевания молочных желез как на фактор риска развития рака и высокий уровень распространенности этой патологии среди женщин различных возрастов на долгое время определили интерес исследователей к данной проблеме. Анализ опубликованных за последние годы работ показывает, что существуют противоречия по вопросам этиологии и патогенеза различных форм мастопатий.

Целью исследования стала оценка показателей ультразвуковой сонографии молочных желез у

пациенток с различными формами фиброзно-кистозной болезни.

В рамках межведомственной научно-практической программы «Здоровье женщины», совместного проекта СибГМУ, НИИ фармакологии СО РАМН, НИИ психического здоровья СО РАМН и Департамента здравоохранения администрации Томской области, обследовано 86 женщин репродуктивного возраста. Исследование выполнено в рамках гранта Президента РФ № МК-3743.2008.7. Основную группу составили 66 пациенток с верифицированным диагнозом и фиброзно-кистозной