

10. Ильенко Л.И., Зубарева Е.А., Холодова И.Н. Современные подходы к диагностике и лечению гипоксически-ишемических поражений ЦНС у доношенных детей первого года жизни // Педиатрия. 2003. № 2. С. 87-92.
11. Акинина З.Ф. Отдалённые последствия перинатального поражения центральной нервной системы у детей: Дис. ... канд. мед. наук. Барнаул, 2004. 125 с.
12. Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Л. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. М.: Медицина, 1988. 256 с.
13. Павлова Н.Г., Гагарина А.В., Кащева Т.К. Повышенное содержание альфа-фетопротеина или хорионического гонадотропина в крови беременных во II триместре как маркер плацентарной недостаточности // Пренатальная диагностика. 2004. № 3. С. 175-180.
14. Альфа-фетопротеин в прогнозировании осложнений у новорожденного / Пустотина О.А., Усарова Е.В., Фанченко Н.Д. [и др.] // Акушерство и гинекология. 2006. № 1. С. 17-20.
15. Пустотина О.А. Альфа-фетопротеин: значение в развитии беременности и прогнозирования осложнений у новорожденного // Акушерство и гинекология. 2006. № 3. С. 15-17.
16. Лабораторный мониторинг гестационного процесса / В.И. Кулаков, М.Л. Алексеева, В.А. Бахарев [и др.] // Проблемы репродукции. 1995. № 3. С. 77-81.
17. Сидорова И.С., Макаров И.О. Методы исследования при беременности и в родах. М.: Медпресс-информ, 2005. 126 с.
18. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. М.: МЕДпресс, 2000. 320 с.
19. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Ранняя профилактика и лечение плацентарной недостаточности у беременных высокого риска перинатальной патологии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005. Т.4. № 3. С. 1-13.
20. Clerici G., Luzietti R., Di Renzo G.C. Monitoring of antepartum and intrapartum fetal hypoxemia: pathophysiological basis and available techniques // Biol. Neonate. 2001. Vol. 79, № 3/4. P. 246-253.
21. Gudmundsson S., Dubiel M. Doppler velocimetry in the evaluation of fetal hypoxia // J. Perinat. Med. 2001. Vol. 29, № 5. P. 399-407.
22. Richardson B.S. Fetal adaptive responses to hypoxemia // Pediatrics and Perinatology. The scientific basis / Ed.: P.D. Gluckman, M.A. Heymann. Arnold. 1996. P. 228-233.
23. Медведев М.В., Митьков В.В. Допплеровское исследование маточно-плацентарного и плодового кровотока: Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. М.: Видар, 1996. Т.2. 408 с.
24. Эдокова А.Б. Функциональное состояние плода в родах при фетоплацентарной недостаточности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 46 с.
25. Допплерография в акушерстве: итоги российского мультицентрового исследования / Е.В. Юдина, Ю.Л. Гурин, Е.Ю. Васильева [и др.] // Пренатальная диагностика. 2003. Т. 2, № 3. С. 206-214.
26. Callen P.W. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology. W.B. Saunders Company, 1988. 496 p.
27. Practical aspects of Doppler sonography in obstetrics / J. Aranyosi, J. Zatik, A. Jr. Jakab [et al.] // Orv. Hetil. 2003. Vol. 144, № 34. P. 1683-1686.
28. The value of Doppler sonography in the detection of fetal hypoxia / J. Aranyosi, J. Zatik, A.G. Juhasz [et al.] // Orv. Hetil. 2002. Vol. 143, № 43. P. 2427-2433.
29. Second trimester measurement of placental volume by three-dimensional ultrasound to predict small-for-gestational age infants / E. Hafner, T. Philipp, K. Schuchter [et al.] // Ultrasound obstet. Gynecol. 1998. Vol.12, № 2. P. 97-102.
30. Юдина Е.В. Допплерография: время подвести итоги // Пренатальная диагностика. 2002. № 1(3). С. 171-179.
31. Медведев М.В. Трехмерная эхография в акушерстве. М.: Peal Тайм, 2007. 168 с.
32. King T., Parer J. The physiology of fetal heart rate patterns and perinatal asphyxia // J. Perinat. Neonatal. Nurs. 2000. Vol. 14, № 3. P. 19-39.
33. Three-dimensional ultrasonographic assessment of placental volumes in pregnancies complicated by absent umbilical diastolic flow-initial results / R. Ruano, F. Rossana, N. Alexandre [et al.] // Ultrasound obstet. Gynecol. 2005. Vol.26, № 4. P. 441.
34. Ruano R. Quantitative evolution of placental vasculature in pregnancies with absent umbilical diastolic flow by 3D-power ultrasonography / R. Ruano, F. Rossana, N. Alexandre et al. // Ultrasound obstet. Gynecol. 2005. Vol.26, № 4. P.441-442.
35. Пренатальная эхография / Под ред. М.В. Медведева. М.: Реальное время. 2005. 560 с.
36. Стрелков, Р.Б. Перспективы применения метода прерывистой нормобарической гипокситерапии в медицинской практике // Курортные ведомости. 2006. № 5. С. 37-40.
37. Стрелков, Р.Б., Чижов А.Я. Прерывистая нормобарическая гипоксия в профилактике, лечении и реабилитации. Екатеринбург: Уральский рабочий, 2001. 400 с.
38. Закощиков, К.Ф., Катин С.О. Гипокситерапия – «горный воздух». М.: Бумажная Галерея, 2001. 64 с.
39. Колчинская А.З., Цыганова Т.Н., Остапенко Л.А. Нормобарическая интервальная гипоксическая тренировка в медицине и спорте: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2003. 408 с.
40. Цыганова Т.Н. Автоматизированный анализ эффективности и механизмы действия нормобарической интервальной гипоксической тренировки в восстановительной коррекции функциональных резервов организма: Дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2004. 253с.
41. Цыганова Т.Н. Использование нормобарической интервальной гипоксической тренировки для улучшения состояния организма беременных с патологией беременности // Прерывистая нормобарическая гипокситерапия: Доклады Международной академии проблем гипоксии / Под ред. Р.Б. Стрелкова. М.: Бумажная галерея, 2005. Т. IV. С.226.
42. Горанчук В.В., Сапова Н.И., Иванов А.О. Гипокситерапия. СПб.: ООО «Элби-СПб.» 2003. 536 с.
43. Радецкая Л.Е., Кузнецов В.И., Супрун Л.Я. Клиническая эффективность применения интервальной нормобарической гипокситерапии в комплексном лечении больных эндометриозом // Huroxia Medical Journal. 2000. Т. 8, № 1/2. С. 17-21.
44. Шахлина Л.Г. Медико-биологические основы спортивной тренировки женщин. Киев: Наукова думка, 2001. 332с.
45. Чижов А.Я. Гипоксия в клинической практике // Врач. 1997. С. 26-28.
46. Блощинская И.А. Функциональное состояние сосудистого эндотелия и нарушения микроциркуляции при беременности, осложненной гестозом, и влияние на них нормобарической гипокситерапии: Дис. ... д-ра. мед. наук. Хабаровск, 2003. 232 с.

УДК 615.357:618.14-005:616.36

Оригинальная статья

ВЛИЯНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА И УТРОЖЕСТАНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Р.Х. Салех – ГОУ ВПО Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, медицинский институт, очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии; **Л.П. Пешев** – ГОУ ВПО Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, медицинский институт, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, профессор, доктор медицинских наук; **А.В. Сипров** – ГОУ ВПО Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, медицинский институт, доцент кафедры фармакологии, доктор медицинских наук.

EFFECT OF PROGESTERONE AND UTRUGESTAN ON FUNCTIONAL LIVER CONDITION IN PATIENTS WITH DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

R.Kh. Salekh – Mordovia State University n.a. N.P. Ogaryov, Medical Institute, department of obstetrics and gynaecology, post-graduate; **L.P. Peshev** – Mordovia State University n.a. N.P. Ogaryov – Medical Institute, head of department of obstetrics and gynaecology, professor, doctor of medical science; **A.V. Sipro** – Mordovia State University n.a. N.P. Ogaryov Medical Institute, department of pharmacology, assistant professor, doctor of medical science.

Дата поступления – 25.04.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Салех Р.Х., Пешев Л.П., Сипров А.В. Влияние прогестерона и утрожестана на функциональное состояние печени у больных дисфункциональными маточными кровотечениями // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 549–552.

Исучено влияние прогестерона и утрожестана на белоксинтетическую, ферментативную и пигментообразующую функции печени у больных дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК). Обследовано 106 женщин в возрасте от 18 до 44 лет с гормональной недостаточностью желтого тела яичника. Функциональное состояние печени оценивалось по содержанию в крови общего белка, альбуминов, глобулинов, общего билирубина и его прямой и непрямой фракций, аланин- и аспартатаминотрансферазы, гаммаглутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, общих и небелковых сульфгидрильных групп. Определялись общая и эффективная концентрации альбумина в сыворотке крови. Рассчитывался резерв связывания альбуминов и индекс токсичности плазмы. Показано достоверное снижение у больных ДМК концентрации общего белка, альбуминов на фоне роста содержания индикаторных ферментов и снижения уровня общих сульфгидрильных групп и их небелковых фракций, что сопровождалось развитием эндогенной интоксикации. После лечения прогестероном снижалась активность белоксинтетической функции печени в сочетании с угнетением внутриклеточных ферментативных реакций и повышением уровня эндогенной интоксикации. Терапия утрожестаном усиливала гиперферментемию у больных при сохранении эндотоксикоза и гипопроteinемии. Таким образом, у больных ДМК исходно нарушена метаболическая функция печени, что необходимо учитывать при составлении плана лечения.

Ключевые слова: прогестерон, утрожестан, функции печени.

Salekh R.Kh., Peshev L.P., Siprov A.V. Effect of progesterone and utrogestan on functional liver condition in patients with dysfunctional uterine bleeding // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 549–552.

The effect of progesterone and utrogestan on protein synthetical, fermentative and chromogenic functions of liver in patients with dysfunctional uterine bleedings (DUB) has been studied. 106 women ages 18 to 44 years with hormonal insufficiency of ovarial yellow bodies were examined. The functional condition of the liver was estimated through the content of protein, albumin, globulin, general bilirubin and its connective and free fractions, alanin – and aspartataminotrasferase, gammaglutamiltranspeptidase, phosphatase alkaline, general and nonprotein sulfhydryc groups in blood. The general and effective concentration of albumin was defined in blood serum. It is shown that the concentration of general protein, albumin, general and nonprotein sulfhydryc groups decreased by the increased activity of indicated enzymes in patients. It was accompanied by endogenic intoxication. Progesterone treatment decreased the activity of protein synthetical function of liver reducing endocellular fermentative reactions and increasing the level of endogenic intoxication. Therapy by utrogestan resulted in hyperfermentation in patients with endotoxycosis and hypoproteinemia. Therefore patients with DUB suffered from disorders in metabolic function of liver.

Key words: progesteron, utrogestan, liver functions.

Введение. Современные гестагенные лекарственные препараты широко используются в акушерско-гинекологической практике в комплексной терапии различных дисгормонозов при прогестерондефицитных состояниях [1]. Наряду с этим сохраняется проблема безопасности гормональной терапии гестагенными лекарственными средствами. Важность прогнозирования и профилактики нежелательных эффектов лекарственных гестагенов со стороны гепатобилиарной системы определяется рядом факторов, важнейшими из которых являются неизбежная сопряженность фармакодинамики гестагенных препаратов для перорального приема с их воздействием на желудочно-кишечный тракт и печень, а также недостаточно изученное функциональное состояние печени у больных, нуждающихся в прогестеронотерапии. В связи с этим актуальным является исследование функционального состояния печени в динамике лечения гестагенными препаратами больных с гестагендефицитными состояниями.

Методы. Обследовано 106 женщин (основная группа), поступивших в стационар с ДМК, у которых по данным анамнеза и результатам клинико-лабораторного обследования (базальная термометрия, цитологический состав мазков слизистой влагалища в динамике менструального цикла) наблюдалась гормональная недостаточность желтого тела яичника. Основную группу условно распределили на 2 подгруппы: в первой подгруппе – 54 больные получали прогестерон внутримышечно (по 15 мг в сутки) с 14-го по 26-й день цикла, курсовая суммарная доза пре-

парата составила 195 мг; во второй подгруппе – 52 больные получали терапию утрожестаном per os (по 100 мг 2 раза в день с интервалом в 12 часов) с 14-го по 26-й день цикла. Суммарная доза препарата составила 2600 мг. Контрольную группу составили 20 женщин-добровольцев репродуктивного возраста, показатели обследования которых считали за нормативные. По возрасту основная и контрольная группы были сопоставимы (от 18 до 44 лет). Длительность заболевания у 25,4% пациенток составила до двух лет, у 46,2% – до пяти лет, у 20,7% – до восьми лет и у 6,6% – 9-10 лет. У 42,4% женщин расстройства менструальной функции наблюдали с ювенильного возраста, у 16,9% – после производства искусственного аборта. В общесоматическом анамнезе у женщин основной группы лидировали заболевания печени и желчевыводящих путей – в 18,9% наблюдений; хронический гастрит – в 13,2%; гипертоническая болезнь – в 9% наблюдений. У 49% больных уровень гемоглобина в крови при поступлении был менее 110 г/л. Функциональное состояние печени оценивали по расширенной программе с определением биохимическими методами в крови содержания общего белка, альбуминов, глобулинов, билирубина общего и его прямой и непрямой фракций, аланин- и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), г-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ). Определяли общую (ОКА) и эффективную (ЭКА) концентрации альбумина в сыворотке крови флуоресцентным методом на анализаторе АКЛ-01 «Зонд» с использованием стандартного набора реактивов «Зонд-альбумин» (Москва). Производили расчет резерва связывания альбуминов (РСА) [2] и индекса токсичности плазмы (ИТ) [2]. Оценивали содержание общих и небелковых сульфгидрильных (SH) групп в крови [3]. Статистическую обработку

Ответственный автор – Сипров Александр Владимирович.
Адрес: 430031, г. Саранск, ул. Косарева, 35-79.
ГОО ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт, кафедра фармакологии. Тел.: 88342351310.
E-mail: alek-s13@mail.ru

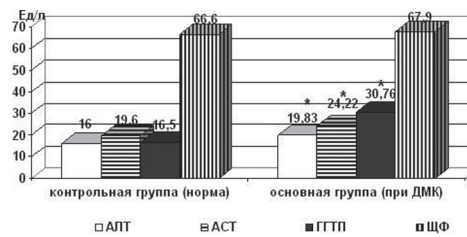
результатов клинических и лабораторных исследований проводили с использованием программ МЕД-СТАТ. Вычисляли среднюю арифметическую (M) и стандартную ошибку средней арифметической (m). Характер и силу связи между признаками определяли с помощью коэффициента корреляции (способ квадратов Пирсона). Достоверность различий средних величин оценивали с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 .

Результаты. При изучении белоксинтетической функции печени установлено, что содержание общего белка и альбуминов у женщин основной группы снижено на 5,6 и 9,2% соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с концентрацией их у здоровых женщин. Уровень АЛТ и АСТ у женщин в основной группе превышал таковой в контрольной группе на 23,9 и 23,2% соответственно ($p < 0,05$), а ГГТП – на 86,8% по сравнению с контролем (рис. 1). Заметные патологические сдвиги у больных ДМК наблюдались и в пигментном обмене: содержание общего билирубина и непрямого его фракции превышало таковое у здоровых женщин на 10,5 и 13,08% соответственно ($p < 0,05$). Регистрировался низкий уровень общих сульфгидрильных групп и их небелковых фракций, который на 27,3 и 39,6% соответственно был меньше, чем у женщин контрольной группы ($p < 0,05$). Отмечалось снижение ОКА и ЭКА на 4,1 и 10,7% соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с контролем, РСА – с 0,96 (у здоровых) до 0,56 усл. ед. При этом ИТ увеличивался с 0,65 до 0,78 усл. ед. ($p < 0,05$).

У женщин в первой подгруппе основной группы, получавших парентерально прогестерон в течение двух недель, по окончании лечения наблюдалось снижение содержания общего белка, альбуминов и глобулинов на 6,9, 7,2 и 6,9% соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с данными показателями до лечения (рис. 2). Примечательно, что относительная гипопротеинемия возникла уже через 5 дней лечения прогестероном.

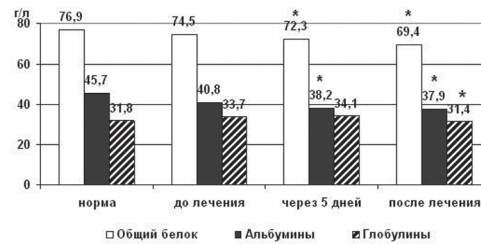
При этом после лечения прогестероном отмечалось снижение уровня АЛТ, АСТ и ГГТП на 12,4, 9,9 и 30,1% соответственно ($p < 0,05$) по отношению к данным значениям до лечения. Под влиянием прогестерона отмечалось достоверное снижение содержания общего билирубина и его непрямого фракции на 37,2 и 38,7% по сравнению с данными показателями до лечения. Терапия прогестероном приводила и к достоверному уменьшению содержания в крови общих и небелковых SH-групп на 9,1 и 13,1% соответственно по сравнению с исходным уровнем до лечения. Также отмечалось снижение ОКА и ЭКА в крови на 9,3 и 12,9% соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с исходным уровнем до лечения. РСА снижался до 0,56 усл. ед., ИТ увеличивался до 0,86 усл. ед.

У женщин с ДМК во 2-ой подгруппе после лечения их утроежестаном содержание общего белка не отличалось от такового до лечения. Однако достоверно менялось соотношение белковых фракций: содержание альбуминов снижалось на 11%, а глобулинов – увеличивалось на 14,3% по отношению к данным показателям до лечения. Уровень АЛТ, АСТ, ГГТП и ЩФ достоверно повышался до 27, 28,7, 46,1 и 83,5 ед/л соответственно по отношению к исходным показателям до лечения. Содержание общего билирубина и его непрямого фракции снижалось на 37% и 33,7% по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$), а концентрация общих и небелковых SH-групп не отличалась от таковой до лечения. ОКА при лечении утроежестаном достоверно снижалась на 5-е сутки на



Примечание: * - достоверность различий при $p < 0,05$ по отношению к контрольной группе

Рис. 1. Характер изменений ферментативной функции печени при ДМК



Примечание: * - достоверность различий при $p < 0,05$ по отношению к показателям до лечения

Рис. 2. Содержание общего белка и его фракций в крови при ДМК в динамике лечения больных прогестероном

6,3%, а в конце курса терапии – на 10% по сравнению с исходным показателем ($p < 0,05$). При этом ЭКА также уменьшалась и в конце курса лечения была ниже нормы на 17,4% ($p < 0,05$). В итоге РСА снижался до 0,7 усл. ед., а ИТ составлял 0,74 усл. ед. По клинической эффективности прогестерон и утроежестан оказались сопоставимы друг с другом.

Обсуждение. По результатам проведенных нами исследований, у больных ДМК исходно отмечаются нарушения метаболической функции печени. Учитывая, что сульфгидрильные группы принимают активное участие в начальном этапе утилизации половых стероидов – их конъюгации, можно считать выявленные модуляции SH-групп у больных ДМК одной из главных причин расстройств метаболизма половых стероидов в организме. Отмеченные нарушения функции печени сочетались с развитием эндогенной интоксикации. У женщин в первой подгруппе основной группы, получавших парентерально прогестерон, дополнительно снижалось содержание общего белка и альбуминов. Полученные данные указывали на повышенный расход белка, в основном альбуминов, необходимых, по-видимому, для инактивации и утилизации экзогенного прогестерона. Снижалась активность трансаминаз. Возможно, прогестерон, как «недоокисленный» гормон, при акцепции с белок-содержащими ферментами может блокировать их активность. Выявленные модуляции изучаемых показателей сопровождались нарастанием эндогенной интоксикации в организме больных. Таким образом, при длительном лечении прогестероном больных ДМК, наряду с позитивным клиническим эффектом (прекращение маточных геморрагий), наблюдаются снижение активности белоксинтетической функции печени, угнетение внутриклеточных ферментативных реакций с участием серосодержащих белковых ферментов, повышение уровня эндогенной интоксикации организма больной. У женщин с ДМК во второй подгруппе после лечения их утроежестаном регос повышалась активность трансаминаз, возможно, в связи с увеличением детоксикационной нагрузки на

печень и снижением ее адаптивных возможностей. Сохранялся эндотоксикоз в организме больных.

Заключение. Таким образом, у больных ДМК снижена белоксинтетическая и усилена ферментативная функция печени, а также повышен уровень эндогенной интоксикации. В динамике лечения прогестероном снижение белоксинтетической функции печени усугубляется и нарастает эндогенная интоксикация. Утрожестан у больных ДМК преимущественно усиливает гиперферментемию. Следовательно, при составлении плана лечения больных с ДМК необходимо их дополнительное лабораторное

обследование с определением протеинограммы и уровня ферментативной активности печени.

Библиографический список

1. Анашкина Г.А., Торганова И.Г., Сперанская Н.В. Гормональная регуляция менструального цикла // Методы оценки эндокринной функции репродуктивной системы. М., 1986. С. 28-37.
2. Грызунов Ю.А., Добрецов Г.Е. Альбумин сыворотки крови в клинической медицине. М.: Ириус, 1994. 226 с.
3. Фаломеев В.Ф. Фотокolorиметрический ультрамикрометод количественного определения сульфгидрильных групп белка и небелковых соединений // Лаб. дело. 1981. № 1. С. 33.

УДК 618.11-006-02-036

Обзор

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

К.Г. Серебренникова – ФГПОВ ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. Сеченова, профессор кафедры семейной медицины с курсом экстрагенитальной патологии в акушерстве и гинекологии, доктор медицинских наук; **Е.П. Кузнецова** – ФПК и ПП ГОУ ВПО Ижевская ГМА, доцент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук.

MODERN VIEWS ON AETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF TUMOR GROWTHS AND BENIGN OVARIAN TUMORS

K.G. Serebrennikova – Moscow State Medical Academy n.a. I.M. Sechenov, Department of Family Medicine with the Course of Extragenital Pathology, Professor, Doctor of Medical Science; **E.P. Kuznetsova** – Izhevsk State Medical Academy, Department of Obstetrics and Gynaecology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления – 16.07.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 552–558.

Представлены современные данные об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичника как системных заболеваний организма, возникающих на клеточном уровне и предполагающих наличие полиморфных обменно-метаболических, эндокринных и иммунных нарушений.

Ключевые слова: этиология, патогенез, доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников.

Serebrennikova K.G., Kuznetsova E.P. Modern views on aetiology and pathogenesis of tumor growths and benign ovarian tumors // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2010. Vol. 6, № 3. P. 552–558.

The article represents modern data of aetiology and pathogenesis of tumor growths and benign ovarian tumors as systemic diseases of organism. These diseases appear on the cellular level and involve the presence of polymorphous metabolic, endocrine and immune disorders. Exogenous and endogenous risk factors of ovarian carcinomas are considered.

Key words: aetiology, pathogenesis, benign tumors, ovarian tumorous growths.

В современных условиях жизни основные показатели здоровья населения, в том числе женщин фертильного возраста, зависят от нескольких важных моментов, в их числе социальные условия жизни, медико-организационные факторы, состояние демографической ситуации в стране [1]. Наряду со сложившейся моделью суженного воспроизводства, характеризующейся резким падением коэффициента рождаемости и снижением доли повторных рождений, прослеживается и обратная сторона проблемы – увеличение числа супружеских пар, страдающих infertility. Одной из причин высокой частоты бесплодия является рост заболеваемости репродуктивной системы женщины. В структуре гинекологической заболеваемости особое место занимают доброкачественные опухоли женских половых органов. Среди всех опухолей женских половых органов опухоли яичников занимают второе место (6-8%). Доброкачественные формы встречаются в 75-80% всех истинных опухолей яичников, из них 34% – это опухолевидные процессы [2]. Среди кистозных обра-

зований яичников ретенционные кисты составляют 70,9% [3-5].

Несмотря на достаточно подробную изученность новообразований яичников, причины происхождения доброкачественных опухолей и кист яичников, а следовательно, и вопросы ранней диагностики и профилактики наиболее распространенных новообразований яичников остаются открытыми [6].

Все факторы риска, которые могут повлиять на формирование нарушений в репродуктивной сфере женщины или вызвать развитие опухолей и опухолевидных образований яичников, можно разделить на две большие группы: медицинские и социальные [7]. Изучению медицинских факторов, влияющих на репродуктивное здоровье женщин, посвящено не одно исследование. Среди медицинских факторов особое значение имеют: раннее менархе, поздняя менопауза, нарушение менструальной функции [4, 5]; нарушение репродуктивной функции, бесплодие [5, 8]; высококалорийная диета с большим содержанием насыщенных жирных кислот; генетическая предрасположенность [9- 11]; дисбиоз флоры влагалища, хронический персистирующий воспалительный процесс гениталий, наличие двух и более возбудителей заболеваний, передающихся половым путем [2, 8,

Ответственный автор – Кузнецова Елена Петровна.
Тел.: 89128552198; (3412)661466.
E-mail: doctorfamily@mail.ru