

эндометриоидных гетеротопий в «неприспособленном» для них микроокружении, особенностями кровоснабжения пораженных органов и развитием хронической гипоксии.

**Дурнева Е.И.**

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

*(научные руководители - проф. Ярмолинская М.И., д.б.н. Соколов Д.И.)*

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта  
Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Введение.** Эндометриоз – заболевание, характеризующееся имплантацией и ростом ткани, подобной эндометрию, вне полости матки. Нарушения в функционировании работы иммунной системы являются ключевым аспектом в патогенезе заболевания. У женщин с эндометриозом происходят изменения функций почти всех типов клеток иммунной системы: снижение реактивности Т-клеток и цитотоксичности NK-клеток, поликлональная активация В-клеток и увеличение выработки антител, увеличение числа и активация перитонеальных макрофагов. Для коррекции этих нарушений необходимо включение в комплексную терапию заболевания цитокинотерапию.

**Цель.** Сравнить эффективность применения рекомбинантного интерлейкина-2 (IL-2) в комплексной терапии больных наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) в сравнении со стандартной схемой терапии.

**Материалы и методы.** В исследование включены 40 пациенток с лапароскопически и гистологически подтвержденным диагнозом НГЭ I-II ст. (R-AFS). Всем пациенткам после оперативного лечения были назначены агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) (Бусерелина ацетат, «Фарм-синтез») в течение 6 месяцев (1 инъекция в 28 дней). Одновременно с 1-й инъекцией аГнРГ пациенткам основной группы (25 женщин) назначили IL-2 (Ронколейкин, «Биотех») в дозе 500000 МЕ в виде трехкратной внутривенной инфузии каждые 48 ч капельно в 400 миллилитрах физиологического раствора. В группу сравнения вошли 15 пациенток, получавших монотерапию аГнРГ длительностью 6 месяцев. Перед проведением оперативного вмешательства и через 6 месяцев после начала лечения оценивали болевой синдром на основании визуально-аналоговой шкалы, методом проточной цитофлуориметрии в периферической крови (ПК) определяли субпопуляционный состав лимфоцитов и активность NK-клеток.

**Результаты.** До начала терапии все пациентки с НГЭ имели хроническую тазовую боль и диспареунию различной степени интенсивности. Выраженность боли в области малого таза после терапии в основной группе снизилась в 5 раз, в группе сравнения в 3 раза и составила  $1,57 \pm 0,3$  и  $2,5 \pm 0,25$  баллов соответственно ( $p=0,043$ ). Степень выраженности диспареунии у пациенток, применявших IL-2, снизилась в 6 раз, а в группе, получавшей монотерапию аГнРГ, в 4,5 раза и составила  $0,85 \pm 0,4$  и  $1,25 \pm 0,2$  баллов соответственно ( $p=0,045$ ). После курса терапии с IL-2 в ПК пациенток с НГЭ отмечено увеличение числа NK-клеток в 1,26 раз ( $p=0,03$ ); параллельно отмечали увеличение способности NK-клеток отвечать активацией на стандартный индуктор в 1,33 раза ( $p<0,001$ ) в сравнении с их уровнем до лечения. В группе сравнения после терапии аГнРГ число NK-клеток в ПК пациенток не изменилось, а способность NK-клеток отвечать активацией на стандартный индуктор снизилась в 1,3 раза ( $p=0,03$ ) по сравнению с этими показателями до лечения.

**Выводы.** Применение IL-2 в составе комбинированного лечения НГЭ является клинически более эффективным, а также патогенетически обоснованным, так как оказывает стимулирующее влияние на клеточный иммунитет по сравнению со стандартной гормональной терапией.

**Кастор М.В.**

## **ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА МЕРТВОРОЖДЕНИЯ**

*(научный руководитель - проф. Волков В.Г.)*

Тульский государственный университет  
Тула, Российская Федерация

**Введение.** Внутриутробная гипоксия (ВУГ) оказывает комплексное неблагоприятное воздействие на плод и его органогенез, в особенности на развитие сердечно-сосудистой системы. Основным этиологическим фактором ВУГ является плацентарная недостаточность (ПН). В РФ в 2015-2017 гг. ВУГ указывалась в 87,9% случаев как причина мертворождения (МР), в том числе в 22,9% случаев она сочеталась с плацентарной патологией.

**Цель.** Определить частоту встречаемости ВУГ и ПН как официальных причин МР в Тульской области, сравнить значения с данными по РФ и мировыми. Определить патологии матери и плода, сопутствующие ВУГ и ПН, выделить среди них возможные факторы риска.