

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Министерство здравоохранения Краснодарского края
- ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»



IX РЕГИОНАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ

Мать и Дитя

СОЧИ

Pullman Конференц-центр

28–30 июня, 2016



**Пленум Российского общества
акушеров-гинекологов**

МАТЕРИАЛЫ

**МАТЕРИАЛЫ
IX Регионального
научно-образовательного форума
«Мать и Дитя»
28–30 июня 2016 года
Сочи**

М., 2016 – 209 с.

Главный редактор
Сухих Г.Т.

Научные редакторы
Долгушина Н.В.,
Зубков В.В.,
Арсланян К.Н.

ISBN 978-5-906484-20-8

©«МЕДИ Экспо», 2016



Раздел 1

Акушерство

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННЫХ, ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ

Андреева М.В., Фетисова Е.С., Бычкова Н.Е.

МБУЗ БР ЦРБ

Актуальность

Основными задачами перинатальной медицины являются охрана здоровья ребенка, снижение перинатальной, младенческой заболеваемости и смертности, так как эти показатели в немалой степени отражают демографическую ситуацию страны. Проблема охраны здоровья будущих поколений определяется состоянием соматического и репродуктивного здоровья беременных женщин, нарушение которого приводит к различным осложнениям гестации и рождению больного ребенка. Знание региональных особенностей экстрагениальной патологии беременных позволит проводить ее профилактику и лечение на этапе прегравидарной подготовки.

Цель

Цель работы: выявить характер и частоту экстрагениальной заболеваемости у беременных, городских жительниц юга России.

Материалы и методы

Проведено обследование 534 беременных, городских жительниц юга России. Для оценки состояния здоровья женщин была разработана специальная анкета, отражающая условия жизни, общий и акушерско-гинекологический анамнез, результаты обследования, сведения о течении беременности, родов и послеродового периода. Возраст обследованных составил 18–45 лет. Исследование проводилось на базе городских женских консультаций. Полученные результаты обработаны с помощью статистического пакета программ «Statistica 8.0» («StatSoft Inc.»).



Результаты

Проведенное исследование показало, что 70,04% беременных имели хронические соматические заболевания. У 25,84% из них экстрагенитальная патология была причиной осложнений предыдущих беременностей и родов. В 58,24% случаев выявлено обострение соматических заболеваний во время настоящей беременности. В их структуре преобладали болезни органов пищеварения (41,19%) и дыхания (40,82%). У 67,23% женщин с экстрагенитальной патологией беременность сопровождалась осложнениями, в связи с этим они нуждались в стационарном лечении. Основными причинами госпитализации были угроза прерывания беременности (68,35%), гестационная анемия (59,74%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (55,24%), острый пиелонефрит и хронический в стадии обострения (54,31%), преэклампсия различной степени тяжести (17,23%). У 5,81% женщин с экстрагенитальной патологией роды наступили преждевременно. Декомпенсация соматической патологии во время родов наблюдалась у 5,4% рожениц. При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар у таких пациенток выявлено следующее. 53,43% из них родились с оценкой 7–8 баллов, 37,27% – 6 баллов и ниже. Всего 9,55% детей родились с оценкой 8–9 баллов. Среди новорожденных дети с низкой массой тела при рождении составили 27,15%, с крупной массой тела – 18,54%.

Заключение

Таким образом, у беременных, городских жительниц юга России, выявлен высокий уровень распространенности экстрагенитальной патологии, которая явилась основной причиной развития осложнений во время гестации и родов.

Следовательно, женщинам с экстрагенитальными заболеваниями необходимо усовершенствовать медицинскую помощь, в первую очередь, на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений, и проводить ее на этапе прегравидарной подготовки.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Атласов В.О., Боязитова Т.Д., Долгов Г.В., Ярославский К.В.

СПб ГБУЗ

Актуальность

Актуальность темы обусловлена высокой профессиональной нагрузкой акушеров-гинекологов женских консультаций и родильных домов, а также неудовлетворенностью беременных и рожениц оказываемой им медицинской помощью.

Цель

Цель исследования – изучение выраженности симптомов профессионального выгорания у врачей акушеров-гинекологов, их связь с личностными особенно-



стями и ценностными ориентациями в карьере в сопоставлении с неудовлетворительной медицинской помощью с точки зрения беременных и рожениц.

Материалы и методы

Были использованы методы анкетирования и психодиагностические тесты: Маслач К., Джексон С. «Опросник выявления эмоционального выгорания MB1», «Фрайбургский личностный опросник (FP1)»; Шейн Э. «Якоря карьеры» с описанием методики диагностики ценностных ориентаций в карьере. Обработка материала проводилась с использованием пакета стандартных компьютерных программ «STATISTICA 5.5». В исследовании принимали участие 68 врачей акушеров-гинекологов родильных домов Санкт-Петербурга и 112 беременных и рожениц.

Результаты

В результате, проведенных исследований установлено, что 81,2% врачей имеют средний уровень выгорания; 9,7% высокий; низкая степень эмоционального истощения выявлено у 9,1% исследуемых. Изучение выраженности отдельных симптомов синдрома профессионального выгорания (СПВ) обнаружило высокий уровень эмоционального истощения у 10% врачей, значительный уровень деперсонализации – у 5%, существенная степень редукции личностных достижений диагностирована в 5% случаев. Выявлено наличие положительной корреляции между эмоциональным истощением и деперсонализацией при эмоциональном истощении возникает чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой ($K = +0,67$). Не менее важно оценить условия, в которых находятся женщины, получающие медицинскую помощь на этапе ожидания и рождения ребёнка. С момента постановки на учет в женской консультации пациентка сталкивается с наличием ряда факторов, затрудняющих получение обязательной медицинской помощи (очереди в консультациях, отсутствие специалистов и др.) (54,8%). В условиях нехватки врачей в женских консультациях и их загруженности рутинной работой пациентка не имеет возможности в полной мере получить ответы на интересующие её вопросы (29,6%). В родильных домах нередко наблюдается нехватка коек для беременных, гинекологических больных и женщине может быть отказано в оказании помощи по месту жительства (17,4%). В родильном зале по-прежнему мало внимания уделяется немедикаментозным методам обезболивания родов, (86,4%) которые присутствуют в европейских родильных домах: контрастное прикладывание тепла и холода, шведские стенки, фитболы, «ходунки» и др.

Заключение

Комплексное решение, рассматриваемой проблемы, предполагает работу в нескольких направлениях:

1. Проведение мероприятий, ориентированных на врачей акушеров-гинекологов: охрана режима труда, психопрофилактика синдрома профессионального выгорания; следует считать целесообразным использование психологических семинаров и тренингов, они будут эффективны при оптимальном режиме труда врача, который позволит ему удовлетворять свои базовые потребности в полноценном сне и отдыхе.



2. Решение организационных вопросов: укомплектование штата медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам, оснащение необходимым оборудованием родильных отделений.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Ахмедов Ф.К., Курбонова З.Ш., Хикматова Н.И.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Актуальность

В практической деятельности врачей акушеров – гинекологов часто приходится сталкиваться с проблемой преэклампсии. Это обусловлено возрастающей частотой данного осложнения беременности и расширяющейся профессиональной нагрузкой, возложенной на данную категорию врачей связанную с их профессиональной деятельностью по оказанию помощи беременным женщинам.

Цель

Изучение особенностей функционального состояния почек и некоторых показателей гомеостаза у женщин с тяжелой преэклампсией.

Материалы и методы

Проведено комплексное исследование функционального состояния почек и показателей гомеостаза у 50 женщин с преэклампсией тяжелой степени в сроки 30 до 34 недель.

Результаты

Изучение функционального состояния почек показало, что при беременности, протекающей с тяжелой преэклампсией, отмечается снижение КФ до $1,047 \pm 0,048$ мл/с, что на $0,704$ мл/с $34,2\%$ ($P=0,005$). Исследование клиренса и экскреция электролитов почками при преэклампсией тяжелой степени показало, что эти показатели очень напоминают данные клиренса и экскреции электролитов при преэклампсией легкой степени. В этой группе отмечен самый низкий почечный плазмоток, ЭПК И ФФ, что соответствует степени нарушения функциональной способности почек. У женщин с тяжелой преэклампсией, зарегистрирован самый низкий (относительно предыдущих групп) ЭПК, который оказался ниже контрольных значений на $37,0\%$, тогда как почечный плазмоток был занижен на $26,0\%$. Гиповолемия, ухудшение почечного крово- и плазматока, не могли не сказаться на функциональном состоянии почек у беременных женщин данной группы. Статистически значимо снизилась КФ на $59,7\%$ относительно этого же показателя у беременных контрольной группы. Снижение клиренса и особенно экскреция



натрия создает предпосылки к задержке его в организме подобного контингента беременных.

Заключение

Происходящие изменения со стороны изучаемых параметров у женщин с преэклампсией тяжелой степени, можно отметить, что для них характерны гипопроteinемия, протеинурия, уменьшение суточного диуреза, выраженность которых превышает все остальные изучаемые группы беременных женщин. Отмеченные гиповолимия, внеклеточная гипергидратация, тенденция к гиподинамии миокарда, ухудшение почечной гемодинамики со снижением ФФ и функциональной способности почек у женщин данной группы являются наиболее выраженными. Все это указывает на то, что подобный контингент беременных женщин представляет большую опасность в плане возникновения различных осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Подобные беременные подходят к родам, практически исчерпав все свои резервные возможности. Одним из наиболее слабых звеньев в общей цепи происходящих нарушений у женщин с тяжелой преэклампсией являются почки.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Курбонова З.Ш., Хикматова Н.И.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Актуальность

Умеренная гипертрофия левого желудочка характерна для нормально протекающей беременности, что объясняется, увеличением ОЦК начиная со II триместра беременности. Подобную гипертрофию левого желудочка можно считать функциональной, так как она регрессирует в послеродовом периоде в связи нормализацией ОЦК. На наш взгляд, это не пустой вопрос, так как по совокупности изменённой кардиогемодинамики в сочетании с данными показателей центральной и региональной гемодинамики кроется возможность прогнозирования течения беременности.

Цель

Изучение особенностей физиологических изменений в системе кровообращения матери и кардиогемодинамики в процессе нормально протекающей беременности.



Материалы и методы

Нами было исследованы 50 женщин с физиологическим течением беременности в сроке гестации 30–34 недель. Комплексное ультразвуковое и доплерометрическое исследование кровотока выполнялась, строго натошак наультразвуком сканере Sono-scapeSSI 5000 (модель Китай) сектаральным датчиком частотой 3.5 мГц.

Результаты

Учитывая, что в процессе нормально протекающей беременности происходит увеличения ОЦК от 30 до 50% именно к срокам гестации 30-34 недель, что приводит к физиологическим изменениям в системе кровообращения матери и кардиогемодинамики, указанное и послужила поводом изучения параметров центральной периферической и кардиогемодинамики у 50 беременных с физиологическим течением беременности. Все показатели периферической гемодинамики (как среднее значения их, так и разброс) не выходили за рамки нормальных физиологических данных. Фракции выброса (ФВ) конечных систолического и диастолического объёмов левого желудочка (ЛЖ) у обследуемой категории беременных женщин контрольной группы не выходили за пределы нормальных физиологических значений. Анализируя приведенные данные с учетом значений $M \pm m$ можно констатировать, что практически по всем изучаемым параметром, характеризующим геометрию сердца, они были в пределах физиологических значений. Однако пределы колебаний некоторых параметров выходили за пределы нормы. Изучив параметры геометрии сердца, на основании показателей ИММЛЖ и ОТС мы попытались определить тип геометрии левого желудочка у беременных контрольной группы в сроки гестации 30–34 недель. Критерием гипертрофии левого желудочка принимали значения, $ИММЛЖ > 110 \text{ г/м}^2$. Как было, указано выше средние значения ИММЛЖ составили в контрольной группе $97,9 \pm 4,0 \text{ г/м}^2$, что укладывалось в физиологическую норму для беременных женщин. Что касается средних значения ОТС, то они составив $0,38 \pm 0,04$ ед также укладывались в рамки нормальных значений. Исхода из этого в целом у беременных женщин мы отмечали нормальную геометрию левого желудочка с удовлетворительными значениями сократительной способности его.

Заключение

В отличие от физиологической, осложненная преэклампсией беременность характеризуется снижением объемных гемодинамических параметров, непропорционально высокой ММЛЖ, эксцентрической геометрии, диастолической дисфункцией левого желудочка и прогрессирующим возрастанием индексов сосудистого сопротивления.



МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бахтина Т.П., Подкаменева Т.В., Маслова Д.В.

Иркутская академия последипломного образования

Актуальность

Ведущая роль патогенетических механизмов в развитии ФПН обусловлена ее этиологическими факторами. Причины незрелости плаценты по отношению к сроку беременности в части случаев антенатальных потерь пока остаются неясными. Данная проблема весьма актуальна, т.к. диагностируется у каждой третьей женщины.

Цель

Сравнить гистологические изменения фетоплацентарного комплекса при антенатальной гибели плода и с рождением живого новорожденного

Материалы и методы

Проанализировано 212 историй родов: из них с заболеванием с-с-системы и АГ – 114, с гистационным сахарным диабетом – 52 случая и с преэклампсией умеренной – 46 беременных. У 135 беременных роды закончились рождением живого плода и в 77 случаях – антенатальной гибелью плода. Статистическая обработка осуществлялась с помощью непараметрического метода оценки достоверности по Хи-квадрату Пирсона. Показатель считался достоверным при Хи-квадрат > 3 , $p < 0,05$.

Результаты

В 59% случаев при преэклампсии и гипертонической болезни с рождением живого новорожденного выявлено диссоциированное развитие ворсинчатого хориона, ворсины плаценты с преобладанием промежуточных ворсин зрелого и незрелого типа, склероз ворсин с формированием афункциональных зон. Отмечено наличие очагового ангиоматоза, небольшое увеличение количества синциальных узлов, участки полнокровия межворсинчатого пространства в субхориальной зоне, кровоизлияния, отек стромы ворсин с очаговой пролиферацией цитотрофобласта. Количество мелких терминальных ворсин и элементов увеличилось. Гипоплазия плаценты была выявлена в 44%, воспаление последа со смешанным механизмом инфицирования – 26,4%. Патология созревания ворсин хориона выявлена в 32% случаев. Гистологическим признаком развития ФПН явилась атрофия синцитиотрофобласта и выраженное утолщение плацентарного барьера. При сахарном диабете (n- 52) в плаценте отмечались псевдоинфаркты, отложения фибриноида со стороны межворсинчатого пространства, фибриноидное перерождение эпителия ворсин, стромы и стенок сосудов, коллагенизация стромы, морфологическая незрелость плаценты, что обусловлено тромбозом сосудов ворсин и хориальной пластинки. Одновременно снижалась площадь просвета капилляров ворсин, их объем и количество. При антенатальной гибели плода превалировало



воспаление последа (93,3%) с гнойным расплавлением тканей последа. Ворсинчатое дерево диффузно представлено промежуточными дифференцированными и небольшим количеством ворсин терминального типа. В области базальной пластинки и плодовой части плаценты выявляются псевдоинфаркты, массивные отложения фибриноида, сужение межворсинчатых пространств, увеличение количества синцитиальных узелков с признаками дистрофии. В базальной пластинке плаценты, оболочках, сосудах и стромах пуповины – массивная диффузная лейкоцитарная инфильтрация.

Заключение

При компенсированной плацентарной недостаточности отмечается меньшее количество очаговых изменений, более зрелое строение ворсинчатого дерева соответственно доношенному сроку беременности и лучшие перинатальные исходы. Воспалительные изменения и некроз ворсин чаще встречались в группе с антенатальной гибелью плода. Несоответствие зрелости ворсин плаценты определяется состоянием организма беременной.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РДСВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Бахтина Т.П., Арзаева Н.К.

Медицинская академия последипломного образования

Актуальность

Увеличение проницаемости альвеолокапиллярной мембраны в легких нарушает фильтрационно-реабсорбционное равновесие. Респираторные нарушения в патогенезе преэклампсии остаются вне поля зрения клиницистов.

Цель

Сопоставить лабораторные и рентгенологические признаки при преэклампсии у беременных в зависимости от степени тяжести.

Материалы и методы

Показатели гемостаза, липидограммы выполняли на биохимическом анализаторе "Synchron CX5" фирмы Beckman (USA). Уровень холестерина, липопротеидов высокой плотности, триглицериды исследовали на спектрофотометре "Ultrospec-4050" (Швеция). Уровень малонового диальдегида - по методу В.Б.Гаврилова. Применялись общепринятые методы вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты

Выявлено 4 стадии РДСВ у беременных с преэклампсией (n-125). В 37,6% случаев с преэклампсией средней степени тяжести имелись начальные признаки

РДСВ 1 стадии, среднее артериальное давление равнялось $111,3 \pm 1,2$ мм рт.ст., концентрация общего белка плазмы крови – $60,6 \pm 0,4$ г/л, коллоидно-онкотическое давление (КОД) – $23,1 \pm 0,4$ мм рт.ст., средне-капиллярное давление (СКД) было $24,32 \pm 0,6$ мм рт.ст. Количество тромбоцитов уменьшено на 4%, агрегация была выше на 25% в сравнении с нормой. Диагноз РДСВ 2-й стадии был установлен в 41,6%. При этом агрегация тромбоцитов в крови увеличилась на 12%, а количество уменьшилось на 15% по сравнению с 1-й стадией ($p < 0,05$). КОД у беременных со 2- стадией равнялся $18,7 \pm 0,8$ мм рт.ст., а СКД – $25,8 \pm 0,6$ мм рт.ст. РДСВ 3-й стадии диагностирован при тяжелой степени тяжести. На фоне гипопроотеинемии, КОД – $16,6 \pm 0,6$ мм рт.ст., СКД – $25,8 \pm 1,2$ мм рт.ст. количество тромбоцитов уменьшилось до $176 \pm 7 \times 10^9$ /л, агрегация тромбоцитов возросла в 1,2 раза ($p < 0,001$). В 3-й стадии – достоверное повышение агрегации тромбоцитов и уменьшение их количества по сравнению с 1-й стадией. В 4 стадии у беременных с эклампсией (n=10) отмечено уменьшение количества тромбоцитов и достоверное повышение агрегации в 1,5 раза по сравнению с данными во 2-й и 3-й стадиями. Выявлена высокая степень достоверности между числом тромбоцитов у беременных и стадиями РДСВ ($p < 0,01$).

Показатели концентрации перекисного обмена липидов

	Холестерин, ммоль/л	ЛПНП, ммоль/л	ЛПОНП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	ЛПВП, ммоль/л	КА	МДА, мкмоль/л	Нитриты, мкмоль/л	Нитриты в пу- вине, мкмоль/л
Группа клини- ческого сравнения	5,85 (470-6,16)	3,04 (2,30-31)	0,87 (0,79-1,19)	1,95 (1,74-2,61)	1,73 (1,48-2,05)	2,23 (1,89-2,94)	4,36 (3,77-5,25)	3,8 (3,3-4,7)	0,74 (0,54-0,97)
Легкая степень	7,02 (6,07-7,63)***	3,85 (3,24-4,66)***	1,25 (0,94-1,55)*	2,74 (2,09-3,49)*	1,67 (1,24-1,98)	3,12 (2,39-3,66)*	5,49 (4,37-6,48)**	2,83 (2,45-3,43)***	0,77 (0,53-1,23)
Средняя степень	7,37 (6,66-7,87)***	4,40 (3,65-4,96)***	1,27 (1,07-1,73)*	2,82 (2,37-3,98)*	1,6 (1,44-1,73)	3,64 (3,34-4,20)*	6,55 (5,44-7,21)***	2,10 (1,74-2,80)***	0,59 (0,44-0,86)
Тяжелая степень	7,86 (6,79-9,32)***	4,46 (3,54- 6,30)***	1,66 (1,17- 1,79)***	3,66 (2,58- 3,94)***	1,69 (1,48-1,85)	3,86 (2,83-4,52)*	7,0 (6,32- 7,59)***	1,58 (1,04-1,89)***	0,71 (0,5-0,79)

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Заключение

Основной причиной нарушений органов у беременных с преэклампсией является дисбаланс в системе ПОЛ. Легочный «фильтр» в большей степени повреждается при 3-й и 4-й стадиях РДСВ. Степень активности ПОЛ соотносится с тяжестью преэклампсии. Уровень тромбоцитов и их агрегация в сочетании с рентгенологической картиной РДСВ могут использоваться в качестве признаков нарушения легочной функции.



ЭФФЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ. ФАКТОРЫ РИСКА

Бекенбаева Ж.К., Марат А.М., Укыбасова Т.М.

Национальный научный центр материнства и детства

Актуальность

Аномалии прикрепления плаценты являются одной из причин массивных акушерских кровотечений, приводящих к материнской смертности и инвалидизации женщин. Частота 0,2–0,9 % беременных с аномалиями прикрепления плаценты.

Цель

Оптимизация тактики родоразрешения беременных с аномалиями прикрепления плаценты.

Материалы и методы

В рамках проведенного исследования были обследованы и родоразрешены 190 беременных с предлежанием плаценты. Критерием включения в основную группу (88 беременных) явилось гистологически верифицированное приращение плаценты. 102 пациенток с полным предлежанием без приращения плаценты вошли в группу сравнения. У всех беременных проведен анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, течение беременности, выявлены факторы риска приращения плаценты, наиболее значимые антенатальные критерии приращения плаценты.

Результаты

Наиболее статистически значимым фактором риска приращения предлежащей плаценты в рубец на матке после КС явилось полное предлежание плаценты. При анализе варианта предлежания плаценты было установлено, что у 79 (89%) из 88 пациентки с приращением плаценты имелось полное предлежание, а у пациенток без приращения плацента полностью перекрывала внутренний зев достоверно реже – только у 80 (79,0%) ($p < 0,001$).

Вторым по значимости фактором риска приращения предлежащей плаценты явилось ее преимущественная локализация по передней стенке. При анализе особенностей расположения предлежащей плаценты установлено, что у 70 (76,6%) из 88 пациентки с приращением основная масса ткани плаценты располагалась по передней стенке матки (по передней стенке), у 11 (12,1%) – по задней стенке, у 10 (11,0%) – центральное предлежание (примерно равные участки плаценты располагались по передней и задней стенкам). Частота локализации предлежащей плаценты преимущественно по передней стенке у пациенток без приращения плаценты (группа сравнения) была почти в 2 раза ниже и составила 49,0%.

Достоверно снижают риск приращения плаценты: неполное предлежание плаценты и ее преимущественная локализация по задней стенке матки. При анализе варианта предлежания плаценты было установлено, что лишь у 10 (11%)



пациенток с приращением плаценты имелось неполное предлежание, тогда как у пациенток группы сравнения (без приращения) превалировало неполное предлежание плаценты – у 21 (21,0%) ($p < 0,001$).

Что касается преимущественной локализации плаценты по задней стенке, то она наблюдалась у 56 (36,0%) пациенток группы сравнения и только у 11 (12,5%) основной (приращение плаценты). Следовательно, преимущественное расположение плаценты по задней стенке, которая, перекрывая внутренний зев, снижает риск приращения (ОШ 0,53; 95% ДИ 0,35–0,80; $p < 0,001$).

Была также выявлена зависимость частоты приращения плаценты от числа КС в анамнезе. Данный вывод был сделан на основании того, что из 88 пациентки с приращением плаценты у 23 (49,1%) беременных было более 1 КС, тогда как в группе сравнения (без приращения плаценты) число повторных КС были реже – 7 (26%). Выявлен также ряд факторов, которые с несколько меньшей достоверностью увеличивают риск приращения плаценты: более 5 выскабливаний стенки матки, более 4 беременностей в анамнезе, временной интервал после предшествующего КС менее 3 лет.

Заключение

Факторами, достоверно повышающими риск приращения плаценты, являются:

- наличие в анамнезе 2 и более кесаревыхсечений;
- преимущественное расположение предлежащей плаценты по передней стенке;
- полное предлежаниеплаценты.

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Борщева А.А., Перцева Г.М., Василега К.М., Ширейко Т.А.

ГБОУ ВПО Рост ГМУ Минздрава России

Актуальность

Представлен случай, когда женщине с пиелонефритом единственной правой почки, несмотря на высокий материнский и перинатальный риск и наличие противопоказаний, удалось выносить беременность и родить в срок здорового ребенка.

Результаты

Женщина 26 лет, состояла на учете в женской консультации с диагнозом: беременность 10–11 недель, хронический пиелонефрит единственной почки,



угроза по невынашиванию. Анамнез жизни без особенностей. Из сопутствующих заболеваний – хронический пиелонефрит единственной правой почки в стадии ремиссии. В 1994 году нефрэктомия слева по поводу пиелонефрита. Наследственность отягощена по заболеванию почек. Гинекологические заболевания отрицает. Настоящая беременность первая. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, давление 120/80 мм рт.ст. Размеры таза без отклонений от нормы. Показатели, определяющие функцию почки, были в норме (креатинин, мочевина), также не было выявлено отклонений в остальных биохимических показателях крови, ОАМ и ОАК, анализах мочи по Нечипоренко и Зимницкому и микробиологическом исследовании мочи. При УЗИ почек были визуализированы следующие параметры: размеры единственной правой почки 137х55 мм, контур ровный, четкий, паренхима 22 мм, эхоструктура однородная, экзогенность обычная, ЧЛС не расширена. При скрининговом ультразвуковом исследовании плода все показатели соответствовали норме. Согласно действующему приказу МЗ России от 03.12.2007 № 736, пиелонефрит единственной почки входит в этот перечень. Беременная была предупреждена о последствиях сохранения беременности и возможных рисках осложнений, включающих в себя гестоз, преждевременные роды, внутриутробную задержку развития плода и его инфицирование и др., отслойку нормально расположенной плаценты, а также внутриутробное инфицирование плода (Кулаков В.И., 2014 г.). В связи с отказом от прерывания беременности, был собран консилиум в составе нефролога, акушера-гинеколога, уролога и терапевта, на котором решен вопрос о дальнейшей тактике при сохранении беременности, а также разработан план ведения данной пациентки в течение всего срока беременности. Несмотря на высокий материнский риск, беременность протекала благоприятно. Беременную наблюдали акушер-гинеколог, уролог и нефролог. В течение всего срока пациентке выполнялся контроль всех необходимых анализов крови и мочи, УЗИ почек. Скорость клубочковой фильтрации не определялась, так как нарастание массы тела и ОЦК у беременных, делают формулу неинформативной. Ультразвуковое исследование плода выполнялось соответственно установленным срокам. В сроке 40 недель женщину успешно родоразрешили через естественные родовые пути. Родилась девочка весом 3100, длиной 50 см. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила 8 баллов, на 5 минуте 8 баллов, что определяло состояние новорожденной девочки как удовлетворительное. Послеродовый период протекал без осложнений.

Заключение

Уникальность данного случая заключается в том, что, несмотря на повышенную нагрузку на единственную почку во время беременности, пациентке удалось успешно выносить и родить здорового ребенка. Обострение пиелонефрита единственной почки могло привести к серьезным последствиям. Наличие сегодня возможностей медицины, тщательный и своевременный контроль течения беременности со стороны нефрологов и акушеров у женщин с такой патологией, позволяет прогнозировать и минимизировать развитие тяжелых осложнений, в том числе фатальных, а также подарить женщине радость материнства.



АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ ТЕРАПИЯ РДС ПЛОДА: «УКОРОЧЕННЫЕ» СХЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Буштырев В.А., Чернавский В.В., Баранов А.П., Гугуева А.В., Абзианидзе К.И.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГБУ РО «Перинатальный центр», РостГМУ, кафедра акушерства и гинекологии №4.

Актуальность

Дыхательная поддержка недоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом является одним из важнейших компонентов медицинской помощи новорожденным. Эффективным и доступным мероприятием, разработанным для улучшения профилактики респираторного дистресс-синдрома и неонатальных исходов при досрочном родоразрешении является антенатальное введение глюкокортикостероидов. Выбору режима введения глюкокортикоидов в настоящее время не уделяется достаточного внимания. В частности, в литературе мы не встретили данных об эффективности и безопасности внутривенных схем введения дексаметазона.

В то же время в условиях 3-х уровневой системы акушерских стационаров в Российской Федерации, когда предпочтение отдается транспортировке плода «in utero», перемещение беременных на большие расстояния в ряде случаев снижает возможности пролонгирования беременности, и не позволяет завершить 2-3-х дневный курс антенатальной глюкокортикоидной профилактики.

Цель

В связи с этим, нами были предложены «укороченные» схемы введения дексаметазона у беременных в сроке 24–34 недели гестации при вероятности досрочного родоразрешения: 1) 24 мг внутривенно (в течение 4–6 часов); 2) 12 мг в/м с интервалом 12 часов дважды.

Материалы и методы

В исследование были включены 69 пациенток, поступавших в ГБУ РО «Перинатальный центр» с угрозой преждевременных родов, начавшимися преждевременными родами, преждевременным разрывом плодных оболочек, презламписией в сроке гестации 24–34 недели. Проанализированы клинические исходы у 78 новорождённых (9 двоен). Все случаи были разделены на 4 группы в зависимости от режима введения дексаметазона: I группа (N = 22) – 12 мг внутримышечно с интервалом 12 часов двукратно; II группа (N = 22) – 24 мг внутривенно капельно в течение 4–6 часов; III группа (N = 10) – стандартные схемы (внутримышечно по 8 мг трехкратно через 8 часов или по 6 мг четырехкратно через 12 часов). В IV группе (N = 24) глюкокортикоидная профилактика не проводилась в связи с коротким интервалом между обращением за медицинской помощью и родоразрешением. Беременные исключались из исследования при наличии врожденных аномалий развития плода, если они были не способны дать информированное согласие на проведение курса антенатальной профилактики, или



если курс глюкокортикоидной профилактики был не завершен. Анализировались клиническое течение и исход неонатального периода, необходимость использования сурфактантной терапии и дыхательной поддержки. При статистической обработке полученных данных рассчитывался критерий Манна – Уитни и Z-критерий.

Результаты

Во II группе (введение дексаметазона в дозе 24 мг внутривенно капельно) отмечалась наименьшая частота пневмонии (27,3%), внутрижелудочковых кровоизлияний (18,2%), а также не было ни одного летального исхода, хотя в других группах летальность составила от 10 до 18,2%. Также были выявлены статистически значимые различия между группами в частоте необходимости респираторной поддержки: I группа – 4,5%, II группа – 0, III группа – 40%, IV группа – 25%. Таким образом, менее всего нуждались в искусственной вентиляции легких новорожденные, у которых антенатально проводилась глюкокортикоидная профилактика «укороченными» схемами, при этом во II группе необходимости в искусственной дыхательной терапии не было.

Заключение

Данные, полученные в нашем исследовании, показали эффективность внутривенного «укороченного» режима антенатальной глюкокортикоидной профилактики в сроках беременности 24–34 недели по сравнению с общепринятыми схемами.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА СОСТОЯНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ

**Буштырев В.А., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Бордаева О.Ю.,
Афанасьева Г.В., Баранов А.П.**

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГБУ РО «Перинатальный центр», РостГМУ, кафедра акушерства и гинекологии №4.

Актуальность

Возникновению различной акушерской патологии способствует гиперкоагуляция на фоне мутаций таких генов, как FV, протромбин, метилентетрагидрофолатредуктаза.

Цель

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи носительства полиморфизмов материнских генов, ассоциированных с акушерскими осложнениями, с состоянием недоношенных детей при рождении.



Материалы и методы

В Ростовском Перинатальном центре проанализировано 16 случаев преждевременных родов у женщин, которым во время беременности исследовали полиморфизмы 4 генов фолатного цикла (MTHFR, C677T и A1298C; MTR, A2756G; MTRR, A66G), 8 генов системы гемостаза (F II, G20210A; F V, G1691A [мутация Лейдена]; F VII, G10976A; F XIII, G>T; FGB, G455A; ITGA2, C807T; ITGB3, T1565C; PAI-1, 5G/4G -675), 9 генов факторов сосудистой регуляции (ADD1, G1378T; AGT, T704C и C521T; AGTR1, A1166C; AGTR2, G1675A; CYP11B2, C-344T; GNB3, C825T; NOS3, T-786C и G894T). Были отобраны 23 недоношенных новорожденных (в том числе 3 из двойни и 2 из тройни), которые были разделены на две группы: в I (n=13) вошли дети с оценкой по шкале Апгар при рождении ≥ 7 баллов, во II (n=10) – с оценкой < 7 баллов. Оценивалась роль каждого полиморфизма в качестве фактора, влияющего на состояние новорожденного.

Результаты

Метод деревьев решений позволил выявить полиморфизмы генов, клинически значимые для состояния новорожденного на первых минутах жизни: PAI-1, ITGA2, F13, AGTR1 (A1166C). При наличии у матери нормальной гомозиготы гена PAI-1 в 100% случаях рождались дети с оценкой по шкале Апгар ≥ 7 баллов. Носительство полиморфизма гена PAI-1 в гетеро- или гомозиготном состоянии в сочетании с мутацией гена ITGA2 и при отсутствии мутации в гене F13, в 62,5% случаев дало рождение детей с оценкой по шкале Апгар < 7 баллов. Если имелось носительство полиморфизма гена PAI-1 в гетеро- или гомозиготном состоянии в сочетании с мутациями генов ITGA2 и F13, то при рождении в 100% случаях оценка по шкале Апгар была < 7 баллов. Наличие гетеро- или гомозиготной мутации в гене AGTR1 имела корреляцию с рождением детей с оценкой по шкале Апгар ≥ 7 баллов в 75% случаев. При сопоставлении различных вариантов полиморфных аллелей генов фолатного цикла клинически значимых для состояния новорожденного на первых минутах жизни комбинаций нами выявлено не было.

Заключение

Следствием мутации PAI-1 (вариант 4G) является повышение уровня продукции ингибитора активатора плазминогена-1, что приводит к подавлению фибринолиза, гиперкоагуляции и последующему тромбозу. Наименее благоприятным в нашем исследовании оказалось сочетание мутаций гена PAI-1 с мутациями гена α -2-интегрина, ITGA2 (при наличии которых увеличивается скорость адгезии тромбоцитов), и мутациями гена фибриназы, F13 (снижающих риск тромбоза и увеличивающих риск геморрагических осложнений). Вероятно, указанное сочетание мутантных генов в наибольшей степени оказывает влияние на формирование плаценты и адаптационного резерва недоношенного плода.

Также известно, что ангиотензин II является одним из самых мощных вазоконстрикторов и действует через рецепторы 1-го и 2-го типов. Рецепторы 1-го типа в большей степени отвечают за реакцию сердечно-сосудистой системы на действие ангиотензина II. Таким образом, при возникновении мутации в гене AGTR1 (рецептор 1-го типа) в определенной мере нивелируются эффекты ангиотензина II, что в свою очередь, способствует снижению сосудистого тонуса и, веро-



ятно, влияет на формирование и функционирование плаценты, повышая адаптационные резервы недоношенного новорожденного.

ЗНАЧЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ

Ваганова Я.А., Суслова Г.А., Гайдуков С.Н.

СПбГБУЗ ГП 99

Актуальность

Дорсопатии представляют собой болевые синдромы в области туловища невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника. Как известно почти половина женщин испытывают боли в пояснице в течение беременности. Причем у 25% беременных женщин боли в спине приводят к серьезным проблемам со здоровьем, при этом многие утрачивают трудоспособность уже в I–II триместрах. Обращает на себя внимание также тот факт, что у 8% наступает инвалидизация.

Цель

В связи с этим целью настоящего исследования является улучшение исходов течения беременностей и родов для плода и матери с дорсопатией при использовании методов мануальной терапии.

Материалы и методы

За период с октября 2015 года по март 2016 года было обследовано 16 беременных женщин с дорсопатиями, среди которых были выделены две группы. В первую группу вошли пациентки, которые проходили лечение у мануального терапевта, вторая группа – контрольная. Во второй группе три пациентки использовали дородовый бандаж с целью снижения болевого синдрома. Возраст беременных составил от 27 и до 36 лет. Из всех беременных, участвующих в исследовании, остеохондроз поясничного отдела позвоночника выявлен у 50%, идиопатические сколиозы у 31,25%, межпозвоночные грыжи позвоночника у 18,75%, грыжи Шморля у 6,25%, распротарненный остеохондроз позвоночника у 6,25%. Количество сеансов мануальной терапии в первой группе составило от 1 до 4. Так потребовался 1 сеанс в 12,5% случаев, 2 сеанса – 50%, 3 сеанса – 25% и 4 сеанса – у 12,5% беременных. Во время сеансов мануальной терапии применялись мягкотканые техники, тракционные методики, основное воздействие было направлено на пояснично-крестцовую область и грудной отдел позвоночника. Для оценки боли и оценки эффективности использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и опросник EuroQoL – 5D, опросник МакГилла, вопросник Освестри, медико – социальная характеристика беременных женщин, опросник F36. Проводились КТГ и доплерометрия на сроках 33–35 недель.



Результаты

В рамках проводимого исследования были получены предварительные результаты, которые подтверждают эффективность применения мануальной терапии у беременных женщин во втором и третьем триместре с целью не только снижения, но в большинстве случаев полного устранения болевого синдрома, вызванного дорсопатиями. Причем в первой группе, где проводилась мануальная терапия, отмечалось улучшение сразу после проведения первого сеанса. Это в свою очередь привело к улучшению качества жизни беременных женщин, снижению депрессий, снижению процента операций кесарева сечения, а также уменьшению количества выдаваемых больничных листов по данному заболеванию. 87,5% женщин были родоразрешены через естественные родовые пути. Все дети родились с оценкой по шкале Апгар более 7 баллов.

Заключение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости направления беременных женщин с дорсопатиями к мануальным терапевтам для проведения соответствующего лечения.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ К ВИТАМИНУ D В МИОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Васильева Э.Н., Гунин А.Г., Денисова Т.Г., Герасимова Л.И.

ФБГОУ ВПО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова»; ГАУ ДПО «ИУВ»

Актуальность

Доказано, что 1 млрд. человек во всем мире имеет дефицит витамина D или его недостаточность. В разнообразных тканях витамин D оказывает свое действие путем связывания с рецептором витамина D (VDR), стероидом ядерного рецептора и внутриклеточного фактора транскрипции. Материнский (децидуальной) и плацентарный (трофобластические) компоненты плаценты имеют рецепторы к витамину D. Развитие и формирование плаценты играет важную роль в благополучном течении беременности, и материнский дефицит витамина D может обусловить неблагоприятные исходы.

Цель

изучить экспрессию рецепторов к витамину D в миометрии у пациенток с физиологическим течением беременности и преэклампсией.

Материалы и методы

Объектом исследования служили кусочки миометрия размерами 1x0,5 см, полученные во время операции кесарева сечения от 26 женщин со сроком беременности 38–39 недель, 12 пациенток с физиологическим течением беременности, 14 пациенток с умеренной преэклампсией.



Кусочки миометрии фиксировали погружением в 10% забуференный раствор формалина (рН 7,2–7,4) в течение 24 часов. Затем промывали в проточной воде, обезживали в спиртах и заливали в парафин, при помощи микротомы изготавливали поперечные срезы толщиной 5–7 мкм, которые помещали на предметные стекла, предварительно смазанные раствором полилизина, затем подсушивались в термостате при температуре 370С в течение двух суток. Выявление рецепторов витамина D3 производили непрямым иммуногистохимическим методом. Срезы инкубировали в поликлональных кроличьих антителах против рецептора витамина D3 (GTX104615, GeneTex, Inc, США) в разведении 1:50 в TBS с добавлением 0,1% тритона X-100 в течение 12 часов при комнатной температуре. Выявление специфического связывания антител производили путем выявления пероксидазы с применением 3,3 – диаминобензидина (Sigma Chemical, США). Результатом данной процедуры было окрашивание продукта реакции в коричневый цвет. Достоверность отличий в интенсивности окрашивания структур миометрии на рецепторы витамина D3 определяли с помощью критерия хи-квадрат. Отличия $P < 0,05$ считали достоверными.

Результаты

Рецепторы витамина D3 нами были выявлены в виде коричневого окрашивания ядер гладкомышечных клеток миометрии с разной степенью интенсивности. В препаратах опытной группы (пациентки с преэклампсией) специфическое окрашивание ядер гладкомышечных клеток миометрии на рецепторы витамина D3 в 8 случаях из 14 выглядело светло-коричневым и расценено как слабое (57,14%). В 4 случаях окрашивание ядер миометрии на рецепторы витамина D3 было квалифицировано как среднее (28,57%). У 2-х пациенток окрашивание ядер миоцитов миометрии имело более интенсивный характер, и было квалифицировано как сильное (14,29%).

В срезах пациенток контрольной группы (беременные без преэклампсии) ядра гладкомышечных клеток миометрии после окраски на рецепторы витамина D3 в 2 случаях выглядели светло-коричневыми, а окрашивание было расценено как слабое (16,67%). У 6 пациенток окрашивание ядер миоцитов миометрии на рецепторы витамина D3 выглядело коричневым и квалифицировано как среднее (50,00%). В остальных 4 случаях окрашивание ядер миоцитов миометрии на рецепторы витамина D3 было расценено в качестве сильного (33,33%).

Заключение

при наличии преэклампсии наблюдается снижение экспрессии рецепторов витамина D3 в миоцитах миометрии. Сравнение результатов опытной и контрольной группы с помощью критерия хи-квадрат выявило высокую степень достоверности отличий (критерий хи-квадрат 70,12; $P < 0,001$).



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА НА ФОНЕ И БЕЗ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Горюнова А.Г., Симонова М.С., Мурашко А.В.

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность

В практической деятельности врача акушера-гинеколога оценка системы гемостаза важна для своевременного выявления развития акушерских осложнений и их медикаментозной коррекции. Нарушения в системе гемостаза с формированием тромбофилических состояний служат важнейшим патогенетическим фактором возможного развития преэклампсии на фоне артериальной гипертензии, а также обуславливают высокий риск внутриутробной задержки роста плода. Для диагностики нарушений системы гемостаза предлагают использовать тромбоэластографию с компьютерным анализом, которая позволяет оценить все звенья этой системы – плазменные, тромбоцитарный и систему фибринолиза.

Цель

Исследование гемостазиологических показателей у пациенток с гипертензивными состояниями во время беременности, синдроме задержки развития плода (СЗРП) и у женщин, находящихся на корригирующей антикоагулянтной терапии, по сравнению с таковыми у женщин с физиологически протекающей беременностью. Оценить эффективность антикоагулянтной терапии и адекватность подобранной дозировки.

Материалы и методы

Для комплексной оценки состояния гемодинамических показателей и их компенсаторных состояний при воздействии патологических факторов использовался тромбоэластограф Teg5000, с компьютерным анализом. На основе тромбоэластограммы определялись следующие расчетные показатели R, K, а, МА. Оценка гемодинамических показателей производилась сразу же после забора крови. В исследовании включили 195 беременных в III триместре гестации. Все пациентки были разделены на 2 группы (А и Б). В группы вошли пациентки в возрасте от 25 до 30 лет в сроке беременности от 37 до 40 недель. Группа А, в свою очередь, была разделена на 3 подгруппы: подгруппа А1 – в неё вошли 66 женщин с преэклампсией; подгруппа А2 – в неё вошли 42 женщины с установленным диагнозом СЗРП; подгруппа А3 – в неё вошли 20 женщин (с указанными осложнениями беременности), получавших антикоагулянтную терапию. Группа Б являлась контрольной, с физиологически протекающей беременностью, не имеющих отклонений в стандартных лабораторных тестах и сопоставимых по сроку гестации.



Результаты

По данным исследования в группе Б у 80% исследуемых наблюдалась нормальная гемодинамическая картина и только у 20%, отмечалось незначительное повышение R и K (R составляло 8 ± 1.43 , K составляло 2 ± 1.61). В подгруппе A1 и A2 отмечалось изменение гемодинамических показателей: повышение R, K, α и MA остались в пределах референтных значений, наблюдалось у 80% пациенток (R составило 10.50 ± 2.36 мин., K составило 4.00 ± 2.52 мин.) В подгруппе A3 у 70% беременных наблюдалась нормальная гемодинамическая картина и только у 30% наблюдалось повышение R, K и MA. Гемостазиологические показатели для всех групп: группа A1,2- R- 9.61 мин., K-5.07 мин., Angle deg 50.91 град., MA – 60 мм.; группа A3- R- 12.76 мин., K- 5.52 мин., Angle deg 54.26 град., MA- 72.26 мм.; группа Б- R- 9.43 мин., K-3.61 мин., Angle deg 57.54 град., MA-68.27 мм.

Заключение

Развитие ПЭ и СЗРП у беременных сопровождается изменениями в свертывающей системе крови, такими как увеличение времени реакции, увеличение времени образования сгустка, не характерными для нормального течения беременности. Антикоагулянтная терапия способствует нормализации гемостазиологических показателей у пациенток с осложненным течением беременности, приближая их к таковым при физиологическом течении беременности, а их выявление с помощью компьютерной тромбоэластографии позволяет использовать эту методику для коррекции терапии прямыми антикоагулянтами.

ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ ПРОДУКЦИИ ПЕРФОРИНА ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫМИ КЛЕТКАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ПУПОВИННОЙ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Дзоз Л.С., Кравцова Н.В., Курманова А.М., Базылбекова З.О.,
Тохтакулинова Г.К., Жиенбаев К.Р., Бекмухамбетов Е.Ж.

РГП

Актуальность

Среди предполагаемых иммунных механизмов, участвующих в патогенезе развития плацентарной недостаточности (ПН), практически не изученными остаются пороформирующие белки, в частности перфорин. Уровень экспрессии последнего в эффекторных лимфоцитах расценивают как маркер, характеризующий цитотоксическую активность клеток. Перфорин вызывает дестабилизацию мембран клеток-мишеней, способствует проникновению гранзимов (протеаз) и запуску процесса апоптоза.



Цель

Целью исследования явилось изучение внутриклеточной продукции перфорины иммунокомпетентными клетками периферической и пуповинной крови беременных с ПН.

Материалы и методы

Обследовано 60 женщин при сроке беременности 34–38 недель (основная группа – 30 беременных с ПН, контрольная группа – 30 женщин с физиологически протекающей беременностью).

Субпопуляционный состав лимфоцитов крови изучали методом прямой мембранной иммуофлюоресценции на проточном цитометре BD FACS Calibur: меченные фитц – CD3, CD4, CD8, CD16, CD56 и меченый фикоэритрином перфорин (BD Biosciences, США). Забор периферической и пуповинной крови осуществляли в стерильные пробирки с антикоагулянтом ЭДТА. Лимфоциты пуповинной крови выделяли из плодовой части пуповины. Идентификацию лимфоцитов проводили по общелейкоцитарному гейту CD45. Для оценки продукции клетками перфорины применяли метод пермеабиллизации. Достоверность различий оценивали по коэффициенту Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты

В результате исследований были получены следующие данные. У беременных с ПН в периферической крови в сравнении с контролем регистрировался достоверно повышенный уровень продукции перфорины клетками CD3+перфорин+, CD8+перфорин+, CD16+перфорин+, CD56+перфорин+ ($p < 0,05$). Исключение составили CD4+ лимфоциты, у которых внутриклеточная продукция перфорины при ПН была достоверно ниже, по сравнению с аналогичными данными, выявленными при физиологической беременности ($p < 0,05$).

В плодовой части пуповинной крови женщин с ПН внутриклеточная продукция перфорины достоверно превышала результаты контрольной группы среди зрелых Т- и натуральных киллерных клеток обеих фенотипов (CD3+перфорин+, CD16+перфорин+, CD56+перфорин+) ($p < 0,05$). Внутриклеточная продукция перфорины иммунорегуляторными CD4+, CD8+ лимфоцитами пуповинной крови была достоверно меньше аналогичных данных контроля ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, анализ результатов исследования позволил установить, что осложнение течения беременности ПН вызывает нарушения в иммунной системе женщин. В отличие от физиологически протекающей беременности при ПН формируется повышенная внутриклеточная продукция пороформирующего белка перфорины зрелыми Т-лимфоцитами CD3+, натуральными киллерными клетками CD16+, CD56+ фенотипов периферической и пуповинной, а также супрессорно/цитотоксическими CD8+ лимфоцитами периферической крови, которые осуществляют цитотоксический эффект клеток-мишеней, что лежит в основе развития функциональной патологии плаценты. Полученные результаты представляют значительный интерес и могут быть учтены при ведении беременных с ПН.



ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ У ЖЕНЩИН СО СРЕДИТЕЛЬНЫМИ РОДАМИ

Железова М.Е., Зефирова Т.П.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

Актуальность

В отечественном акушерстве средительные роды считают одной из форм проявления гипердинамической дисфункции матки, когда имеет место чрезмерно сильная родовая деятельность. Однако в настоящее время данная теория претерпевает существенные изменения.

Цель

Оценить характер родовой деятельности матки у женщин со средительным течением родового акта.

Материалы и методы

Оценка сократительной деятельности матки проводилась на основании клинического наблюдения, ведения партограммы, и наружной одноканальной гистерографии. Регистрация сократительной деятельности матки в I периоде родов была проведена 70 пациенткам со средительным течением родов и 41 роженице со стандартной продолжительностью родового акта. Сократительная деятельность матки оценивалась по следующим параметрам: интенсивность схватки (мм рт.ст.), частота схваток за 10 минут, длительность схватки (сек.), систола схватки (сек.), диастола схватки (сек.), маточный цикл (сек.), базальный тонус (мм рт.ст.), маточная активность (ЕМ), базальный тонус (мм рт.ст.), сократительная активность (АЕ).

Результаты

В основную группу вошли 70 женщин со средительными родами. Группу сравнения составила 41 пациентка без аномалий родовой деятельности. Характеристики сократительной деятельности матки у женщин основной группы подвергались стандартным изменениям и не имели достоверных отличий от параметров маточной активности женщин группы сравнения. Так, в латентную фазу родов диастола схватки преобладала над периодом сокращения, маточный цикл в среднем был равен $6,3 \pm 3,2$ минуты в основной группе, и $6,2 \pm 3,0$ мин. в группе сравнения ($p > 0,05$). Не отмечено достоверной разницы у женщин исследуемых групп в показателях базального тонуса $9,1 \pm 0,9$ мм рт.ст. и $8,8 \pm 1,1$ мм рт.ст. соответственно ($p > 0,05$) и маточной активности $78,5 \pm 1,5$ ЕМ в основной группе и $75,1 \pm 1,0$ в группе сравнения ($p > 0,05$).

Показатели сократительной деятельности матки в активную фазу родов у женщин обеих групп наблюдения, так же не имели достоверных отличий. Маточный цикл в основной группе и группе сравнения равнялся $3,1 \pm 1,9$ мин. и $3,3 \pm 1,1$ мин. соответственно ($p > 0,05$), базальный тонус – $11,2 \pm 0,7$ мм рт.ст. и $10,4 \pm 1,6$



мм рт.ст. ($p > 0,05$), маточная активность – $197,0 \pm 2,1$ ЕМ и $203,1 \pm 1,4$ ЕМ соответственно ($p > 0,05$).

Идентичными оказались характеристики сокращений матки и во втором периоде родов. Маточная активность в группе женщин со стремительными родами составляла – $299,4 \pm 1,3$ ЕМ, в группе сравнения – $294,8 \pm 0,9$ ЕМ ($p > 0,05$).

Заключение

Таким образом, анализ полученных нами клинических и инструментальных наблюдений установил отсутствие чрезмерно сильной родовой деятельности у женщин со стремительным течением родового акта. Данное исследование подтверждает ведущую роль ускоренной дилатации шейки матки как основного этиологического фактора стремительных родов.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

**Зайдиева Я.З., Логутова Л.С., Никольская И.Г., Прокопенко Е.И.,
Ветчинникова О.Н., Горенкова О.С., Кручинина Е.В., Микерова Н.В.,
Крупская М.С.**

ГБУЗ МО МОНИИАГ

Актуальность

ВОЗ определила остеопороз (ОП) как одно из десяти важнейших хронических заболеваний человечества. Проблемой становится развитие остеопенического синдрома во время беременности и после родов. Данные свидетельствуют о том, что снижение плотности костной ткани (ПКТ) в I триместре встречается у 10% – 27% беременных, но наиболее часто диагностируется в III триместре беременности. Остеопенический синдром во время беременности и после родов является серьезной проблемой. Причины изменений костной ткани у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП): прием глюкокортикоидов и антикоагулянтов, дефицит продукции почками витамина Д и др.

Цель

оценка состояния ПКТ у беременных пациенток с ХБП различных стадий.

Материалы и методы

61 беременная от 20 до 34 лет с ХБП I–V стадий обследована в разные сроки гестации. Исследование ПКТ проводилось на УЗ-денситометре "Sunlight Omnisense 7000" в дистальном отделе лучевой и средней 1/3 большеберцовой костей в сроках 10–12, 20–22, 32–36 недель гестации.



Результаты

В зависимости от стадии ХБП беременные были разделены на 3 группы: 1 гр. – 45 женщин (74%) с ХБП I–II ст., 2 гр. – 14 (23%) с III ст. ХБП, 3 гр. – 2 пациентки с ХБП IV–V ст. В 1 триместре в 1 случае – остеопения (Z -критерий $-1,9$), и в 1 – нормальная ПКТ ($Z = +0,4$), что составило 50% в данном триместре. Во 2 триместре было проведено 25 исследований, из них у 9 – остеопения ($Z = -1,7 \pm 0,85$), у 2 – остеопороз ($Z = -3,1 \pm 0,59$), что составило 44% из всех исследований в данном триместре. В 3 триместре у 16 – остеопения ($Z = -1,6 \pm 0,38$), у 2 – остеопороз ($Z = -2,9 \pm 0,72$), что составило 51,4% из всех исследований в данном триместре. Всего в 1 группе выявлен остеопенический синдром за все три триместра у 22 беременных (48,8%). Во 2 группе исследование ПКТ проведено у 10 беременных в 1–3 триместрах. В 1 триместре у 3 – остеопения ($Z = -1,8 \pm 0,75$), у 1 – остеопороз ($Z = -3,9 \pm 0,31$), что составило 66,7% в данном триместре. Во 2 триместре у 6 – остеопения ($Z = -2,2 \pm 0,63$), у 1 – остеопороз ($Z = -4,2$), что составило 77,8% в данном триместре. В 3 триместре у 4 – остеопения ($Z = -1,7 \pm 0,92$), у 1 – остеопороз ($Z = -4,0$), что составило 83,3% в данном триместре. Всего во 2 группе остеопенический синдром был выявлен у 64,3% беременных. Все беременные, 1–2 группы, с остеопеническим синдромом, получали препараты кальция в сроках с 10–12, 20–22, 30–32 нед. курсы по 7 недель (Кальций Д3 Никомед по 1 таб (500мг) x 2 раза в день, состав каждой таблетки – 1250 мг карбоната кальция и 250 МЕ холекальциферола). При УЗ-денситометрии в динамике в 1 группе у 33% выявлено замедление костных потерь во время беременности при дотации кальцием ($<1\%$ прирост ПКТ), у 67% – потери ПКТ от 1 к 3 тр. составили от 1,9% до 7,6%. Во 2 группе при динамическом УЗ-денситометрии у 40% пациенток – замедление костных потерь на фоне дотации препаратами кальция ($<1\%$ прирост ПКТ), у 60% выявлены потери ПКТ от 1 к 3 триместру от 1,8% до 4,6%. В 3 группе у 2 пациенток во 2 триместре выявлен остеопороз ($Z = -6,8 \pm 0,2$). У 1 беременной исследование проведено в 3 триместре, выявлен прогрессирующий остеопороз (100%), ($Z = -7,2 \pm 0,2$). Назначение препаратов кальция беременным 3 группы нецелесообразно, т.к. им проводятся программные гемодиализы, применение глюкокортикостероидов. За три триместра во всех группах остеопенический синдром был у 33 (54%) женщин.

Заключение

результаты УЗ-денситометрии ПКТ у беременных с ХБП показали, что с увеличением срока гестации снижение ПКТ выявлено у 60% женщин по сравнению со здоровыми, несмотря на дотацию кальцием в дозировке 1000 мг/сут., что требует пересмотра дозы препарата у беременных с ХБП.



МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АННЕКСИНА ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

**Зенкина З.В., Линде В.А., Друккер Н.А., Шкотова Е.О.,
Дурницына О.А., Григорянц А.А.**

РНИИАП

Актуальность

Одной из ведущих акушерских причин, приводящей к детской заболеваемости и смертности, являются преждевременные роды. Общеизвестна роль простагландинов в активации родовой деятельности. Поскольку аннексин один из белков, контролирующих активность фосфолипазы А2 (ФЛА2), представляется чрезвычайно актуальным выявление его метаболической роли при ранних преждевременных родах.

Цель

Установление метаболической взаимосвязи между кахектином, аннексином и активностью фосфолипазы А2.

Материалы и методы

Материалом для исследования служили околоплодные воды, полученные в первом периоде родов, в которых определяли содержание кахектина, аннексина (липокортин) и активность фосфолипазы А2 (ФЛА2) иммуноферментными методами, используя наборы фирмы «Bio Vender» (Чехия) на микропланшетном фотометре Sunrise («Tecan», Швейцария).

Результаты

В проспективное исследование были включены 92 женщины в возрасте 20–39 лет. Первую группу составили 45 рожениц с ранними преждевременными родами (28–33 нед.), контрольную – 47 женщин с физиологическим течением беременности и родов.

Полученные результаты свидетельствуют о достоверном повышении в 1,4 раза содержания кахектина и активности ФЛА2 – в 2 раза как и аннексина – в 2,1 раза в околоплодных водах у женщин с ранними преждевременными родами относительно показателей у женщин с физиологическим течением беременности и родов.

Анализируя полученные данные, следует отметить значение высокого уровня кахектина. Известно, что при ранних преждевременных родах (28–33 недели) в околоплодных водах имеет место увеличение Ca^{2+} в результате действия высокого содержания кахектина, контролирующего ионные каналы. Данный цитокин увеличивает поступление ионов кальция в клетки миометрия. При этом аннексин образует комплекс с фосфолипазой А2, блокируя ее активность, но фосфорилирование аннексина освобождает ФЛА2, повышая ее активность. Эти процессы



(повышение уровня внутриклеточных Ca^{2+} и фосфорилирование аннексина) играют ключевую роль в способности ФЛА2 связываться с кислыми фосфолипидами клеточных мембран.

Соотношение активности ФЛА2 и аннексина в околоплодных водах при ранних преждевременных родах не отличается от величин при физиологическом течении беременности и родов, в то время как аннексина и кахектина в случае ранних преждевременных родов был в 1,5 раза ниже такового при нормальных родах. Поэтому повышение уровня кахектина, способствующего увеличению внутриклеточного Ca^{2+} за счет изменения метаболизма фосфоинозитидов, повышает активность ФЛА2 – с одной стороны, с другой – значительный рост аннексина – увеличение связи ФЛА2 – аннексин, фосфорилирование которого освобождает ФЛА2, повышая её активность. Последнее приводит к выходу арахидоновой кислоты из клеточных мембран, обуславливая синтез простагландинов, обеспечивающих сократительную деятельность матки при ранних преждевременных родах.

Заключение

Выявленные метаболические особенности развития ранних преждевременных родов позволяют осуществлять новый подход для проведения лечебных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ГЕМОКОНЦЕНТРАЦИИ

Зефирова Т.П., Сабиров И.Х., Железова М.Е.

ГБДОУ ДПО КГМА

Актуальность

Оптимальный маточно-плацентарный кровоток достигается за счет снижения концентрационных показателей крови у женщины путем физиологической гемодилюции, наиболее выраженный во II триместре беременности. И если в этот период сохраняются концентрационные параметры, характерные для начала беременности, то формируются худшие условия для трансплацентарной перфузии, что является негативным фактором, влияющим на микроциркуляторный кровоток. Изменение характеристик микроциркуляции, в свою очередь, оказывает отрицательное влияние на кровообращение в системе мать-плацента, с развитием ФПН, реализующейся во внутриутробное страдание плода и ЗВРП. Изучение особенностей микроциркуляции крови у этих женщин может быть полезным как для оценки нарушений кровотока в мелких сосудах и межворсинчатом пространстве, так и для прогнозирования исходов гестации. Особого внимания заслуживает конъюнктивная биомикроскопия, позволяющая получать большой объем



информации о состоянии конечного кровотока в различных участках микроциркуляторной системы.

Цель

Изучить системные особенности микроциркуляции крови у женщин с гемоконцентрацией во II триместре беременности.

Материалы и методы

Оценен уровень гемоглобина в когорте из 280 беременных на сроках 16–24 недели. Средний уровень этого показателя равнялся 118,4 г/л ($\pm 95\%$ ДИ 116,7–120,0 г/л). За пределами одного стандартного отклонения (126,6 г/л) параметр оказался у 52 пациенток (18,5%), которые составили I группу. В группу сравнения вошли 50 женщин, с показателем гемоглобина 110–126,6 г/л (II группа). Биомикроскопия сосудов конъюнктивы регистрировалась при помощи цифрового фотоаппарата Canon 5D с использованием щелевой лампы ШЦЛ-2Б. Количественная оценка состояния микроциркуляции проводилась по системе критериев Л.Т. Малой (1977), с расчетом общего конъюнктивального индекса (ОКИ).

Результаты

Изучение особенностей микроциркуляторного кровотока показало, что в I группе женщин ОКИ составил 10,14 балла ($\pm 95\%$ ДИ 8,91–11,37). Высокий уровень ОКИ достигался за счет следующих патологических феноменов: периферической вазоконстрикции, сопровождающейся уменьшением количества функционирующих капилляров, внутрисосудистой агрегации эритроцитов в венулах и капиллярах, а также за счет многочисленных артериоло-венулярных анастомозы. Частыми были дегенеративные изменения сосудистой стенки, проявляющиеся преимущественно неравномерностью калибра сосудов и меандрической извилистостью. В группе сравнения ОКИ достигал всего лишь 0,75 балла ($\pm 95\%$ ДИ 0,46–1,04). Нарушения касались только изменения соотношений диаметров артериол и венул, а также образования сосудистых клубочков. Разница между группами носила значимый характер ($t = 11,85$, $p = 0.00$). Анализ исходов родов показал, что основное различие между группами заключалось в показателях средней массы у новорожденных. В I группе она составила 3057 г ($\pm 95\%$ ДИ 2927,9–3186,2 г), в группе сравнения – 3488 г ($\pm 95\%$ ДИ 3362,1–3614,6 г, $t=4,79$, $p = 0.00006$). Кроме того, 43% детей в I группе имели ЗВРП, что в 7 раз превосходило уровень II группы (6%).

Заключение

Женщины, не реализовавшие в достаточной мере физиологическую гемодилюцию во II триместре беременности, должны быть отнесены к группе риска по рождению детей с низкой массой тела. Возможной причиной этого феномена является нарушение текучих свойств крови в микроциркуляторном русле.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Иванцов Н.С., Стрельникова Н.П., Аладжева Н.А.

Женская консультация № 2

Актуальность

Врожденные аномалии и хромосомная патология составляет 11,2%, занимая второе место по причинам в структуре перинатальной смертности в Российской Федерации. (Фролова О.Г., Шувалова М.П., Гребенник Т.К., Долгушина Н.В., Акушерство и гинекология, 2012 г.). В свете современных демографической задачи страны, возникла актуальная необходимость адекватной, своевременной и расширенной диагностики врожденных аномалий плода, оптимизации алгоритма ведения женщин с данной патологией.

Цель

Цель – выявление чувствительности метода биохимического скрининга ВПР.

Материалы и методы

Изучены показатели женской консультации в период 9 мес. За этот период, взято на учет по беременности 1460 женщин (18% по городу Краснодару и 4% по Краснодарскому краю). Из них 1230 (84%) взято до 14 нед. беременности. Биохимический скрининг прошли 1167 (95%), а 293 (20%) не прошли, из них у 230 (15,7%), срок беременности превышал допустимый. В группу риска по показателям биохимического скрининга попало 17 человек (1,4%), им была показана пренатальная инвазивная диагностика. 13 (76%) беременным женщинам из группы риска была проведена пренатальная инвазивная диагностика (в основном кордоцентезы, у одной женщины был проведен плацентоцентез). Врожденные аномалии диагностировали у 4 (30,7%) беременных, в том числе 2 (15,4%) с хромосомной патологией (синдром Дауна). 4 (23,5%) – отказались от пренатальной диагностики, при этом одна (5,8%) из них родила ребенка с курабельным пороком развития, и 3 (17,6%) родили здоровых детей. У остальных 1150 (98,5%) беременных результаты биохимического скрининга были в норме, но у 14 (1,2%) женщин дети родились с ВПР.

Изучая чувствительность метода биохимического скрининга, выделено 3 варианта исходов диагностики ВПР. Данная группа исследования составила 31 беременных: число женщин с подтвержденным ВПР плода и женщины с отклонением скрининга, но отсутствием ВПР. Мы выделили несколько вариантов результативности биохимического скрининга. Первый вариант: отклонение от нормальных показателей биохимического скрининга подтвержденное ВПР (назовем его эффективным) произошел у 5 женщин (16%). Второй вариант: отклонение от нормальных показателей скрининга при отсутствии ВПР (благополучный) – 12 (39%). Всего женщин с ВПР за исследуемый период 19, у 14 из них не было отклонений скрининга. Третий вариант исхода (неэффективная диагностика) составил 14 женщин (45%). Эффективный результат биохимического скри-



нинга наблюдался, в основном, при ВПР в сочетании с хромосомной патологией (снижение РАРРА-белка и повышение ХГЧ).

Результаты

Таким образом, в исследуемой группе женщин выявляемость хромосомной патологии была 100%. Эффективной у 16%, благополучной в 39% женщин. А вот неэффективным биохимический скрининг оказался у 45% женщин. У данных беременных ВПР выявлялся другими методами диагностики: УЗИ, пренатальной инвазивной диагностики (по причине анамнеза, возраста или результатов УЗИ).

Заключение

Биохимический скрининг – это хороший метод, значительно увеличивающий группу пациентов, подлежащую дополнительному обследованию по поводу ВПР, тем самым способствующий верификации диагноза ВПР. Но процент (45%) неэффективного исхода диагностики методом биохимического скрининга подтверждает, что нормальные значения скрининга не освобождают от дальнейшей диагностики ВПР. Один метод диагностики не заменяет, и, конечно, не исключает другие последующие методы, каждый из них несет свою собственную диагностическую ценность.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА

Ихтиярова Г.А., Хасанов Х.Ш., Асланова М.Ж.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Актуальность

Проблема синдрома потери плода чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспекте, так как доля данной патологии в структуре причин репродуктивных потерь довольно высока: 10–20 %.

Цель

Изучение гормонального гомеостаза при синдроме потери плода в формировании патологической инертности матки у женщин с внутриутробной гибелью плода и его взаимосвязи со стероидными гормонами. Кроме того, был проведен анализ состояния системы гемостаза и иммунного статуса.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 103 женщины с антенатальной гибелью плода (основная группа) при сроках беременности от 17 до 32 нед, в возрасте от 19 до 36 лет. С учетом длительности пребывания погибшего плода в полости матки в основной группе обследованных женщин выделены 2 подгруппы: 1-ю подгруппу составили 62 (60,6%) беременные с задержкой погибшего плода в матке



до 1 нед, 2-ю подгруппу – с задержкой погибшего плода более 2 нед – 41 (39,4%) беременная. Контрольную группу составили 38 пациенток с физиологическим течением беременности, а группу сравнения – 42 женщины с клинической картиной самопроизвольного прерывания беременности. Уровень содержания пролактина ПР, эстрадиола (Э), дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС) в сыворотке крови у беременных определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов. Для определения содержания в крови прогестерона (П), кортизола (К) также использовались коммерческие наборы. Изучение системы гемостаза проводили по общепринятым методикам.

Результаты

Результаты проведенного гормонального исследования в группах обследуемых женщин показали, что во второй половине физиологически протекающей беременности происходит прогрессирующее увеличение сывороточной концентрации ПР, достоверно коррелирующее с гестационным сроком ($r=0,585$; $p 0,05$), у пациенток 2-й подгруппы достоверна

Заключение

Таким образом, повышенный уровень ПР в материнской крови при физиологическом течении беременности и несостоявшемся выкидыше (в основном, с задержкой в матке погибшего плода до 2 нед) играет, по-видимому, определенную роль в формировании миометриальной рефрактерности, а снижение его концентрации при самопроизвольном прерывании беременности является одним из пусковых моментов активации сократительной деятельности матки, в связи с этим у женщин с синдромом потери плода более 2 недель необходимо начать прерывание беременности антипрогестинами мифепристон 200 мг, с последующим простагландином по схеме до изгнание плода с целью усиление сократительной способности матки где не требует инструментального выскабливания в различных сроках гестации.

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Карахалис Л.Ю., Стебло Е.И.

Перинатальный центр г. Новороссийска

Актуальность

Невынашивание весьма распространенная патология, частота которого составляет 10–25 %. Бесплодный брака в России составляет 15–17 %, а показатель 15% по данным ВОЗ является критическим. Невынашивание, в том числе



и у бесплодных пар, составляет 15–40 %. Последние годы увеличивается частота повышенного веса и ожирения у пациенток с невынашиванием

Цель

Изучить влияние репродуктивного здоровья и массы тела на частоту прерывания беременности и сроки ее прерывания.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 483 историй болезни пациенток, проходивших лечение по поводу несостоявшейся беременности в Перинатальном центре г. Новороссийска за 2012 год. Все пациентки были распределены на группы в зависимости от ИМТ.

Результаты

Пациенток с нормальной массой тела и ее дефицитом (ИМТ 18,5–24,9 кг/м² и 16,0–18,4 кг/м²) было 316 (63,83%). У них чаще прерывалась беременность в 5 недель (80 пациенток – 25,3%) и в 6 недель (121 пациентка – 38,29%). В сроке 9–12 недель беременность прерывалась у 19,9% (63 пациентки). В сроке 13–18 недель неблагоприятный исход был у 6,32% (20 пациенток). В 19–22 недели прерывание беременности было у 1,58% (5 пациенток). В 27–28 недель беременность прерывалась у 0,94% (3 пациентки). В сроке 29–32 недели у 7 (2,21%). А в сроке беременности 33–34 недели у 3 пациенток (0,94%).

Пациенток с повышенной массой тела (ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²) было 112 (23,12%). Среди них в сроке 5 недель беременность прерывалась у 24 (21,4%); в сроке 6 недель – у 45 (40,1%); в сроке 9–12 недель – у 18 (16,07%); в 13–18 недель у 4 пациенток (3,57%); в 19–22 недели у 2 (1,78%). Ранние преждевременные роды в 23–26 недель беременности были у 2 (1,78%); в 27–28 недель у 1 пациентки (0,89%). Преждевременные роды в сроке 29–32 недели у 6 (5,35%); в 33–34 недели у 5 (4,46%). Роды в сроке 34–37 недель беременности были у 2 (1,78%).

У 38 пациенток (7,91%) с ожирением I степени (ИМТ 30–34,9 кг/м²), в сроке 5 недель беременность прерывалась у 6 (15,78%); в 8 недель у 10 (26,3%); в 13–18 недель у 2 (5,26%); в 19–22 недели беременность прерывалась у 2 (5,26%); в сроках 29–32 недели, 33–34 недели, 34 и более беременность также прерывалась у 2 женщин в каждой категории, что составило по 2,56%. С ожирением II степени (ИМТ 35,0–39,9 кг/м²) было 13 пациенток (2,29%). Беременность прерывалась в 5 недель у 4 (30,7%); в 8 у 3 (23,07%); как и в сроке 9–12 недель у 3 (23,07%). По 1 случаю (7,69%) прерывания зафиксировано в сроки 13–18, 19–22 и 29–32 недели. Пациенток с ожирением III степени (ИМТ больше 40 кг/м²) было всего четверо (0,86%). А прерывалась беременность в ранние сроки: 5 недель 1 пациентка (25%), в 6–8 недель 2 (50%), в 9–12 недель у 1 (25%).

Заключение

У беременных с нормальным ИМТ в первом триместре беременность прерывалась у 83,5%. Чаще (63,6%) прерывание происходило в 5–6 недель беременности. При повышенной массе тела невынашивание составило 77,6%, при этом в 5-6 недель беременность прерывалась у 61,5%. А при ожирении I степени невы-



нашивание было у 42,1%, а прерывание в 5 недель составило всего 15,78%; при ожирении II степени – у 76,8% (в 5 недель у 30,7%) и при ожирении III степени у 100% (в 5 недель у 25%). Повышенная масса тела и ожирение приводят к невынашиванию, что связано с проблемами гормональных нарушений, но и состоянием про- и противовоспалительных систем, сложных взаимодействий гемостаза на фоне повышенной массы тела и ожирения. Частота прерывания беременности у пациенток с повышенной массой тела и ожирением составила 44,0%, что подтверждает необходимость изучения вопроса причинно-следственных связей невынашивания с повышенной массой тела и ожирением.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРЬЯ. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Коваленко М.А., Кравченко Е.Н.

ГБУЗ ЯНАО ЛГБ

Актуальность

В последние годы распространенность заболеваний щитовидной железы у беременных женщин растет, что несомненно, определяет состояние физического и психического здоровья подрастающего поколения.

Цель

Выявление распространенности патологии щитовидной железы у беременных, проживающих в условиях Заполярья (Ямало-Ненецкий Автономный Округ, г. Лабытнанги), провести анализ осложнений, возникших во время беременности и оценка исходов беременности.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование функции щитовидной железы у 161 женщины, вставшей на учет в женской консультации города Лабытнанги (Ямало-Ненецкий автономный округ).

Результаты

Первобеременные составили 36,4% – 60 беременных, повторнбеременные 63,6% (102). Длительность пребывания на Крайнем Севере составила в среднем $19,2 \pm 9,4$ года, минимум 1 год, максимум 38 лет. Запланированная беременность была у 84 пациенток (52%), незапланированная у 77 (48%). Из пациенток с запла-



нированной беременностью прегравидарная подготовка в виде назначения фолиевой кислоты и йода проведена лишь у 13 пациенток, что составило 15,5% от количества женщин с запланированной беременностью и 8% от общего количества обследуемых. При расчете корреляции r нет зависимости между уровнем тиреотропного гормона и длительностью пребывания на Крайнем Севере. $r = -0.04$. Все беременные, до 12 нед. осмотрены эндокринологом, при этом эндокринной патологии не выявлено у 105 беременных, это составило 65%, у 37 женщин диагностирован субклинический гипотиреоз, что составило 22,9%. Распространенность субклинического гипотиреоза в популяции у беременных составляет 2–3%. Таким образом имеет место увеличение частоты встречаемости субклинического гипотиреоза среди беременных примерно в 10 раз. Мы связали этот факт с выраженным недостатком алиментарного йода. С этим же фактом связано и наличие узловых и не узловых зоба у 15 пациенток, что составило 9,3%. Аутоиммунный тиреоидит был зарегистрирован у 15 пациенток, что составило также 9,3%. Из 161 беременной беременность закончилась родами у 155. У 5, что, составило 3% от обследуемых беременных беременность замерла в сроке до 12 нед. Из 6 женщин, у которых беременность прервалась до срока субклинический гипотиреоз был зарегистрирован в 83% случаев. У 17% отмечался эндемический зоб. Безусловно малое количество наблюдаемых исследований не позволяет нам судить о каких бы то ни было закономерностях, но данный факт имеет место быть. У 155 беременных, у которых роды закончились в срок осложненное течение беременности имело место у 70 из 154 обследованных женщин, что составило 45%. При этом у женщин с заболеваниями щитовидной железы из 48 женщин, осложнения беременности встречались у 26, что составило 54,1%. Из осложнений беременности у женщин с заболеваниями щитовидной железы наиболее часто встречались: анемия, осложняющая беременность – 32 женщины (66,6%), угроза прерывания беременности – 22 (45,8%), фетоплацентарная недостаточность – 16 (33,3%), гипертензионные расстройства во время беременности – 11 (22,9%), отеки беременных – 9 (18,7%), преэклампсия у 3 (6,2%).

Заключение

Учитывая распространенность патологии щитовидной железы в Ямало-Ненецком автономном округе, целесообразно проведение детального исследования функции щитовидной железы всем беременным женщинам, проживающим в условиях Крайнего Севера, проведение адекватной коррекции выявленных нарушений.



БОЛЕУТОЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ СО ШВАМИ НА ПРОМЕЖНОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кубицкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С.

ФГБУ НЦ АГиП им. Кулакова

Актуальность

Принимая во внимание важную роль стимуляции репаративных процессов после травм промежности после родов, представляет интерес изучить локальное влияние лазеротерапии (ЛТ) в комплексном лечении у родильниц. Актуальность проблемы определяется и требованием страховой медицины, которое ориентировано на минимальное количество дней послеродовой госпитализации.

Цель

Оценить клиническую эффективность использования локальной лазеротерапии у пациенток со швами на промежности в раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы

Было проведено обследование и лечение 32 родильниц в возрасте от 23 до 38 лет со швами на промежности после родов. Все пациентки в послеродовом периоде получили стандартную антибиотикопрофилактику. Методом рандомизации все пациентки рандомизированы в 2 группы, по 16 человек в каждой. В лечебную программу пациенток I группы включили ЛТ на область швов промежности в интенсивном (2 раза) режиме воздействия, общим курсом 6 процедур. II группа родильниц указанных воздействий не получали. Критериями объективизации эффективности лечения служили общее состояние родильницы и алгоритм в области послеоперационной раны, проведенная на основании медико-психологического тестирования по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения.

Результаты

Все обследуемые предъявляли жалобы на боли в области послеоперационных швов на промежности. ЛТ никаких негативных реакций у больных не вызывала. Общее состояние у всех обследуемых было удовлетворительным. Все женщины выписаны из стационара на 3–4 сут после родов с первичным заживлением швов на промежности.

Показатели ВАШ в 1 сут после родов в обеих сравниваемых группах были статистически однородны ($p > 0,05$) и составили $2,6 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,1$ балла соответственно. На 2 сут лечения у пациенток II группы уровень интенсивности боли по ВАШ составил $1,8 \pm 0,1$ баллов при коэффициенте обезболивающего действия (КОД) – $0,31 \pm 0,02$, а у больных I группы с ЛТ – $0,8 \pm 0,2$ баллов с КОД – $0,73 \pm 0,02$, что в 1-м случае соответствовало минимальному болеутоляющему эффекту, а во 2-м – выраженному. На 3 сут лечения у пациенток II группы уровень интенсив-



ности боли составил $1,0 \pm 0,04$ баллов с КОД, равном $0,62 \pm 0,01$, что соответствовало болеутолению средней выраженности. И только на 4 сут лечения у пациенток II группы без ЛТ уровень интенсивности боли составил $0,7 \pm 0,03$ баллов с КОД, равном $0,073 \pm 0,01$, что соответствовало болеутолению средней выраженности в 1-м случае и выраженному – во 2-м.

Полученные результаты позволяют заключить, что лазерное воздействие обеспечивает полное болеутоление в области послеоперационной раны на 2 сут раньше, чем при традиционной антибиотикопрофилактике. Такой эффект у пациенток I группы связан с локальным интенсивным действием ЛТ, обеспечивающей более быстрое восстановление травмированных тканей, что препятствует формированию хронического болевого симптома и является обоснованным фактором лечения.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о целесообразности проведения комплекса профилактических мер, включающих ЛТ с локальным действием в области послеоперационных швов у рожениц.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ В МОДИФИКАЦИИ ПРОДУКЦИИ АМИНОКИСЛОТ И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

**Кудаев А.Е., Крукиер И.И.¹, Ходарева Н.К., Барсукова Л.П.,
Дегтярева А.С.¹, Круглова С.В., Никашина А.А.¹, Дурницына О.А.¹**

Медицинский центр инновационных технологий «Артемид»

¹ Отдел медико-биологических проблем ФГБУ «НИИ акушерства и педиатрии»
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Актуальность

В настоящее время большой интерес исследователей в медицине и биологии вызывает вопрос применения и разработки информационных препаратов (ИП) для коррекции различных нарушений гомеостаза организма человека. Восстановление показателей сыворотки крови до нормальных значений может проходить с помощью таких ИП. Информационные препараты являются системными адаптантами и могут положительно влиять на организм человека. Известно, что аминокислоты крайне необходимы организму, так как способствуют работе иммунной системы, принимают участие в различных биологических процессах, позволяют «сохранить молодость». Так, аргинин обуславливает синтез гормонов, благодаря чему организм восстанавливается не только внутри, но и сохраняет хороший внешний вид. С помощью аминокислот возможно нарастить мышечную



массу (пролин), последний входит в состав практически всех белков, особенно богат им коллаген.

Цель

Цель работы: изучить влияния ИП на продукцию аминокислот и нитропроизводных NO.

Материалы и методы

Для исследования была использована сыворотка крови 24 пациентов с гестационным сахарным диабетом. Каждая сыворотка, полученная от указанных пациентов, была разделена на 2 части (контрольная группа А и экспериментальная группа В). Сыворотка крови контрольной группы прямому воздействию не подвергалась. Сыворотка крови группы В (прямое воздействие) была обработана ИП – электронной копией микроэлементов – с применением специального прибора для хранения и использования электромагнитных копий препаратов (аппаратура фирмы «Имедис») по авторской методике (Кудаев А.Е. и соав., 2009).

Концентрацию пероксинитрита и нитропроизводных (NO-глутатиона, NO-тирозина) в сыворотке крови человека определяли спектрофотометрически с использованием молярных коэффициентов экстинкции. Содержание свободных аминокислот (пролин, цитруллин, аргинин, глутаминовая кислота) определяли методом капиллярного зонного электрофореза с помощью прибора «Капель-105».

Результаты

Получены следующие результаты исследования. В контрольной группе уровень показателей свободнорадикальных процессов был достаточно высок. В экспериментальной группе уровень пероксинитрита и уровень NO-глутатиона снижались соответственно на 28% и 36% относительно контрольных величин, уровень же NO-тирозина практически не изменялся. Выявленные изменения уровня пероксинитрита, NO-глутатиона у данных пациентов, вероятно, могут быть связаны с включением компенсаторных механизмов, направленных на снижение цитотоксического действия пероксинитрита, улучшение реологических свойств крови, нормализацию артериального давления.

Содержание всех аминокислот в контрольной группе было снижено. Уровень аргинина и глутаминовой кислоты в сыворотке крови пациентов экспериментальной группы увеличивался на 68% и 48%, соответственно, а уровень пролина оставался сниженным на 26%. При прямом воздействии ИП на сыворотку крови значительных изменений в продукции цитруллина отмечено не было.

Заключение

Таким образом, показано возможное благоприятное влияние ИП на изученные показатели сыворотки крови указанных пациентов.



ЗАВИСИМОСТЬ ТКАНЕВОГО ГАЗООБМЕНА ОТ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С АНЕМИЕЙ

Лысенко Л.В., Салов И.А.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», г. Саратов, Россия

Актуальность

Важнейшей функцией гемоглобина (Hb) является обеспечение соответствия между потребностью тканей в кислороде и его доставкой. Адекватным критерием оценки перфузионно-метаболических отношений является оценка микроциркуляции и тканевой оксигенации.

Цель

Оценить уровень перфузионно-метаболических отношений (тканевого газообмена) при анемии различной степени тяжести у беременных и рожениц.

Материалы и методы

Обследовано 119 пациенток с доношенным сроком беременности до и во время родов. Для детального анализа зависимости уровня тканевого газообмена от уровня Hb сформированы следующие группы. 1-я – с уровнем Hb более 109 г/л (беременные без анемии) (n=47); 2-я – 95-99 г/л (n=50); 3-я – 85-94 г/л (n=15); 4-я – 75-84 г/л (n=5); 5-я – менее 75 г/л (n=2). Регистрировался и рассчитывался показатель микроциркуляции (ПМ), транспорт кислорода в микроциркуляторном русле и его потребление тканью оценивалось комплексной характеристикой – эффективностью кислородного обмена (ЭКО). Изучался флуоресцентный показатель потребления кислорода (ФПК), для чего оценивалась интенсивность излучения флуоресценции различных ферментов окислительного метаболизма: восстановленного кофермента никотинамидадениндинуклеотида (НАДН) и окисленных флавопротеидов (ФД).

Результаты

Проведенное исследование показало, что до начала родов уровень микроциркуляции при легкой степени анемии (2 группа) был достоверно выше, чем в группе контроля (1 группа). Превышение показателя ПМ (на 7,2%) объясняется значимым увеличением средней скорости движения эритроцитов при снижении их количества в объеме крови. В 3 группе ПМ достоверно не отличался от показателей 1 группы, что обусловлено еще большим снижением количества эритроцитов, проходящих через исследуемый объем ткани. Усугубление анемии привело к достоверному снижению ПМ. В 5 группе ПМ отличался от аналогичного группы контроля в 1,85 раза. Снижение уровня Hb менее 95 г/л привело к увеличению утилизации тканей кислорода, что повлияло на улучшение показателя ЭКО. При этом аэробное окисление в клетке происходило до снижения уровня Hb не менее 85 г/л. Только при снижении Hb менее 75 г/л ЭКО становится ниже показателей контрольной группы в 1,83 раза. Несмотря на высокую утилизацию клетками



кислорода, окисление в клетках приобрело преимущественно анаэробный характер. За счет снижения амплитуды НАДН и увеличения ФД, показатель ФПН стал меньше единицы и отличался от показателей контрольной группы в 1,34 раза. Исследования во время родов показали, что при утяжелении степени анемии ПМ снижается при уровне Hb менее 85 г/л. Показатель утилизации тканями кислорода в родах напротив значимо возрастал. Тенденция изменения показателя ФПК была аналогична динамике показателя ПМ. Достоверными различия стали при Hb ниже 85 г/л. В 5 подгруппе во время родов ЭКО снизился в 1,87 раза. Таким образом, степень корреляции уровня Hb и эффективности кислородного обмена была ниже средней и более выраженной на этапе родов.

Заключение

Проведенное исследование показало, что для эффективного кислородного обмена на уровне тканей и клетки оптимальным уровнем Hb является диапазон его значений от 109 до 85 г/л. Дальнейшее снижение Hb приводит к клеточной гипоксии и прогрессированию анаэробного окисления. Уровень Hb более 120 г/л также ухудшает эффективность кислородного обмена, что, прежде всего, связано с нарушениями тканевой перфузии, т.е. тканевая гипоксия носит ишемический характер.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Малышкина А.И., Назарова А.О., Жолобов Ю.Н.

ФГБУ

Актуальность

Роды до 37 недель беременности являются ведущей причиной неонатальной смертности и второй по частоте причиной смерти детей в течение первых 5 лет жизни. Эффективное прогнозирование ПР является актуальной задачей, так как позволяет на основании выявления факторов риска у беременных обеспечивать эффективную регионализацию перинатальной помощи.

Цель

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение медико-социальных факторов, приводящих к возникновению и развитию угрожающих ПР в центральном федеральном округе Российской Федерации (на примере Ивановской области).

Материалы и методы

Была обследована 191 беременная женщина в сроках гестации 22–36 недель. Из них 74 женщины с физиологически протекающей беременностью и своевременными родами и 117 женщин с клиническими признаками угрожающих ПР.



Диагноз «угрожающие преждевременные роды», классифицируемый по МКБ Х О47.0, устанавливался при наличии абдоминального болевого синдрома и структурных изменений шейки матки (размягчение и укорочение менее 2 см).

Математические методы обработки полученных данных включали статистический анализ с использованием программы Statistica 10.0, методы клинической эпидемиологии (расчет отношения шансов (Odds Ratio, OR) и его доверительного интервала при 95%-ном уровне значимости с использованием системы OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, . www.OpenEpi.com).

Результаты

На основании результатов проведенного исследования установлены следующие факторы риска угрожающих преждевременных родов:

1. Признаки угрозы прерывания беременности во 2 триместре	10,9 [3,74-32,0]
2. Среднее образование	8,63 [3,23-23,0]
3. Курение во время беременности	7,45 [2,18-25,5]
4. Бессимптомная бактериурия при беременности	7,10 [2,07-24,4]
5. Выявление Ig G к ЦМВ при беременности	6,88 [2,32-20,4]
6. УЗ-признаки ФПН	5,04 [1,55-16,4]
7. Незарегистрированный брак	3,94 [1,44-10,8]
8. Маловодие	3,75 [1,05-13,4]
9. Низкая плацентация во 2 триместре беременности	3,73 [1,01-13,8]
10. Повторная беременность	3,44 [1,87-6,32]
11. ОРЗ в 3 триместре беременности	3,44 [1,06-11,2]
12. Курение до беременности	3,09 [1,47-6,51]
13. Кольпит при беременности	3,04 [1,50-6,15]
14. ОРЗ более 4 раз в год в детском возрасте	2,90 [1,50-5,63]
15. УЗ-признаки внутриутробного инфицирования при беременности	2,76 [1,30-5,82]
16. Гипертонус матки при II УЗ скрининге	2,61 [1,02-6,69]
17. Среднемесячный доход на 1 члена семьи равен	
18. или ниже прожиточного минимума	2,60 [1,11-6,06]

Не выявлена значимость большого числа факторов, которые определялись в нашем исследовании, на основании данных литературы: некоторые параметры акушерско-гинекологического анамнеза, индекс массы тела, характер питания, медицинская активность и информированность, образ жизни, вредные профессиональные воздействия и др.

Заключение

Таким образом, нами установлено, что наиболее значимыми факторами риска возникновения угрожающих преждевременных родов являются: общее образование женщины не выше среднего, признаки угрозы прерывания данной беременности во 2 триместре, курение во время беременности, бессимптомная бактериурия и выявленные Ig G к ЦМВ при беременности. Женщинам, имеющим



вышеперечисленные неблагоприятные факторы, необходимо проводить прегра-
видарную подготовку, а также мероприятия, направленные на элиминацию
управляемых факторов риска во время беременности, с целью снижения вероят-
ности возникновения угрожающих преждевременных родов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ КОРОТКОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Марат А.М., Укыбасова Т.М., Бекенбаева Ж.К.

Национальный научный центр материнства и детства

Актуальность

По данным ВОЗ, ежегодно в мире 15 миллионов детей рождаются преждев-
ременно. В Республике Казахстан частота преждевременных родов за последние
5 лет остается в пределах – 6,4%.

Цель

Оценить эффективность методов предотвращения преждевременных родов
при короткой шейке матки.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ 48 случаев беременных с короткой шейкой
матки. Критерием включения в исследование были: наличие в анамнезе 2 и более
самопроизвольных аборт, одного и более преждевременных родов, предшеству-
ющих данной беременности. Исключены тяжелые экстрагенитальные заболевания.
В зависимости от метода коррекции были сформированы группы: I – 18 пациен-
ток, с применением акушерского пессария Arabin, II – 30 пациенток, с примене-
нием хирургического метода коррекции короткой шейки матки. Возраст беремен-
ных колебался от 20 до 38 лет. Из 48 беременных 42 (87,5%) имели в анамнезе:
2 и более самопроизвольных выкидыша 28 (66,7%), предшествующие преждев-
ременные роды – 11 (26,1%). 9 (18,8%) были первобеременными, 39 (81,2%) –
повторнобеременные. Соматически анамнез отягощен у 41 (85,4%) беременной:
заболевания мочевыводящих путей – 11 (26,9%); сердечно-сосудистой системы –
8 (19,5%); щитовидной железы – 8 (19,5%); желудочно-кишечного тракта – 5
(12,1%); хроническая железодефицитная анемия – 5 (12,1%); другие заболева-
ния – у 4 (9,9%).

Социальное положение беременных: замужние, планировавшие беремен-
ность, домохозяйки, повторнородящие (2–3 роды) с отягощенным акушерским
анамнезом и 12,5% первобеременные без наличия каких либо внешних причин
для укорочения шейки матки.



Результаты

16 женщин (88,9%) основной группы родили в доношенном сроке; из них 12 (75%) через естественные родовые пути, 4 (25%) – путем операции кесарева сечения. Показаниями для операции явились: 2 – обструктивные роды, 1 – угрожающее состояние плода, 1 – рубец на матке после кесарево сечения. Средняя масса новорожденных составила 3520 ± 560 г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте была $7,9 \pm 0,5$ баллов; на 5-й – $8,7 \pm 0,4$ баллов.

Преждевременно родили 2 женщин (11,1%): в 36 и 33 недели. Акушерский пессарий удален в связи с началом спонтанной регулярной родовой деятельности и с дородовым разрывом плодных оболочек. Средняя масса новорожденных составила 2530 ± 380 г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте была $7,2 \pm 0,6$, на 5-й – $8,3 \pm 0,7$ баллов.

В группе сравнения из 30 беременной в доношенном сроке родили 24 (80%); из них 20 (83,3%) – через естественные родовые пути, 4 (16,7%) – путем операции кесарева сечения. Показаниями для операции были такие же, как в основной группе. Средняя масса новорожденных составила $3380 \pm 460,0$ г., оценка по шкале Апгар на 1-й минуте $7,9 \pm 0,5$, на 5-й – $8,6 \pm 0,4$ баллов.

В 6-ти случаях (20%) корректирующие швы на шейке сняты в 31, 34, 35 и в 3-х случаях в 36 недель в связи с началом регулярной родовой деятельности и/или пролабированием плодного пузыря за наружный зев с последующим преждевременным излитием около плодных вод. Средняя масса новорожденных составила 1960 ± 340 г, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте $6,8 \pm 1,3$, на 5-й – $7,6 \pm 1,4$ баллов.

Заключение

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что эффект акушерских пессариев при короткой шейке матки в группе риска по невынашиванию составил 82,3%, статистически не отличался от эффекта хирургического метода коррекции короткой шейки матки. Значимым преимуществом данного метода является отсутствие хирургической агрессии, инвазивного вмешательства, анестезии, страха пациентки перед процедурой, возможность амбулаторного оказания помощи.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ФЛЕБОТРОМБОЗОМ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Морозова В.А., Салов И.А., Шехтер М.С.

СГМУ

Актуальность

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей серьезно осложняет течение гестационного и послеродового периодов, создавая угрозу для здоровья женщины



и плода, нередко вызывает необходимость оперативных вмешательств, ведет к росту материнской и перинатальной смертности. В реальной клинической практике ситуация усугубляется тем, что распространение тромботического процесса из дистальных отделов конечности в проксимальном направлении зачастую протекает бессимптомно, и нередко первым признаком перехода тромбоза в глубокую венозную систему служит именно манифестация легочной эмболии.

Цель

Оптимизация методики ведения беременных с флелотромбозом.

Материалы и методы

Нами выполнен анализ историй болезни беременных, поступавших в ГКБ №1 г. Саратова за период с 2010 по 2015 гг. Наиболее часто тромбоз ГВ возник в III триместре беременности. В 11 случаях тромбоз возник в венах голени. Назначение комплексной антикоагулянтной терапии эффективно ликвидировало тромботическое состояние гемостаза и распространение тромбоза проксимальнее не произошло. У 22 беременных мы диагностировали илиофemorальный флелотромбоз. Основной стратегической задачей в лечении этих больных было максимально обезопасить их жизнь, по возможности пролонгировать беременность до 35–36 недель. У 15 из них – флотирующий тромбоз. В 9 случаях беременность была более 35 недель, поэтому выполнялась симультантная операция – кесарево сечение, пликация НПВ). В 6 случаях флотирующего тромбоза в III триместре при недоношенной беременности уверенно рассчитывать на благоприятный исход со стороны плода (27–32 нед.) было невозможно. Им выполнена сначала пликация тромбированной вены, после чего проводилась стандартная антикоагулянтная терапия, после чего при доношенном сроке беременности выполнено КС с благоприятным исходом. Подобная высокая хирургическая активность родоразрешения диктовалась, на наш взгляд, необходимостью исключить активную родовую деятельность, которая могла бы привести к фрагментации тромба и его проксимальной миграции. При наличии пликации это привело бы к более тяжелому течению посттромбофлелитического синдрома, а при отсутствии пликации – к ТЭЛА. Что касается иных хирургических вмешательств, направленных на предотвращение ТЭЛА при локализации тромба в илио-кавальном сегменте, то значительное увеличение матки и сдавление ею НПВ и подвздошных вен делает практически невозможным надежную имплантацию кава-фильтра и тромбэктомию из указанного сегмента.

Результаты

Поэтому мы считаем пликацию НПВ методом выбора хирургического вмешательства. Лечение в основном проводилось НМГ в виде подкожных инъекций. НМГ отменяли за 24 часа до родов или кесарева сечения. При наличии высокого риска ретромбозов и ТЭЛА, антикоагулянты отменяли за 4–6 ч до родоразрешения с целью уменьшения периода времени, в течение которого не достигается достаточного уровня антикоагуляции. Возобновляли введение НМГ через 4–6 часов после родов. В послеродовом периоде прием антикоагулянтов продолжается минимум до 6 недель.



Заключение

Таким образом, акушерская и хирургическая тактика при ТГВ НК должна определяться локализацией и особенностями тромбоза, сроком и течением беременности. Дифференцированный подход к ведению беременных с ТГВ НК с использованием современных методов диагностики и лечения позволили избежать тяжелых осложнений, материнской и перинатальной смертности.

СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ НА ИНФЕКЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Науменко Н.С., Белова А.В., Асцатурова О.Р., Никонов А.П.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность

Внутриутробная инфекция составляет существенную долю в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Основным направлением на пути ее снижения является своевременное выявление случаев инфицирования и формирование групп риска на основании скрининга беременных на инфекции. В свою очередь, анализ получаемых эпидемиологических данных в каждом конкретном регионе позволяет контролировать обоснованность и эффективность проводимого скрининга и при необходимости корректировать его.

Цель

Уточнение распространенности TORCH-инфекций у беременных, определяемой при первичном обращении пациентки на амбулаторном этапе.

Материалы и методы

В исследование были включены данные 148 медицинских карт беременных женщин, полученные при первой явке к врачу акушеру-гинекологу клиники ООО «ЛМС». Были проанализированы результаты проведенных серологических исследований крови (ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, краснуха, токсоплазмоз, вирус простого герпеса 1,2 типов, цитомегаловирусная инфекция) и ПЦР-диагностики из цервикального канала (*C. trachomatis*, *M. genitalium*, *M. hominis*, *U. parvum*, *U. urealyticum*, *G. vaginalis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*).

Результаты

Средний возраст обследованных составил 30,85 (21-42 года). Все пациентки имели высшее образование и высокий социально-экономический статус. 94,8% женщин замужем.

ВИЧ, сифилис и гепатит В не были выявлены ни в одном из случаев. Гепатит С выявлен у 4 (2,7%). IgG к токсоплазме и вирусу краснухи обнаружены в 35 (23,6%) и 111 (75%) случаях соответственно, IgM обнаружены не были. IgG к цитомегаловирусу имелись у 103 (70%) пациенток, были выявлены 4 (2,7%)



случая концентрации IgM, соответствующей серой зоне, из которых 1 впоследствии подтвердился как сероконверсия. IgG к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов обнаружены у 77,4% и 19,8% пациенток соответственно.

C. trachomatis, *M. genitalium*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis* не были выявлены ни в одном из случаев. *M. hominis* была обнаружена у 1 беременной (0,7%), *U. parvum* у 5 (3,4%), *U. urealyticum* у 5 (3,4%), *G. vaginalis* у 6 (4%). Кроме этого, были выявлены случаи смешанной инфекции: *U. parvum*+*U. urealyticum* в 2 (1,4%) случаях, *U. parvum*+*U. urealyticum*+ *G. vaginalis* в 1 (0,7%).

Заключение

По результатам исследования обращает на себя внимание отсутствие пациенток с ВИЧ, сифилисом, гепатитом В и отсутствие таких абсолютных патогенов как *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, что возможно связано с высоким социальным статусом обследованных. Частота обнаружения таких условно патогенных микроорганизмов как *U. parvum* (3,4%), *U. urealyticum* (3,4%), *G. vaginalis* (4%), *M. hominis* (0,7%) также значительно ниже общепопуляционных. Распространенность гепатита С (2,7%) соответствует показателям развитых стран. Полученные низкие показатели заболеваемости токсоплазмозом коррелируют с таковыми в США и странах Северной Европы, в связи с чем возникает вопрос о целесообразности рутинного скрининга. IgG к вирусу краснухи были обнаружены в 75% случаев, что, скорее всего, связано с возрастом пациенток (обязательная вакцинация введена в РФ только в 1996 г.). Распространенность цитомегаловирусной инфекции высока и больше соответствует уровню развивающихся стран. Показатели распространенности вируса герпеса 1 и 2 типа несколько выше таковых в США и Европе.

ВЛИЯНИЕ АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО ТОНУСА БЕРЕМЕННОЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА РАЗВИТИЕ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Непсо Ю.Р., Пенжоян Г.А.

г. Краснодар, ГБОУ ВПО КубГМУ, кафедра акушерства

Актуальность

Особое внимание уделяется изучению роли вегетативной нервной системе (ВНС) в запуске, поддержании регулярной сократительной активности матки в родах и при аномалии родовой деятельности (С.Н. Барабашова, Ю.И. Ишпахтин, А.В. Ширковец, 2012). Универсальным способом диагностики гиперadrenergических состояний является определения бета-адренореактивности организма по изменению осморезистентности эритроцитов под влиянием бета-адреноблока-



тора. Данный метод позволяет выявить группы риска среди беременных по развитию осложнений течения беременности и аномалий родовой деятельности.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучить влияние адренергического тонуса беременной с гестационным сахарным диабетом (ГСД) на развитие дискоординации родовой деятельности.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России в Перинатальном центре ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» Минздрава Краснодарского края (г. Краснодар) в 2010–2014 г.г. проведено обследование 187 женщин: в I группу было включено 37 женщин с ГСД и ДРД, II группу – 50 женщин с ГСД без ДРД, группу сравнения (III группа) – 50 женщин с ДРД без ГСД, в контрольную группу (IV группа) – 50 женщин с физиологическим течением беременности и родов. Женщины групп сравнения были сопоставимы по возрасту, антропометрическим данным, осложнениям гестации. Диагностика ГСД основывалась на принятых в Российской Федерации в декабре 2012 г. новых критериях ГСД (Дедов И.И., Краснополский В.И., Сухих Г.Т., 2013).

Результаты

Срок беременности при впервые выявленном ГСД составил $26,77 \pm 0,93$ недель. Срок беременности при родоразрешении $39,1 \pm 0,17$ недель. Была проведена сравнительная оценка адренореактивности у беременных с ГСД и с физиологическим течением беременности с определением частоты выявления прогностически значимого признака для развития ДРД. Всем женщинам до наступления родовой деятельности определялась адренергическая реактивность организма женщины. Исследовалась осморезистентность эритроцитов под влиянием бета-адреноблокатора (набор реагентов бета-АРМ-Агат). Кроме этого, проводилось инструментальное исследование состояния плода, оценивалось исходное состояние шейки матки по шкале E. Bishop, уровень гликемии в родах. Всем женщинам при развитии ДРД применялась длительная эпидуральная анестезия. При анализе особенностей адренореактивности в I периоде родов до развития ДРД выяснилось, что у женщин с ДРД и ГСД величина показателя β -АРМ была достоверно выше: $73,5 \pm 6,65\%$ (у.е.) при наличии ГСД и $59,5 \pm 2,01\%$ без него vs. $48,5 \pm 3,21\%$ у женщин с ГСД без ДРД и $40,87 \pm 4,38\%$ в группе контроля ($p < 0,001$). В настоящем исследовании было достоверно более высокое значение β -АРМ у женщин с ДРД и ГСД ($73,5 \pm 6,65\%$), чем у женщин с ДРД и без ГСД ($59,5 \pm 2,01$, $p < 0,01$). Следовательно, показатели β -АРМ $59,5 \pm 2,01\%$ и выше являются фактором прогноза ДРД. Для женщин с ГСД и ДРД характерны наиболее высокие показатели β -АРМ – $73,5 \pm 6,65\%$.

Заключение

Для женщин с ГСД с последующим развитием ДРД характерна чрезмерная гиперсимпатикотония. Таким образом, показатели адренореактивности организма могут быть использованы в качестве одного из предикторов прогнозирования ДРД у женщин с ГСД.



ОСОБЕННОСТИ ГЛИКЕМИИ В РОДАХ ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Непсо Ю.Р., Пенжоян Г.А.

г. Краснодар, ГБОУ ВПО КубГМУ, кафедра акушерства

Актуальность

Особый интерес представляет развитие дискоординации родовой деятельности (ДРД) у женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД). ГСД вследствие метаболических расстройств, тканевой гипоксии и функциональных нарушений в нервной системе снижает адаптационные резервы организма матери, что приводит к различным акушерским осложнениям, в том числе к дискоординации родовой деятельности.

Цель

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния уровня гликемии на развитие и прогресс дискоординированной родовой деятельности у женщин с ГСД.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России в Перинатальном центре ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» Минздрава Краснодарского края (г. Краснодар) в 2010–2014 г.г. проведено обследование 170 женщин с ГСД. I группа – 100 женщин с нормальным течением родов; II группа – 70 женщин с ДРД. Число женщин с диетотерапией в I группе составило 87 (87%), а во II группе – в 48 (68,5%). Инсулинотерапия потребовалась у 23 (23%) женщин I группы и 22 (31,5%) женщин соответственно. Проводилось определение глюкозы капиллярной крови с началом родовой деятельности и затем каждые 2 часа до рождения плода. Кроме этого, оценивалось состояние плода и течение родовой деятельности с помощью инструментальных методов исследования (КТГ, доплерометрия сосудов пуповины). Всем женщинам при развитии ДРД применялась длительная эпидуральная анестезия.

Результаты

Возраст женщин составил $28 \pm 4,2$ года (от 19 до 37 лет). Срок беременности при первичной диагностике ГСД в обеих группах был сопоставим, в среднем составил 27 недель (от 21 до 33 недель) беременности. Срок гестации при родоразрешении у женщин I группы составил $39 \pm 1,5$ недель, II группы – $38 \pm 1,6$ недель. С началом регулярной родовой деятельности уровень глюкозы в I группе составил $4,52 \pm 0,44$ ммоль/л, а во II группе – $5,0 \pm 1,58$ ммоль/л. В процессе родовой деятельности у женщин I и II группы отмечено колебание уровня глюкозы крови. Так для женщин с ГСД и ДРД было характерно с прогрессом родов достоверное



увеличение уровня глюкозы крови с $4,72 \pm 0,25$ ммоль/л до $5,4 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,001$), требующее в ряде случаев назначения инсулинотерапии. Учитывая характерную для ДРД болезненность схваток, всем женщинам II группы была произведена длительная эпидуральная анальгезия.

Обезболивание родов в I группе потребовалось только в 12 (12%) случаев ($t = 27,08$, $p < 0,001$). Продолжительность родов в I группе в среднем составила $6,4 \pm 1,8$ ч, а во II группе – $9,2 \pm 2,8$ ч. Масса новорожденных в I и II группе варьировала от 2400 до 4450 г, признаки диабетической фетопатии были выявлены у 27 (38,6%) женщин во II группе и у 22 (22%) женщин в I группе. Оценка новорожденных по шкале Апгар в обеих группах была сопоставима и составила в I группе $7,8 \pm 0,2$ баллов (на 1 минуте) и $8,8 \pm 0,3$ баллов (на 5 минуте жизни), а во II группе $7,6 \pm 0,2$ и $8,6 \pm 0,1$ баллов соответственно.

Заключение

Установлено, что у женщин с ГСД при нормальном течении и при развившейся дискоординированной родовой деятельности уровень гликемии с началом родов сопоставим. С прогрессом родовой деятельности увеличение уровня гликемии на 16% и более от исходных (с началом родов значений), необходимость инсулинотерапии способствует развитию дискоординации родовой деятельности. Таким образом, гликемию в родах можно рассматривать как фактор прогноза ДРД при ГСД.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА В ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧКАХ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Ляпин В.М., Щёголев А.И.

ФБГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения России, г. Москва

Актуальность

Согласно данным литературы преждевременные роды (ПР) при преэклампсии (ПЭ) встречаются в 8% наблюдений. Следует отметить, что ПР при ПЭ в 74% обусловлены разрывом плодного пузыря, хотя только в 16% воспалительными изменениями. Одной из причин этого может явиться активация рецепторов антибактериальной и противовирусной защиты. К противовирусной защите относятся RIG-подобные и NOD-подобные рецепторы. Кроме того, лигандами рецепторов могут явиться также молекулы повреждения клеток.

Цель

изучение экспрессии рецепторов врождённого иммунитета RIG-1 и NOD-1 в образцах внеплацентарных плодных оболочек при ранней и поздней ПЭ.



Материалы и методы

Исследование выполнено на образцах плодных оболочек от 50 женщин 25–39 недель гестации, подвергшихся оперативному родоразрешению, из которых 15 пациенток страдали ранней преэклампсией (РПЭ) (с клиническими проявлениями до 34 недели), и 15 – поздней преэклампсией (ППЭ) (с клиническими проявлениями после 34 недели); в группы контроля были включены 10 женщин с физиологическим течением беременности 38–39 недель гестации (КП) и 10 пациенток (КР) с преждевременными оперативными родами 25–30 недель гестации, без признаков ПЭ, оперированных по другим причинам. Материалом для исследования явились образцы плодных оболочек, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине. На серийных парафиновых срезах, было выполнено гистологическое исследование (окраска гем-эоз), а также проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к RIG-1 (1:500, Genetex, USA) и NOD-1 (1:100; Thermo Fisher Scientific, USA). Продукты положительной реакции выявлялись в виде коричневого окрашивания клеток. Оценка была проведена полуколичественным методом: 0 – окрашивание отсутствует; 1 балл – слабое окрашивание, 2 балла – умеренное, 3 балла – выраженное окрашивание.

Результаты

Выявлена воспалительная инфильтрация плодных оболочек разной степени: при ПЭ – в 9 наблюдениях (30%), а в контроле только в 2 (10%) наблюдениях. При РПЭ умеренная инфильтрация лимфоцитами была выявлена в 5 случаях, выраженная диффузная инфильтрация лимфоцитами и нейтрофилами – в 1 наблюдении. В группе ППЭ умеренная лимфоидная инфильтрация имела место в 3 наблюдениях, в группах КР и КП незначительная инфильтрация макрофагами и лимфоцитами присутствовала по одному случаю из группы. Кроме того, при ПЭ плодные оболочки были с отёком и кровоизлияниями, также выявлялись участки дистрофии, местами с фокусами некроза при РПЭ в 9 (60%), в ППЭ в 6 из 15 (40%) наблюдений, кроме того, выраженность участков дистрофии была ассоциирована с тяжестью течения ПЭ. В группе КП дистрофические изменения в плодных оболочках, местами с отложениями солей кальция имели место в 2 (20%), а в группе КР – в 1 (10%) образцов. В результате иммуногистохимического исследования была проведена оценка экспрессии RIG-1 и NOD-1 в амниотическом эпителии, фибробластоподобных клетках, субпопуляциях малых и больших децидуальных клеток. В группе КР окрашивание в элементах плодных оболочек приближалось к нулевым значениям, а в группе КП в амнионе, фибробластоподобных и децидуальных клетках составило 2 балла. При РПЭ экспрессия RIG-1 и NOD-1 колебалась на уровне 1–2-х баллов, в группе ППЭ – 2 балла и значимо не отличалась от группы КП.

Заключение

Установлена зависимость экспрессии RIG-1 и NOD-1 в экстраплацентарных плодных оболочках от срока беременности и типа преэклампсии.



СТРУКТУРА ПРИЧИН ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Новикова В.А., Каменская Г.В.

Кубанский государственный медицинский университет

Актуальность

Акушерские кровотечения являются причиной 25–30 % всех материнских смертей. Структура массивных кровотечений чаще всего многофакторна. Массивные кровотечения обусловлены зачастую комбинацией причин (Шифман Е.И. и соавт 2010, Burrows R.F, Kelton J.G., 2010). По временному фактору, массивное кровотечение может быть острым, когда происходит одновременная кровопотеря 1500–2000 мл, или 25–35 % ОЦК, либо кровопотеря со скоростью 150 мл/мин, или 1,5 мл/кг) (D. Stainsby, C. MacLennan, P.J. Hamilton, 2011).

Цель

Провести анализ основных причин кровотечений с острой массивной кровопотерей у женщин с преждевременными родами.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России – в Перинатальном центре МУЗ ГБУЗ № 2 города Краснодара, с 2013 г. – ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Минздрава Краснодарского края (г. Краснодар). Проведен анализ 25644 родов за период 2012–2014 годы.

Результаты

Число родов составило: в 2012 г – 8623, в 2013 – 8447, в 2014 – 8574. Из них преждевременных родов – 1616 (6.3%): в 2012 г. – 572 (6.6%), в 2013 – 535 (6,3%), в 2014 – 554 (6.5%). Общее число всех родов, осложнившихся кровотечением – 1960 (7.6%), из них с острой массивной кровопотерей – 247 (1%). Доля родов с острой массивной кровопотерей составила в сроке беременности 22–27 недель 0.4%, в 28–33 недель 1.7%, в 34–36 недель 2%.

Основной причиной острой массивной кровопотери в сроке беременности 22–27 недель явились предлежание плаценты с вращением, что потребовало родоразрешения путем кесарева сечения в плановом порядке, и произошла интраоперационная массивная кровопотеря, применялась аппаратная реинфузия аутокрови, общая кровопотеря до 3000 мл (37,5 мл/кг).

Основными причинами острой массивной кровопотери в сроке беременности 28–33 недель в 57% случаев явились предлежание плаценты, 14% из них с вращением плаценты; в 29% – гипотоническое кровотечение. Срок впервые диагностирования предлежания плаценты составил 15.8 ± 0.4 недели. Объем кровопотери составил $1347,14 \pm 536,86$ мл (макс – 4500 мл), $19,4 \pm 0,7$ мл/кг (макс – 60 мл/кг).

Основными причинами острой массивной кровопотери в сроке беременности 34–36 недель были в 55.6% гипотоническое кровотечение, в 22% из которых – интраоперационное; в 11% – травмы мягких тканей родовых путей; в 33% –



предлежание плаценты, в 11% с вращением; срок беременности при впервые диагностированном предлежании плаценты – $13,3 \pm 0,3$ недель беременности. Объем кровопотери составил $1388,89 \pm 302,51$ мл (макс - 3500 мл), $20,12 \pm 5,9$ мл/кг (макс – 62,5 мл/кг).

При гипотоническом кровотечении применялась управляемая баллонная тампонада матки. Экспульсия баллона п через $48,6 \pm 24,7$ мин. 58% женщин потребовалась неоднократное введение (комбинация) утеротоников (окситоцина, карбетоцина). В 15,8% случаев интраоперационно потребовалось применение компрессионных швов на матку.

Заключение

Острая массивная кровопотеря остается непредотвратимым осложнением родов, основной причиной которой в сроке беременности 22–27 недель является предлежание плаценты с вращением, в 28–33 недель – предлежание плаценты, предлежание плаценты с вращением, гипотония матки, в 34–36 недель – предлежание плаценты, предлежание плаценты с вращением, гипотония матки, травмы мягких тканей родовых путей. Несмотря на внедрение самых современных мер по профилактике или снижению объема кровопотери, объем кровопотери может достигать 62,5 мл/кг.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

**Новикова В.А., Пенжоян Г.А., Шаповалова О.А., Пшидаток Б.,
Пенжоян И.Л., Надеина С.А., Юсупова З.С.**

Актуальность

Преэклампсия (ПЭ) в сроке беременности до 34 недели может выявляться с частотой 0,3% (Baha M. Sibai, 2011). Ранняя ПЭ составляет от 5% до 20% от общей частоты ПЭ, характеризуется наиболее тяжелым течением (Berthold Huppertz, 2008). Критериями ранней ПЭ (early onset type of preeclampsia) признаны: неадекватная и незавершенная инвазия трофобласта; изменение кровотока в плацентарном ложе (спиральных артериолах), в маточных сосудах [увеличение PI] при доплерометрии; увеличение периферической резистентности плацентарных сосудов, нарушение кровотока в артерии пуповины (увеличение СДО); признаки задержки роста плода (Baha M. Sibai, 2011; Ходжаева З.С. и др., 2015).

Цель

Установить клинические особенности ранней преэклампсии на примере Перинатального центра (ПЦ) ГБУЗ «ККБ №2» г. Краснодар.



Материалы и методы

Проведен анализ клинических особенностей ранней преэклампсии в ПЦ за период 2012–2014 гг.

Результаты

Количество родов составило в 2012 г. – 8 623, в 2013 – 8 446, в 2014 – 8 573. Число женщин с тяжелой ПЭ составило в 2012 г. – 102, в 2013 – 234, в 2014 – 246. Число женщин с тяжелой ПЭ в сроке беременности до 34 недель составило в 2012 г. – 58, в 2013 – 82, в 2014 – 101; из них в сроке беременности до 34 недель в 2012 г. – 9, в 2013 – 11, в 2014 – 8. Учитывая необходимость маршрутизации беременных с ПЭ (в том числе с необходимостью транспортировки плода – *in utero*), только 24% женщин были жительницами Краснодара, 51% – жительницами села, 15% иногородние, 8% инокраевые, 2% - иностранцы.

Возраст ($m \pm SD$) женщин составил $28,47 \pm 7,6$ (15–44) лет. Срок беременности при родоразрешении – $31,27 \pm 4,14$ (21–34) недель. Данная беременность была по счёту – $2,27 \pm 1,42$ (1–6), роды по счёту – $1,44 \pm 0,6$ (1–3). Частота преконцепционной подготовки – 12,2%. Первая явка на учет в ЖК составила $10,5 \pm 4,4$ (4–22) недель. Повышение АД С впервые было отмечено с $26,35 \pm 8,24$ недель беременности. В течение всей беременности максимум систолического АД достигал $166,32 \pm 19,82$ мм рт.ст., диастолического АД – $100,29 \pm 9,77$ мм.рт.ст. Протеинурия достигала $10,29 \pm 9,81$ (0,75–39,2) г/л. Количество койко-дней от диагностики тяжелой ПЭ до родоразрешения могло составлять от нескольких часов до 23 дней. Число дней пребывания в АРО после родоразрешения в среднем составило $2,88 \pm 1,37$ (1–8) дней, число койко-дней после родоразрешения до выписки домой – $8,76$ (2–15).

При оценке маркеров ангиогенеза у женщин с риском тяжелой ПЭ получены следующие результаты: в 14–19 PIGF – $76,32 \pm 58,4$; рецепторы VEGF – $0,65 \pm 0,06$; VEGF-A – $29,25 \pm 25,56$; в 20–24 недели PIGF – $231,85 \pm 40,75$; рецепторы VEGF – $0,48 \pm 0,08$; VEGF-A – $19,48 \pm 5,23$; в 25–28 недель PIGF – $49,56 \pm 38,02$; рецепторы VEGF – $1,96 \pm 1,54$; VEGF-A – $3,9 \pm 0,1$.

Учитывая увеличение периферической резистентности микроциркуляторных сосудов как патогенетический маркер ПЭ, нами была определена динамика индекса резистентности (ИР) в маточных артериях, почечных артериях и центральной артерии сетчатки.

Установлено достоверное снижение на 3–4 сутки после родоразрешения ИР в маточных сосудах с $0,69 \pm 0,015$ до $0,57 \pm 0,015$ ($p < 0,05$), в почечных сосудах с $0,73 \pm 0,015$ до $0,57 \pm 0,02$ ($p < 0,05$), в центральной артерии сетчатки с $0,75 \pm 0,019$ до $0,67 \pm 0,03$ ($p < 0,05$).

Заключение

Каждый клинический случай ранней ПЭ по своему уникален. В медицинской документации необходима убедительная доказательная база для обоснования наличия или отсутствия тяжелой ПЭ, показаний для родоразрешения конкретным методом (преиндукция, индукция родов, КС), или отсутствия показаний для досрочного родоразрешения. До настоящего времени рутинные методики обследования беременных женщин не позволяют прогнозировать развитие ранней



ПЭ и проводить соответствующие профилактические или лечебные мероприятия. Необходимы многоцентровые исследования по прогнозированию, ранней диагностике, способам и срокам родоразрешения при ранней ПЭ, оценке особенностей послеродового периода. Снижение ИР в маточных, почечных артериях и центральной артерии сетчатки является объективным критерием положительной динамики клинического течения ПЭ после родоразрешения.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

**Новикова С.В., Торшина З.В., Бирюкова Н.В., Рязанцева Е.В.,
Игнатьева М.А.**

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Актуальность

К наиболее распространенным возбудителям инфекций вирусной этиологии, передаваемых половым путем, относятся герпесвирусы (ГВ) и вирус папилломы человека (ВПЧ). ГВ вызывают до 30% спонтанных аборт на ранних сроках беременности, свыше 50% поздних выкидышей. Вирус папилломы человека (ВПЧ) помимо онкогенного потенциала также может негативно влиять на течение беременности и приводить к спонтанным абортам.

Цель

Оценка влияния сочетанной вирусной инфекции на течение беременности и состояние ребенка при рождении.

Материалы и методы

Проведено обследование 85 беременных с ОАГА. На первом этапе работы был проведен анализ прямых маркеров (ДНК и инфекционной активности ГВ и ДНК ВПЧ) трех исследуемых вирусов. Все беременные были разделены на 3 группы: в группу 1 – 21/85 (24,7%) женщин, у которых при визуальном осмотре были обнаружены клинические проявления, ассоциированные с ВПЧ. Группу 2 составили 48/85 (56,4%) беременных, у которых были выявлены маркеры вирусных инфекций (ВПЧ и/или ГВ), но отсутствовали клинические признаки данных инфекций. 16/85 (18,8%) беременных с ОАГА, у которых отсутствовали как маркеры, так и клинические проявления вирусных инфекций, а также бактериальные возбудители, составили группу сравнения (группа 3). У беременных I группы маркеры сочетанной инфекции (ВПЧ+ГВ) обнаружены в 61,9% наблюдений, а в группе 2 в 27,1%, $p=0,014$. Маркеры ГВ выявлялись в 3,2 раза реже (11,8%), $p=0,0008$. На следующем этапе работы был проведен сравнительный количественный анализ уровней цитокинов (ИФН α , ИФН γ , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО α) в плазме крови



беременных с ОАГА. еременные группы 1 были разделены на 2 подгруппы: 1А – у которых выявлена только ДНК ВПЧ; 1Б – выявлены маркеры сочетанной вирусной инфекции (ВПЧ+ГВ). Беременные группы 2 были разделены на 3 подгруппы: 2А – у которых выявлена только ДНК ВПЧ; 2Б – выявлены маркеры сочетанной инфекции (ВПЧ+ГВ); 2В – выявлены только маркеры ГВ. Было установлено, что у беременных подгруппы 1А уровни ИФН γ и ИЛ-8 в плазме крови повышены по сравнению с женщинами 3 группы.

Результаты

Анализ цитокинового профиля беременных в группе 2 показал, что у беременных подгруппы 2А концентрации ИЛ-8 и ФНО α в плазме крови (168 пг/мл и 620 пг/мл, соответственно) были значительно выше, чем в остальных изученных группах.

Таким образом к статистически значимым изменениям в цитокиновом профиле плазмы крови беременных с ОАГА относятся: повышение уровня ИФН γ в I группе; увеличение концентрации ИЛ-8 в I и во II группах. повышение концентрации ФНО α у беременных с бессимптомной вирусной инфекцией.

Представляет интерес оценка состояния детей, родившихся от матерей с ОАГА. Установлено, что у 9/71 (12,7%) новорожденных состояние расценивалось как тяжелое (оценка по шкале Апгар при рождении составила 6–7 баллов), и у 7/71 (9,9%) – средняя степень тяжести (оценка по шкале Апгар – 7–8 баллов). Состояние 55/71 (77,5%) новорожденных было удовлетворительным (оценка по шкале Апгар – 8–9 баллов).

Заключение

Статистический анализ не показал значимого влияния ВПЧ, выявленного у беременных с ОАГА, на тяжесть состояния новорожденных. В то же время была выявлена положительная корреляция между обнаружением маркеров ГВ у матерей перед родами и рождением детей в тяжелом состоянии: риск рождения детей в тяжелом состоянии был в 2,4 раза выше рождения детей в удовлетворительном состоянии (64,3% против 29,1%, $p=0,027$).

РАННЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Панова И.А., Рокотянская Е.А., Сытова Л.А.

Ивановский НИИ МиД им.В.Н.Городкова Минздрава РФ

Актуальность

По современным представлениям, преэклампсия (ПЭ) – это осложнение беременности, обусловленное несоответствием возможностей адаптивных систем организма матери и потребностей развивающегося плода. В последнее время расширились представления о различном генезе ПЭ в зависимости от срока ее



возникновения – до 34 недель (ранняя) и после 34 недель (поздняя) (J.M. Roberts, 2013). Они имеют различный патогенез и клинические проявления, что представляется крайне важным для выбора тактики ведения и лечения беременных женщин с этим осложнением гестации (З.С. Ходжаева, 2013). Так, ранняя ПЭ (плацентарного происхождения) обычно протекает на фоне первичной плацентарной недостаточности и осложняется задержкой роста плода; а поздняя (материнской этиологии) ассоциируется с экстрагенитальными заболеваниями матери и редко сопровождается выраженным внутриутробным страданием плода (S. Sohlberg, 2012, E. Ferrazzi, 2011).

Цель

Оценить исходы беременности и состояние новорожденного в зависимости от срока манифестации ПЭ.

Материалы и методы

Проведён анализ историй родов 155 женщин с ПЭ (код по МКБ-X O14), родивших на базе ФГБУ «Ив НИИ МиД имени В.Н. Городкова» Минздрава РФ, которые, в зависимости от срока манифестации осложнения, были поделены на две группы: 1-я – 104 беременных с ранней ПЭ (до 34 недель); 2-я – 51 пациентка с поздней ПЭ (после 34 недель). Статистический анализ осуществлялся в пакете лицензионных программ «Excel 2007»; значения относительного риска – ОР, доверительного интервала – ДИ при уровне значимости 95% рассчитывались в системе «OpenEpi». Достоверность различий между показателями оценивалась с помощью критериев Стьюдента и Фишера (уровень значимости $p < 0,05$ считался достоверным).

Результаты

При анализе исходов беременностей и родов выявлено, что в группе с ранней ПЭ чаще встречались преждевременные роды (85,6% случаев относительно 49% при поздней ПЭ, ОР=6,2; 95% ДИ 2,7 – 17,5; $p=0,001$), в половине случаев пациентки 1-й группы были родоразрешены в сроках от 32 до 34 недель гестации, роды в срок менее 30 недель произошли у 27% женщин (ОР=9,8; 95% ДИ 1,2 – 15,3; $p=0,001$), оставшиеся 23% пришлось на роды в сроке 30–32 недели. Большинству беременных с ранней ПЭ была произведена операция кесарево сечение (84,6% и 58,8% соответственно, ОР=3,9; 95% ДИ 2,0 – 15,5; $p=0,001$), основными показаниями к ней явились отсутствие эффекта от лечения ПЭ и ухудшение внутриутробного состояния плода. Средняя масса детей, рожденных от матерей с ранней ПЭ, составила 1625 грамм, с поздней – 2730 грамм (ОР=3,1; 95% ДИ 1,2 – 10,5; $p=0,001$), в 1-й группе чаще диагностировался синдром задержки роста новорожденного 2–3 степени (30% относительно 11,2% во 2-й группе, ОР=2,95; 95% ДИ 1,8 – 9,5; $p=0,03$). Дети, рожденные от матерей с ранней ПЭ, чаще рождались в состоянии тяжелой асфиксии (менее 6 баллов по шкале Апгар) – в 62,5% случаев – по сравнению со 2-й группой – 13,7% (ОР=6,7; 95% ДИ 2,3 – 19,5; $p=0,001$). Они чаще требовали лечения в детском реанимационном отделении (72,7% и 13,7% соответственно, ОР=10,9; 95% ДИ 3,6 – 21,2; $p=0,001$).



Заключение

Таким образом, ранняя ПЭ, осложняющая беременность, повышает риск преждевременных родов в 6,2 раза, в том числе в срок менее 30 недель – в 9,8 раза; увеличивает риск рождения маловесных детей в 3,1 раза, в том числе с выраженной гипотрофией в 2,95 раза; вероятность развития тяжелой асфиксии у данных новорожденных повышается в 6,7 раза, что в 10,9 раза чаще требует лечения такого ребенка в детском реанимационном отделении. Работа поддержана Грантом Президента РФ № МК-6885.2015.7.

К ВОПРОСУ О РОДАХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Перцева Г.М., Борщева А.А., Ширейко Т.А.

ГБОУ ВПО Рост ГМУ Минздрава России

Актуальность

Беременность и роды при тазовом предлежании плода остаются в центре внимания акушеров и неонатологов. Это обусловлено тем, что перинатальная патология при тазовых предлежаниях встречается в 3–5 раз чаще, чем при головном. В связи с этим, особую важность приобретает выбор тактики ведения родов. В последнее время наблюдается тенденция к увеличению абдоминального родоразрешения. Однако не следует забывать, что сама операция кесарева сечения способствует увеличению материнской заболеваемости и смертности по сравнению с родами через естественные родовые пути. Поэтому, выбирая метод родоразрешения при тазовом предлежании, надо думать не только о последствиях для плода, но и для матери.

Цель

Учитывая актуальность данной проблемы, было решено изучить факторы, влияющие на выбор тактики родоразрешения при тазовом предлежании плода.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ исходов родов при тазовом предлежании плода за период с 2009 по 2014 годы. Исследование проведено по материалам родильного дома ГБУЗ ГБ №1 города Ростова на Дону.

Результаты

За указанный период проведено 19632 родов, из них в тазовом предлежании 741 (3,77%) роды. Из 741 женщины с тазовым предлежанием плода 482 (65,05 %) была сделана операция кесарева сечения, 259 (34,95%) пациенток родоразрешены через естественные родовые пути. Из 482 беременных, родоразрешенных абдоминальным путем, первородящих было 343 (71,16%), повторнородящих 139 (28,84%). У 272 (56,43%) женщин возраст был до 27 лет, у 210 (43,57%) – от 28 до



37 лет. У 289 (59,96%) пациенток было чисто-ягодичное предлежание плода, у 155 (32,16%) – смешанное, у 38 (7,88%) ножное предлежание плода. Наряду с тазовым предлежанием плода, у 211 (43,78%) женщин имелась следующая патология. ФПН была у 44 (20,85%), анемия у 30 (14,22%), анатомически узкий таз у 22 (10,43%), рубец на матке у 16 (7,58%), несвоевременное отхождение околоплодных вод у 69 (32,70%), незрелая шейка матки у 30 (14,22%) женщин. Вес рожденных детей колебался от 2600 до 3300 у 232 (48,13%) женщин, от 3400 до 3700 – у 135 (28,01%), от 3800 до 4400 у 115 (23,86%) пациенток, У всех рожденных детей путем операции кесарева сечения состояние по шкале Апгар было оценено в 7–8 баллов. У 259 женщин (34,95%) роды были проведены через естественные родовые пути. У всех этих женщин возраст был до 27 лет, благоприятный акушерский анамнез, нормальные размеры таза, чисто ягодичное предлежание плода. Экстрагенитальной патологии не было. Предполагаемый вес плода был не более 3300 г. Состояние детей, рожденных от этой категории женщин, по шкале Апгар оценено на 7–8 баллов.

Заключение

Таким образом, для снижения перинатальной патологии при тазовых предлежаниях, необходимо исходить из многих акушерских моментов. При смешанном и ножном видах тазового предлежания, необходимо провести операцию кесарева сечения. Что касается чисто-ягодичного предлежания, тактика врача должна зависеть от таких факторов, как возраст женщины, предполагаемый вес плода, размеры таза. При наличии других патологических факторов (рубец на матке, узкий таз и др.) – предпочтение отдается абдоминальному родоразрешению. Поскольку роды в тазовом предлежании плода относятся к патологическим и увеличивают процент перинатальных осложнений, они должны проводиться высоко квалифицированными специалистами, в учреждениях третьего уровня, с учетом возможных осложнений, как для матери, так и для плода.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Репина Н.Б., Бен Салха Мехди

ГБОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава РФ

Актуальность

На современном этапе активно обсуждается проблема течения беременности и родов у женщин с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Частота данной аномалии, по мнению разных авторов, доста-



точно велика – от 26 до 80%. Эта патологическое состояние – процесс генетически детерминированный и его отдельные проявления высоко распространены в популяции, эти изменения могут являться основой патологии беременности. Нарушения в репродуктивной системе и соматическая патология при нДСТ способны инициировать неблагоприятный фон для течения гестации.

Цель

Изучить данные анамнеза, течения беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста с нДСТ, совокупность фенотипических маркеров ДСТ и оценить их прогностическую значимость.

Материалы и методы

Анамнестические данные, особенности течения беременности и родов были прослежены у 83 пациенток (1 группа) за период с января 2011 г. по апрель 2014 г., Средний возраст женщин составил 35,3±3,44 года. Все пациентки исследуемой группы имели разнообразные проявления дисплазии соединительной ткани. Вторая группа – 38 женщин без фенотипических маркеров ДСТ, средний возраст которых составил 36,3±4,23 года. Все обследуемые женщины были повторнородящие. Общепринято, что для постановки диагноза нДСТ необходимо от 3 до 6 критериев. Оценивали тест на гипермобильность суставов (ГМС), вегетососудистые дисфункции, флебопатии, признаки дезадаптации (астенический тип конституции, дисгормоничность массово-ростовых показателей). За висцеральные фенотипические маркеры нДСТ принимались патология клапанов сердца, патология зрения (близорукость) и возраст её манифестации, дисфункция пищеварительного тракта, спланхноптоз, вертеброгенный синдром (остеохондроз, межпозвонковые грыжи). Наличие тех или иных гетерогенных синдромов и симптомов нДСТ у обследуемых женщин первой группы отмечено в 64 случаях (77,1%).

Результаты

Течение беременности, родов и неонатального периода сопровождалось более частым развитием осложнений у пациенток с нДСТ. Между группами наиболее значимые отличия наблюдались по таким осложнениям как преждевременный разрыв плодных оболочек (34,9% в основной группе и 10,5% в группе сравнения), задержка развития плода и плацентарные нарушения (53% и 26% соответственно), нарушения родовой деятельности (16,8% и 5,2% соответственно), ИЦН (12% в основной группе и 2,6% в группе сравнения), интранатальная гипоксия и асфиксия плода (15,6% и 7,8% соответственно). Сопоставление других данных не выявило более значительных различий между группами.

Заключение

Взаимосвязь фенотипа нДСТ с особенностями течения беременности, родов и неонатального периода показывает актуальность физикальной идентификации синдрома нДСТ. Недооценка значимости малозаметных проявлений внешних признаков при данной аномалии нередко приводит к тому, что они длительно



остаются без должного внимания, что обуславливает неверный выбор тактики ведения беременности и родов у таких женщин.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Салов И.А., Михайлова Ю.В., Суворова Г.С.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», г. Саратов, Россия

Актуальность

Результаты исследования показали, что необходимым условием развития послеродовых инфекционных осложнений являлось совокупное действие различных факторов. Необходимыми условиями для реализации осложненного исхода были анемия, гинекологическая и соматическая патология, нарушение сократительной деятельности матки. Основным предиктором являлся длительный парез кишечника – фактор, повышающий уровень кишечной бактериальной контаминации. В развитии патологии послеродового периода, кроме бактериальной инфекции определенное значение имеют факторы внешней и внутренней среды. К важным вопросам патогенеза послеродовых инфекций относится взаимоотношение макроорганизма и нормальной микрофлоры, населяющей организм человека. Так, многие неблагоприятные факторы течения беременности (анемия, гестационный диабет, преэклампсия) и родов (оперативное родоразрешение, слабость родовой деятельности, травмы родовых путей, большая кровопотеря, остатки плацентарной ткани в матке) значительно повышают риск развития послеродовой инфекции, т.к. нарушают защитные функции организма женщины. В зависимости от множества факторов (макроорганизма и микрофлоры) проявления инфекции могут быть различными – от самых легких местных изменений до генерализованных форм.

Цель

Целью работы являлось определение факторов риска послеродовых и послеоперационных инфекционных осложнений у родильниц, изначально не имеющих инфекционных процессов.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование течения беременности и исходов родов за 20-летний период с 1991–2010 г.г., включающее анализ историй родов 24634 родильниц. Выполнялся многофакторный статистический анализ, включая кластерный анализ, множественную корреляцию, линейную и нелинейную регрессию.



Результаты

Проведенный анализ выявил, что у родильниц, не имеющих исходного инфекционного риска, раневая инфекция возникла в 0,46% случаев ($n = 112$), метроэндометрит – в 0,09% ($n = 23$), послеоперационный спонтанный перитонит – в 0,05% случаев ($n = 13$).

Результаты корреляционной матрицы показали, что ведущими факторами риска послеоперационных инфекционных осложнений являлись продолжительность операции и длительный парез кишечника, доля которых в общем кумулятивном эффекте составляла в среднем 20%. Согласно графику Pareto для развития послеродового эндометрита основное значение имели: факт вхождения в полость матки – 14,13%; гинекологическая патология – 6,95%; соматические заболевания – 4,49%; массивная кровопотеря – 4,00%; гипотония матки – 3,08% и стимуляция родов – 2,26%. На риск развития раневой инфекции и послеоперационного перитонита ведущим фактором являлся длительный парез кишечника – 20,71% и 23,23%. В свою очередь, длительный парез кишечника зависел от длительности операции – 19,97%; наличия постгеморрагической анемии – 11,39% и метода анестезии – 9,96% (фактором риска являлась общая анестезия).

Заключение

Таким образом, рассмотрение причинности осложненных исходов с позиции поликаузальности позволило выявить основные этиологические факторы и их взаимодействие. В большинстве случаев необходимым условием реализации осложненного исхода являлось совокупное действие различных факторов. Основными факторами риска послеродовых и послеоперационных инфекционных осложнений у родильниц являлись продолжительность операции и длительный парез кишечника. Влияние ожирения, как изолированной причины, было минимальным.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ ПЕРИНАТАЛЬНОГО И МАТЕРИНСКОГО ТРАВМАТИЗМА У РОЖЕНИЦ С КЛИНИЧЕСКИ УЗКИМ ТАЗОМ

Салов И.А., Суворова Г.С., Михайлова Ю.В.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Актуальность

Результаты исследования показали, что родоразрешение в условиях спинальной анестезии при клинически узком тазе снижает частоту травматизма матери, позволяет выполнить более быстрое и щадящее извлечение плода, улучшить перинатальные исходы по сравнению с общей анестезии. OR вклинения головки 1,08 [95% CI: 0,12-5,72], $p > 0,05$; RR для расширения разреза матки 0,23 [95%



CI: 0,13-0,40] ($p < 0,05$), время извлечения плода – $2,5 \pm 0,5$ vs $4,0 \pm 0,5$ мин ($p < 0,05$); средний бал по шкале NACS через 24 после родов – $37,7 \pm 1,2$ vs $31,2 \pm 1,4$ ($p < 0,05$).

При кесаревом сечении, выполняемом по поводу клинически узкого таза, создаются условия трудного извлечения плода, что повышает риск перинатального и материнского травматизма. Предполагалось, что проведение интраоперационного медикаментозного токолиза будет способствовать облегчению рождения плода. К таким методам относили регионарные методы анестезии.

Цель

Целью нашего исследования явилась оценка влияния метода обезболивания при абдоминальном родоразрешении на трудности извлечения плода, частоту перинатальных церебральных осложнений, травмы матки и родовых путей у рожениц с клинически узким тазом.

Материалы и методы

Материал исследования составили 200 пациенток с одноплодной беременностью, родоразрешенных путем операции кесарева сечения по поводу клинически узкого таза при сроке беременности 38–40 недель. Все пациентки были первородящими. Роженицы были рандомизированы на две равные группы в зависимости от метода интраоперационного обезболивания. Основную группу составили 100 пациенток, родоразрешенных в условиях спинальной анестезии (СА). В группу сравнения вошли 100 пациенток, методом обезболивания у которых была выбрана общая анестезия (ОА). Все пациентки были сопоставимы по возрасту, массо-ростовым показателям, соматическому статусу, акушерско-гинекологическому анамнезу, весу плодов. Методика анестезии у пациенток одной группы была идентичной. Из исследования исключались пациентки с наличием осложненного акушерского и гинекологического анамнеза и наличием признаков страдания плода.

Результаты

Результаты исследования показали, что частота вклинения головки в группах достоверно не отличалась. OR данного осложнения для регионарной анестезии составил 1,08 [95% CI: 0,12-5,72], $p > 0,05$. Расширение разреза матки в группе СА выполнялось достоверно реже RR 0,23 [95% CI: 0,13-0,40], $p < 0,05$, а время извлечения плода достоверно короче на 1,5 минуты ($2,5 \pm 0,5$ vs $4,0 \pm 0,5$ мин). Средний объем кровопотери в группах достоверно не отличался ($576,24 \pm 132,23$ vs $578,53 \pm 143,18$), однако в группе ОА достоверно чаще использовались гемостатические средства (транексамовая кислота) – OR данного осложнения для регионарной анестезии составил 1,55 [95% CI: 0,82-5,43], $p < 0,05$.

Средний бал по шкале Апгар на 5 минуте не имел достоверных межгрупповых различий (7 (6:8) vs 7 (6:8)). Вместе с этим, общий бал по шкале NACS через 24 после родов, отражающий степень неврологических нарушений у новорожденного, имел статистические различия – $37,7 \pm 1,2$ в группе СА vs $31,2 \pm 1,4$ в группе ОА ($p < 0,05$).



Заключение

Таким образом, регионарная анестезия абдоминального родоразрешения рожениц с клинически узким тазом снижает частоту травматизма матери, позволяет выполнить более быстрое и щадящее извлечение плода, улучшить перинатальные исходы по сравнению с общей анестезии.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Саркисова Л.В., Ихтиярова Г.А.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Актуальность

В настоящее время у акушеров-гинекологов и неонатологов не вызывает сомнения приоритетность и значимость проблем связанных с вирусной инфекцией. Среди них особое место принадлежит герпетической инфекции, которая наиболее часто встречается и кроме того отмечается тенденция к быстрому росту заболеваемости. Более 20 млн. человек в мире являются носителями вируса простого герпеса.

Цель

Сопоставление морфофункциональных особенностей фетоплацентарного комплекса с течением и исходом беременностей у женщин с генитальной герпетической инфекцией.

Материалы и методы

Нами проведен анализ особенностей течения и исходов беременностей у 80 женщин с генитальным герпесом (типичным и атипичным течением), состояние их плодов и новорождённых в сопоставлении с функциональным состоянием фетоплацентарного комплекса и морфологическими особенностями последа. Проводились ультразвуковой скрининг, доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод, кардиотокография. Для исследования последа (плацента, плодные оболочки, пуповина) применялись патоморфологические методы (макроскопический, морфометрический, гистологический, иммунное-гисто химический).

Результаты

Самопроизвольные выкидыши в I триместре гестации произошли лишь в атипичной форме генитального герпеса в 3 случаях, неразвивающаяся беременность отмечалась в 2 случаях. Угроза прерывания беременности во II триместре отмечалось в 14,4% случаев, что в 2 раза ниже по сравнению с I триместром. Позд-



ние самопроизвольные выкидыши произошли у 2(1,9%) беременных с типичной формой инфекции при сроках 21 и 26 нед гестации. Это наблюдалось в период обострения генитального герпеса. Морфологические изменения в плаценте, возникшие вследствие альтернативного действия вируса простого герпеса в совокупности с расстройствами метаболизма в организме женщины, проявились в конечном итоге нарушением функции плаценты. При ультразвуковой плацентографии в 44,3% случаев выявлялся кальциноз плаценты различной степени выраженности. Эти изменения были подтверждены при морфологическом исследовании последов. Очаги склероза, диффузное отложение солей кальция и фибриноида встречались постоянно и наряду с другими изменениями свидетельствовали о нарушении созревания плаценты, её повреждении и воспалении. При ультразвуковой фенометрии задержка внутриутробного развития плода с отставанием на 2 нед от гестационного срока выявлялась у 16,8% пациенток. Доплерометрическое исследование позволило в 17,5% случаев выявить нарушение фето- и маточно-плацентарного кровотока и своевременно провести корректирующую терапию. Признаки внутриутробного страдания плода по антенатальной кардиотокографии отмечались у 21,6% беременных. Кроме того, дети от матерей с атипичной формой по сравнению с детьми от матерей с типичной формой инфекции в 1,5 раза чаще рождались недоношенными, в 2 раза чаще - с признаками ЗВУР плода.

Заключение

Таким образом, наличие генитальной герпетической инфекции проводит к выражениям в последе, особенно при ассоциации с другими вирусами или бактериальной флорой, что в свою очередь способствует развитию инфекционных заболеваний у новорожденных. Женщин с герпетической инфекцией следует относить к группе высокого риска развития осложнений во время беременности и плацентарной недостаточности. Проведение своевременной комплексной поэтапной реабилитации приводит к снижению частоты осложнений у матери и плода, способствует улучшению перинатальных исходов.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Саркисова Л.В., Пулатова Р.А.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Актуальность

Из всех осложнений беременности преэклампсия на фоне ожирения оказывает наиболее неблагоприятное влияние на исход беременности, как у матери, так и у плода. При этом важная роль поддержания преэклампсии и выведения из организма беременной продуктов обмена матери и плода принадлежит почкам.



С этих позиций особого внимания заслуживает доплерометрическое исследование в почечных артериях и их внутриорганных ветвях, позволяющая определить последовательность нарушений внутриорганный кровообращения в зависимости от степени тяжести преэклампсии.

Цель

Изучение почечной гемодинамики у беременных с преэклампсией на фоне ожирения.

Материалы и методы

Нами проведено динамическое обследование 63 беременных в 3 триместре с преэклампсией и ожирением.

Результаты

О наличии гемоконцентрации и гиповолемии в сочетанной группе позволяет судить уровень гематокрита, который в сочетанной группе на 22,1% ниже, чем в контрольной. При исследовании беременных обнаружено достоверное снижение числа тромбоцитов венозной крови в группе с сочетанием преэклампсии и ожирения по сравнению с группой контроля на 16%. В группе с сочетанной патологией наблюдается укорочение времени свёртывания на 9%, времени рекальцификации 10,2%, отмечено возрастание протромбинового индекса на 11% и уровня фибриногена на 12%. Характер кровообращения в почках во многом определяет их функциональное состояние. Численное значение СДО в почечной артерии у беременных с преэклампсией на фоне ожирения ($1,34 \pm 0,28$) на 12% выше чем в контрольной ($2,65 \pm 0,30$), в артерии паренхимы. При преэклампсии и ожирении мы выявили достоверное увеличение численных значений СДО во всех трёх артериях почек у 26% беременных. При преэклампсии и ожирении мы выявили достоверное увеличение численных значений СДО во всех трёх артериях почек у 26% беременных. Анализ исследований показал, что при III стадии нарушений почечной гемодинамики помимо отёков и гипертензии обнаруживается протенурия (кровоток нарушен во всех трёх артериях, а суммарное периферическое сосудистое сопротивление в почечных и внутрипочечных артериях увеличивается более чем на 25% по сравнению с неосложнённой беременностью). В результате исследований, полученные при эхографической оценке размеров почек у беременных с преэклампсией и ожирением, установлено, что происходит достоверное увеличение общего объёма почек ($255,87 \pm 47,26$ см) в среднем на 3,8% по сравнению с неосложнённой беременностью ($218,83 \pm 40,18$ см), преимущественно за счёт возрастания объёма паренхимы в основной группе ($219,14 \pm 42,57$ см) на 8,9% по сравнению с контрольной ($189,32 \pm 22,86$ см).

Заключение

При тяжёлой форме преэклампсии и ожирении у 32,9% беременных мы отметили выраженное уменьшение чашечно-лоханочной системы по сравнению с неосложнённой беременностью.



Снижение почечного и внутрипочечного кровотока при преэклампсии на фоне ожирения находятся в прямо пропорциональной зависимости от изменений маточно-плацентарного и плодово- плацентарного кровотока. По мере нарастания степени тяжести преэклампсии и ожирения происходит повышение периферической сосудистой резистентности в почечных артериях. При этом снижение почечной гемодинамики на внутриорганном уровне в большинстве наблюдений выявляются раньше, чем в маточно-плацентарном.

Полученные данные убедительно свидетельствуют, что изменения анатомо-функционального состояния почек находятся в прямопропорциональной зависимости от тяжести преэклампсии и ожирения и выраженности гемодинамических нарушений в почках.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Дериш К.Ф.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сечнова

Актуальность

Синдром задержки роста плода (СЗРП) имеет большой удельный вес в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, достигая 40%, а репродуктивные потери и затраты на комплексное лечение детей с СЗРП, причиняют значительный социальный и экономический ущерб.

Цель

С целью определения наиболее значимых механизмов патогенеза СЗРП для разработки системы обследования и ведения беременных проведено проспективное обследование – 750 беременных.

Материалы и методы

Лабораторное обследование: ИФА инсулиноподобного фактора роста (ИФР), фактора роста плаценты (ФРП), сосудисто-эндотелиального фактора (СЭФР) и их растворимого рецептора (СЭФР-P1), АФА и их ко-факторов, ПЦР для выявления генных дефектов гемостаза в сыворотке крови беременных и новорожденных; иммуногистохимическое исследование плаценты для изучения апоптоза (Bcl-2) и пролиферации (Ki-67).

Результаты

Определение уровня факторов роста позволяет прогнозировать развитие и оценивать степень тяжести синдрома задержки развития плода. При формировании СЗРП наблюдается прогрессирующее снижение ИФР I. Уровень СЭФР при СЗРП II степени повышен в 3 раза, а при СЗРП III степени – в 3,5 раза. Концентрация СЭФР $\geq 67,1$ пг/мл в 22 нед. и 121 пг/мл в 23–29 нед. указывает на высокий риск



развития критического состояния плода. ФРП при СЗРП снижен на 47,1%. Низкие показатели ФРП ($\leq 133,67$ пг/мл в 16-22 нед. и $\leq 177,4$ пг/мл в 23–29 нед.) указывают на развитие СЗРП II и III степени. СЭФР-Р1 при СЗРП повышается в 2,4–4,6 раз. Значения рецептора $\geq 9,48$ нг/мл в 16-22 нед. и 11,15 нг/мл в 23–29 нед. указывают на развитие критического состояния плода

Наличие наследственных дефектов гемостаза предопределяет степень тяжести СЗРП. При СЗРП I степени их частота у матери и плода одинакова (16,33% и 16,7%), при СЗРП II и III степени – у матери в 1,7 раз выше (93,11% и 55,6%; 100% и 60%). Первое место по частоте встречаемости и у беременной и у плода занимает мутация С677Т в гене МТНFR – 67,1% и 30,53%; второе место – полиморфизм гена PAI-I 4G/4G – 42,9% и 23,53%; мутация в гене протромбина G20210A – 17,47% и 17,40%. Мультигенная тромбофилия и сочетание материнской и фетальной тромбофилии отмечено только при СЗРП средней и тяжелой степени.

При СЗРП выявлена высокая частота циркулирующих АФА и антител к ко-факторам АФА в крови матери и новорожденного. Прогностически неблагоприятной являются: концентрация АФА $\geq 0,6$ ед/мл, антител к аннексину V $\geq 0,2$ ед/мл; титр антител к протромбину $\geq 2,1$ ед/мл. Сочетанная циркуляция АФА и АТ к ко-факторам АФА в материнском и плодовом кровотоке приводит к СЗРП III степени.

При СЗРП закономерно меняется интенсивность процессов апоптоза и пролиферации. СЗРП характеризуется нарастанием процессов апоптоза. По мере прогрессирования СЗРП изменяется уровень маркеров апоптоза: антитела к аннексину V возрастают от 24,0% при легкой степени до 65,7% при тяжелой степени СЗРП, антиапоптозный белок Bcl-2 снижается от $2,33 \pm 0,12$ до $0,26 \pm 0,16$. При нарастании степени тяжести СЗРП отмечается снижение пролиферации в плаценте. При СЗРП I степени - 34,2, СЗРП II - 12,2 и при СЗРП III - всего 6,17 на 100 клеток. Уровень апоптоза предопределяет компенсаторный потенциал плаценты и эффективность терапии СЗРП. Чем выше уровень апоптоза, тем достоверно ниже эффективность лечения.

Заключение

Использование высокотехнологичных методов обследования беременных позволяет обеспечить профилактику, прогнозировать развитие, проводить комплексную патогенетически обоснованную терапию и использовать рациональную акушерскую тактику при синдроме задержки роста плода.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАТЕТЕРА FOLLEY В СОЧЕТАНИИ С ПРОСТАГЛАНДИНАМИ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II ТРИМЕСТРЕ

Сударева С.А., Ефремова Е.Г., Голованова В.А., Жежа С.В.

ГАОУЗ ГКБ №2

Актуальность

Аборты второго триместра составляют 10–15 % от всех абортов в мире, но именно на них приходится две трети основных осложнений. На сегодняшний день существует множество различных методик прерывания беременности во 2 триместре. Наиболее распространенные из них - медикаментозные методы проведения аборта во втором триместре, как более щадящие и сопровождающиеся меньшим количеством осложнений. В последнее время в литературе приводят данные о применении простагландинов в сочетании с механической дилатацией шейки матки, например, в сочетании с катетером Folley, как наиболее эффективный метод прерывания беременности у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения (Erçan Ö., Köstü B., Özer A., 2015 г.).

Цель

Сравнить эффективность комбинированного метода прерывания беременности во втором триместре (катетер Folley в сочетании с Мизопростолом) с методом прерывания беременности с применением простагландинов.

Материалы и методы

Проведен статистический анализ медицинских историй болезни 82 беременных, направленных на прерывание беременности в гинекологический стационар ГАОУЗ ГКБ №2 по медицинским показаниям со стороны плода в сроке гестации 17–21,6 недель. В основную группу вошли 42 женщины, которым проводилось прерывание Мизопростолом в сочетании с катетером Folley, в контрольную – 40 женщин с использованием только Мизопростола. Средний возраст беременных составил 30 лет. Паритет родов: повторнородящие (1 и более родов в анамнезе) – 60%, первородящие – 40%. Метод комбинированного способа заключался во введении в цервикальный канал катетера Folley №16–18, баллон которого раздувался введением 30–40 мл физ. раствора и оставался в цервикальном канале до 24 ч., далее давался Мизопростол сублингвально по схеме 200 мкг с интервалом в 4 часа до 4 доз. В контрольной группе прерывание беременности проводилось с использованием Мизопростола в дозе 200 мкг, с интервалом в 4 часа сублингвально до 4 доз. Противопоказания к проведению прерывания беременности с применением катетера Folley: срок гестации более 21,6 недели; аномалии прикрепления и расположения плаценты; хориоамнионит; аномалии развития половых органов и/или плода, препятствующие выкидышу через естественные родовые пути; тяжелая экстрагенитальная патология.



Результаты

В результате проведенного анализа, выявлена эффективность комбинированного метода прерывания беременности в 95% случаях. Лишь в двух случаях у беременных из основной группы метод оказался не эффективным. В 1 случае произведена плодоразрушающая операция, в связи с развитием кровотечения, в ходе прерывания беременности, еще в 1 случае было произведено малое кесарево сечение, в связи с аномалиями развития половых органов (удвоение матки). На основании полученных данных выявлено, что среднее время от начала индукции до выкидыша составило в основной группе 12,9 ч., в контрольной – 29,1 ч. ($p < 0,05$). Среднее количество Мизопростола, израсходованное на индукцию выкидыша в основной группе составило – 2,6 таб., в контрольной - 6,1 таб. ($p < 0,05$). В основной группе средний койко-день госпитализации сократился до 5,8 дней, по сравнению с контрольной, в которой средний койко-день составил 7,9 дней.

Заключение

Использование комбинированного метода прерывания беременности во втором триместре достоверно снижает среднее время проведения выкидыша, а также количество Мизопростола, необходимого для индукции выкидыша. Данный метод демонстрирует высокую эффективность и экономическую выгоду.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ

Упрямова Е.Ю., Гридчик А.Л., Самко А.А., Федотова А.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Актуальность

Важнейшим критерием качества медицинской помощи является показатель материнской смертности, который, согласно программы «Развитие здравоохранения» (распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. N 2511-р «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»») к 2020 году не должен превысить 15,5 на 100 тысяч живорожденных. Для достижения запланированных значений актуально знание тенденций материнской смертности (МС) не только в России, но и в отдельных субъектах федерации.

Цель

Целью исследования явился анализ причин материнской смертности в урбанизированном регионе.

Материалы и методы

Проведен клинико-статистический анализ 407 случаев МС в Московской области в период 1993–2014 годов. Анализ проводился путем сравнения измене-



ний в трех временных периодах по 6 лет каждый: 1993–1999 годы (1-й), 2000–2006 годы (2-й), с 2007 по 2013 год (3-й), дополнительно проанализирована динамика МС в 2014 году.

Результаты

В Московской области отмечается устойчивая тенденция снижения материнской смертности. Показатель МС в 1-м периоде составил 54,3 на 100 тыс. живорожденных, во 2-м – 37,3, в 3-м – 15,9, для сравнения в 2014 г. – 7,8; в 2015 г. – 9,5 соответственно, что свидетельствует о совершенствовании качества оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам. Снижение МС происходило на фоне сокращения акушерских коек в 2013 году на 38,9% и увеличения нагрузки на медицинский персонал службы родовспоможения.

Частота операции кесарева сечения в акушерских стационарах области за 21 год увеличилась в 2,3 раза и составила в 1-м периоде – 9,0%, во 2-м – 13,4%, в 3-м – 20,6%, что привело к повышению роли тромбозоболоческих осложнений – 9,2%, 10,9%, 12,0%, осложнений анестезиологических и реанимационных пособий – 4,2%, 4,5%, 9,8% в 1, 2 и 3 периодах соответственно.

В структуре экстрагенитальных заболеваний, как причин смерти, снизилась роль заболеваний мочеполовых органов с 1,7% до 1,1%, желудочно-кишечного тракта – с 6,7% до 3,3%. Удельный вес злокачественных заболеваний оставался стабильным, и колебался в циклах от 2,5% до 3,3%. Несмотря на общее снижение частоты смертей от заболеваний сердечно-сосудистой системы с 8,3% в 1-м периоде, до 3,3% в 3-м, частота смертей от инсультов и разрыва аневризм крупных магистральных сосудов увеличивалась с 6,7% до 8,7%. Достоверно увеличилась частота смертей от бронхолегочной патологии, составив по периодам 5,0%, 10,9%, 14,1%. В структуре заболеваний, приведших к МС, во 2-м и 3-м периодах соответственно в 0,8% и 4,3% случаев был СПИД (терминальная стадия).

Акушерские причины МС снизились: кровотечения с 16,6% до 9,8%, гестоз с 19,2% до 15,1%, сепсис с 8,3% до 5,4%, разрыв матки с 4,2% до 2,2%.

Заключение

Проведенный анализ свидетельствует, что имеются социальные, медицинские и организационные резервы для снижения МС в Московской области, приоритетно в улучшение работы трехуровневой системы помощи женщинам в период беременности, родов и послеродового периода.

БИСОПРОЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ

Цигулева О.А., Арутюнян Н.С.

Алтайский государственный медицинский университет

Актуальность

Последние годы отмечается увеличение артериальной гипертензии, возникающей у беременных на фоне роста числа пациенток с ожирением, метаболиче-



ским синдромом, сахарным диабетом и, так называемых, «возрастных» беременных. В большинстве международных и отечественных рекомендаций препаратом первой линии для лечения артериальной гипертензии (АГ) является препарат метилдопа (допегит). Допегит оказывает влияние на центральные механизмы регуляции АГ, он проникает через гематоэнцефалический барьер и действует на сосудодвигательный центр. Метилдопа успешно доказал свою эффективность, а также безопасность для матери и плода. Однако, препарат не лишен существенных недостатков и имеет большое количество нежелательных побочных реакций, может вызывать анемию, спровоцированную нарушением образования эритроцитов или гемолитическую анемию, связанную с накоплением аутоантител. Для контроля АД у беременных также нередко используется препарат бисопролол – селективный бета1-адреноблокатор без собственной симпатомиметической активности.

Цель

Целью нашей работы был сравнительный анализ метилдопы и бисопролола в контролируемом исследовании у 66 беременных. Известно, что одним из ведущих механизмов АГ в период беременности является дефицит синтеза эндотелиального оксида азота. Поэтому мы избрали в качестве альтернативы бета-адреноблокатор бисопролол, который не вызывает дефицита синтеза оксида азота в сосудах, сонливости, депрессии, «синдрома отмены» и дает эффективный антигипертензивный ответ.

Материалы и методы

Пациентки с АГ были разделены на 2 группы, по 33 человека в каждой. В 1-й группе АГ коррелировалась с помощью метилдопы, во 2-й – применялся бисопролол, так как имелись противопоказания к применению метилдопы. Возраст беременных колебался от 20 до 42 лет, исследование имело место во II и III триместрах. Проводились клинические, биохимические анализы, изучались показатели электрокардиограммы, эхокардиографии матери и УЗИ плода, а также доплерография и суточное холтеровское мониторирование профиля АД, оценивался уровень атерогенности. Допегит назначался начиная от 250 мг в сутки, с последующим увеличением дозы до 750 мг. Бисопролол – в дозе 5 мг в сутки. Индекс кардиоселективности метилдопы составил – 1,20; бисопролола – 1,75. Метилдопа выводится в основном почками, в связи с этим тщательно контролировался уровень белка в общем анализе мочи, креатинин крови и мочи, клубочковая фильтрация. Изучались показатели функции печени, прямая и непрямая пробы Кумбса (в связи с возможным накоплением антител).

Результаты

Эффект от лечения в обеих группах был удовлетворительным, беременность благополучно развивалась. Более того, у 7 пациенток 2-й группы бисопролол купировал единичную желудочковую экстрасистолию. Бисопролол не оказывал неблагоприятного действия на липидный профиль крови.

Заключение

Таким образом, бисопролол позволил эффективно бороться с АГ у беременных, имеющих противопоказания к приему допегита. Он способствовал снижению индекса атерогенности, нормализации АД, восстановлению реологических



свойств крови, улучшению состояния сосудистой стенки. Исходы беременности при применении данного препарата показали отсутствие риска брадикардии плода, снижения веса плода и дистресс-синдрома у новорожденных. Все перечисленное позволило рекомендовать бисопролол как препарат замены.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Чернобай Е.Г., Пенжоян Г.А., Скопец В.В.

ГБУЗ ККБ №2 Перинатальный центр, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ, г. Краснодар.

Актуальность

В настоящее время туберкулез не является социально значимой проблемой. Однако частота заболеваемости туберкулезом беременных и родильниц в 2 раза превышает таковую в популяции. Разработка принципов оказания помощи в данной группе пациенток, преемственности и согласованности совместной работы фтизиатров и акушеров-гинекологов имеет огромное значение.

Цель работы

Изучить особенности ведения беременности, родов и послеродового периода у пациенток, больных туберкулезом.

Задачи исследования

Провести анализ ведения беременности, родов и послеродового периода пациенток с туберкулезом легких, выявить особенности, закономерности течения заболевания и проанализировать этапы оказания помощи.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни родивших женщин (n=54) страдающих туберкулезом легких, находившихся в наблюдательном отделении ГБУЗ ККБ №2 Перинатальный центр с 2011 по 2015 год.

Результаты и обсуждения

Проанализировано 54 сл. родоразрешения пациенток, страдающих туберкулезом легких, в возрасте от 17 до 44 лет (средний возраст 27,8 лет). Диагноз поставлен на основании жалоб, клинических данных, верифицирован ПЦР, микроскопическим исследованием мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий, данными КТ и рентген – исследования. Большинство из женщин (77,8%) к моменту поступления в стационар знали о своем диагнозе и состояли на учете в противотуберкулезных диспансерах края. У 88,1% регулярно проводилась плановая противотуберкулезная терапия, у 4,8% – неспецифическая антибактериальная



терапия, а 3 пациентки (7,14%) лечение не проводили, несмотря на назначения врачей. У остальных 12 сл. (22,2%) туберкулез выявлен впервые в родильном доме при обязательном ренген – исследовании органов грудной клетки в ближайшие сутки послеродового периода. В 2011г. таких пациенток было 16,7% (от впервые выявленного туберкулеза), в 2012 – 5 сл. (41,7%), в 2013 г. – 3 сл.(25%), в 2014 г. – 2 сл.(16,3%). В 2015 г. пациенток с впервые выявленным туберкулезом не было. Неудовлетворительные социально-бытовые условия наблюдались у 15 женщин (27,8%), среди которых одна была БОМЖ. У 26 пациенток туберкулез сочетался с социально значимыми заболеваниями и зависимостями, так у 9,3% был обнаружен ВИЧ, у 5,6% – хр. гепатит «С», у 3,7% выявлена опийная зависимость, у 30,3% – никотиновая. Бактериовыделителями были 7 пациенток (12,6%). Решение о способе и сроках родоразрешения принимал консилиум акушеров-гинекологов и фтизиатров, который проводится у пациенток в сроке 35–36 нед. на базе противотуберкулезного диспансера (ПТД). Женщины во время беременности наблюдались специалистами совместно. В плановом порядке или с развитием родовой деятельности они переводились в ПЦ (в обсервационное отделение). 89% пациенток были родоразрешены в сроке 37–41 нед., из них 25% – путем операции кесарево сечение, остальные рожали через естественные родовые пути. В сроке 30–36 нед. закончили беременность 11% женщин, у троих из них было абдоминальное родоразрешение. Показания к абдоминальному родоразрешению (14 сл.) распределились следующим образом: в 50% (7 сл.) это было тяжелое туберкулезное поражение легких с декомпенсированной дыхательной недостаточностью, в 14,2% – тяжелая экстрагенитальная патология (высокая вирусная нагрузка у ВИЧ-инфицированной пациентки и опухоль головного мозга). Акушерские показания: в 28,6% (4 сл.) – рубцы на матке в сочетании с незрелыми к сроку родовыми путями, в 7,1% (1 сл.) – преэклампсия тяжелой степени. Случай мертворождения был один в сроке 23-24 недели (интранатальная гибель плода). Практически все (98%) новорожденных родились живыми, из них 77,8% имели оценку по Апгар 8–9 баллов. Хроническая ПН диагностирована в 63% (34 сл.). В 2 случаях (5,8%) она была декомпенсированная, в 3 сл. субкомпенсированная (8,8%), в 29 сл. (85,3%) компенсированная. Оценка состояния плодов проводилась при помощи КТГ, доплерометрического, УЗИ. С клиническими проявлениями СЗРП родились 57,4% новорожденных (31 сл.), из них у 73,4% – 1 степень, у 17,6% – второй степени. Со всеми родильницами в послеродовом периоде проведена беседа о запрете кормления ребенка грудью, необходимости раздельного пребывания с новорожденным. Пациентки с впервые выявленным в роддоме туберкулезом переводились в ПТД для лечения, новорожденные, в зависимости от состояния, были выписаны домой под опеку ближайших родственников или переведены на второй этап выхаживания в профильные детские отделения. Акушерские осложнения в родах были в двух случаях. В одном случае роды осложнились ранним гипотоническим кровотечением, в другом – последовый период осложнился частичным интимным прикреплением плаценты (проводилось ручное отделение плаценты и выделение последа).

Заключение

Туберкулез не является заболеванием социально неадаптированных групп. Об этом свидетельствует частота выявления туберкулеза легких у родильниц в анали-



зируемой группе. В гр. высокого риска по заболеванию туберкулезом можно отнести пациенток с социально значимыми заболеваниями (ВИЧ, гепатиты), патологическими зависимостями (наркомания, табакокурение). Поздний послеродовой период у пациенток с данным заболеванием имеет обычное течение. Раннее выведение пациенток из родильного стационара (перевод через 2–4 часа после самостоятельных родов, через 6–12 часов после абдоминального родоразрешения) вполне оправдано при условии должной преемственности между акушерами-гинекологами роддома и врачами ПТД. У пациенток с тяжелым поражением легких, компенсированных по дыхательной недостаточности роды протекают благоприятно через естественные родовые пути, о чем свидетельствует проведенный анализ. Состояние новорожденных напрямую зависит от срока гестации. Плацентарная недостаточность развивается в подавляющем большинстве случаев, но ее удастся компенсировать при адекватном лечении основного заболевания.

МОДИФИКАЦИЯ ТРОФИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ГИПОТРОФИИ ПЛОДА

Шкотова Е.О., Линде В.А., Друккер Н.А., Зенкина З.В.,
Дурницына О.А., Григорянц А.А.

РНИИАП

Актуальность

Любые патологические процессы, происходящие в системе мать-плацента-плод, находят свое отражение в модификации состава амниотической жидкости. Одним из наиболее информативных критериев состояния плода служит изменение количественных показателей клеточных биорегуляторов трофической функции околоплодных вод, поскольку именно состояние регуляторных процессов метаболизма, протекающих на протяжении внутриутробного периода, отражает возможные нарушения развития плода.

Принципиально новую информацию о задержке роста плода (ЗГР) может предоставить новый подход, позволяющий оценить нарушения взаимосвязанных реакций метаболомных процессов роста и развития плода.

Цель

Изучение клеточных биорегуляторов трофических реакций белковой природы в формировании гипотрофии плода.

Материалы и методы

В исследование были включены 46 беременных в возрасте 22–39 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин с неосложнённым течением беременности и родов (39–40 нед.) Основную группу составили



26 женщин, беременность которых осложнилась гипотрофией плода. Масса тела новорожденных была в пределах 1900–2350 г.

Материалом для исследования служили околоплодные воды, полученные в первом периоде родов, в которых определяли содержание кахектина, рецептора инсулина, транспортного белка глюкозы (GLUT-4) иммуноферментными методами, используя наборы фирмы «Bio Vender» (Чехия) на микропланшетном фотометре Sunrise «Tecan», (Швейцария).

Результаты

Полученные результаты показали, что в амниотической жидкости рожениц с задержкой роста плода (ЗРП) имеет место повышение уровня кахектина более чем в 1,5 раза. При этом содержание рецепторов инсулина было снижено в 15,6 раза, а GLUT-4 – в 2 раза. В физиологических условиях для реализации трофической функции клеток инсулин связывается со своим рецептором на клеточной мембране, после чего данный комплекс попадает в цитоплазму и активирует глюкозо – транспортный белок. Последний транслоцируется из клетки и осуществляет транспорт глюкозы к мышечной и жировой тканям. Сравнительный анализ изученных биохимических соединений выявил значительные нарушения в содержании трофических компонентов регуляторной системы. Усиление продукции кахектина – мощного провоспалительного цитокина – и, как следствие секреции в амниотическую жидкость при гипотрофии плода, является ведущим фактором в данной патологии, так как рост его вызывает модификацию рецептора инсулина. Нарушение формирования комплекса инсулин-рецептор обуславливает изменение процесса транслокации инсулина в цитоплазму и модификацию функции GLUT-4. Следствие такой метаболической ситуации может отрицательно сказываться на динамике роста плода в связи с ее негативным влиянием на энергообеспечение плода и процессы пролиферации.

Заключение

Полученные нами данные позволяют расширить представления о молекулярных механизмах развития ЗРП и использовать в этом случае патогенетическую терапию, направленную на лечение воспалительного процесса.

НОВЫЕ РОССИЙСКИЕ МОДИФИКАЦИИ АКУШЕРСКИХ ПЕССАРИЕВ-СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шнейдерман М.Г.

ФГБУ «НЦАГиП им. В.И.Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Изучение имеющихся разновидностей акушерских pessaries выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при использовании.



Наиболее частым из них является возникновение чувства дискомфорта, боли и смещение и выпадение введенных во влагалище пессариев. Нередко пессарий не выполняет свою основную функцию: профилактику раскрытия шейки матки при беременности и истмико-цервикальной недостаточности. Появление обильных влагалищных выделений и образование пролежней на стенке влагалища также связано с качеством используемого материала, плотностью. Кроме того, нередко влагалищные раздражения, бактериальный вагиноз, актиномикоз, аллергические реакции на латекс.

Цель

Новая модифицированная модель акушерских пессариев, разработанная в ФГБУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России надежно препятствует раскрытию шейки матки у беременных женщин при истмико-цервикальной недостаточности или при привычном выкидыше, а также предупреждает опущение стенок влагалища, предотвращает непроизвольную потерю мочи и недержание мочи при напряжении, кашле, чихании и поднятии тяжестей. Кроме того, устройство обеспечивает возможность фиксации уретровезикального угла в правильном анатомо-физиологическом положении, уменьшает площадь соприкосновения пессария со слизистой стенки влагалища, эффективно обеспечивает отток влагалищного отделяемого.

Материалы и методы

Принципиально новым в последней модификации акушерского пессария является наличие четырех вертикальных силиконовых пластинок, исходящих от нижней поверхности кольца и не дающих пессарию сместиться или развернуться в неправильную позицию.

Установка пессария возможна в амбулаторных условиях, снижается риск инфицирования и травматизма в родах – все это повышает экономическую целесообразность применения пессария.

Новая модель пессария легко и удобно сжимается при введении во влагалище благодаря наружным вырезам, куда помещаются пальцы и легко извлекаться из влагалища.

Результаты

Преимущество новой модели акушерского пессария перед существующими образцами состоит в следующем:

1. За счет наружных вырезов и вертикальных пластинок, препятствующих смещению и выпадению пессария, происходит дополнительная фиксация кольца во влагалище.
2. Благодаря четырем выпуклостям, по внутренней поверхности кольца предотвращается нежелательное раскрытие цервикального канала у беременных женщин при истмико-цервикальной недостаточности и достигается сохранение беременности
3. Повышается удобство и простота сжимания пессария при его введении во влагалище



4. За счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища
 5. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого через наружные вырез.
 6. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений
 7. Не наблюдаются аллергические осложнения
 8. Легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища
- Оптимальное время использования акушерского пессария – от 14 недель до 38 недель беременности, после чего пессарий извлекается.

Заключение

Использование нового вида акушерских пессариев позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем, уменьшить неблагоприятные исходы беременности и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ ПОДРОСТКАМ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т.,
Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.**
ДРЦОМД

Актуальность

Улучшение состояния здоровья девочек и особенно девочек подростков следует рассматривать, как реальную возможность улучшения демографической ситуации, поскольку они являются ближайшим резервом воспроизводства населения.

Цель

Целью настоящего исследования было изучение профилактической помощи девочкам в Донецкой области.

Материалы и методы

Был проведен анализ помощи девочкам подросткам.

Результаты

Служба детской и подростковой гинекологии в Донецкой области была создана в 1988 году, а в 1992 году с открытием отделения детской гинекологии завершилось формирование системы оказания лечебно-профилактической помощи девочкам и девочкам подросткам с патологией репродуктивной системы.



Для улучшения оказания помощи девочкам и девочкам подросткам в сфере охраны репродуктивного здоровья необходимо:

- нормативными документами определить объем оказания медицинской помощи на каждом уровне, показания для направления к детскому гинекологу, систему взаимодействия между специалистами разных уровней;
- повысить информированность врачей общей практики семейной медицины по вопросам нормы и патологии полового развития путем организации лекций и семинаров на местах с привлечением детских гинекологов и сотрудников кафедр акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО Дон НМУ им. М. Горького;
- максимально использовать возможности СМИ для повышения информированности населения по вопросам репродуктивного здоровья;
- поддержка со стороны администрации лечебных учреждений и органов управления.

Стационарное лечение девочек с гинекологической патологией проводится в специализированном отделении детской гинекологии Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства. В случае ургентной ситуации или отказа родителей от госпитализации в специализированное отделение (подтвержденной документально), возможно проведение лечебных мероприятий в условиях гинекологического отделения по месту жительства с обязательной последующей консультацией детского гинеколога ДРЦОМД.

Количество патологии, которая требует ургентного лечения и выявляется смежными специалистами (пубертатные маточные кровотечения, новообразования яичников, преждевременное половое созревание) или родителями как результат повышения их информированности (синехии половых губ), остается на прежнем уровне.

Следует обратить особое внимание на уровень аборт у подростков, который за последний год вырос почти в два раза. Каждый четвертый аборт в этом возрасте проводится у повторнобеременных, то есть имеющих в анамнезе прерывание беременности или роды. Настораживает тот факт, что только 60% родов в возрасте 14–16 лет произошли у первобеременных. Всего 15–20% девочек подростков применяют противозачаточные препараты.

Заключение

Таким образом, при отсутствии четкой системы проведения профилактических осмотров, диспансеризации (не определено, на каком уровне она проводится, не регламентировано взаимодействие между врачами общей практики семейной медицины и детскими гинекологами) трудно говорить о проведении профилактических и реабилитационных мероприятий.



Раздел 2

Гинекология

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Артюшков В.В., Пономарев В.В.

ГБУЗ ККБ №2, отделение гинекологии

Актуальность

Лапароскопический доступ является предпочтительным для лечения всех форм наружного генитального эндометриоза, а комбинирование оперативных методов лечения и гормонотерапии позволяет добиться полного устранения симптомов заболевания и достижения устойчивой ремиссии. Повторная лапароскопия после проведенной гормонотерапии позволяет наиболее полно оценить качество проведенного лечения, и в случае необходимости, провести дополнительную санацию эндометриодных инфильтратов.

Цель

Целью исследования являлась оценка эффективности комплексного лечения наружного генитального эндометриоза, проанализировав результаты работы отделения гинекологии за период с 2010 по 2015 год.

Материалы и методы

За 5 лет работы гинекологического центра было произведено 1816 хирургических лапароскопий по поводу наружного генитального эндометриоза. Из них 970 больных (53,4%) с минимальным и легким эндометриозом, 811 (44,6%) – с умеренным эндометриозом и 35 больных (2%) – с тяжелым эндометриозом (по классификации Американского общества по репродуктивной медицине, 1996 г.). Средний возраст больных составил 30 лет. Длительность заболевания составила от 3 до 12 лет, в среднем – 6,9 лет.

Объем оперативного вмешательства определялся в зависимости от распространенности процесса, жалоб, возраста больной и желания сохранить репродуктивную функцию. В зависимости от локализации и стадии патологического процесса проводилось иссечение эндометриодных гетеротопий в пределах здоровых тканей, при тяжелых формах инфильтративного эндометриоза с вовлечением



в патологический процесс мочевого пузыря и толстого кишечника – с одномоментной пластикой указанных органов с привлечением смежных специалистов. Сразу после гистологического подтверждения диагноза на 4–6 месяцев назначалась гормональная терапия: агонистами гонадотропин – рилизинг гормонов (золадекс, бусерелин, диферелин). Всем пациенткам с целью контроля качества проведенного лечения назначалась повторная лапароскопия по окончании курса гормонотерапии.

Результаты

Из 1816 (100%) пациенток во время проведения контрольной лапароскопии патологии не было обнаружено у 708 (39%) больных, были диагностированы единичные очаги эндометриоза брюшины малого таза у 581 (32%) пациенток и спаечный процесс различной степени тяжести у 725 (40%) пациенток, у 90 (5%) женщин был диагностирован рецидив наружного генитального эндометриоза, вероятнее всего, связанный с неполным удалением эндометриодных инфильтратов при проведении первой операции.

Заключение

Таким образом, основным методом лечения эндометриоза является хирургический – радикальное удаление очагов. Однако даже при своевременно проведенном лечении не всегда достигается полный клинический эффект и его приходится дополнять гормональным. Но и самые эффективные современные препараты не гарантируют излечение. Наиболее жизнеспособные гетеротопии переживают состояние медикаментозной гипоестрогении и являются субстратом для рецидива. Иногда встречается неадекватная реакция на проведенное лечение – быстрое прогрессирование процесса. Достоверно оценить ожидаемый результат, произвести дополнительную деструкцию очагов эндометриоза и коррекцию спаечного процесса позволяет контрольная лапароскопия. Исходя из результатов исследования, становится очевидным необходимость проведения «second look» лапароскопии для оценки эффективности проведенного комплексного лечения генитального эндометриоза.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАРГЕТНЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСЕ НЕЙРО-РЕФЛЕКТОРНЫХ И НАТУРОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА

Арутюнян А.Ф., Гайдуков С.Н., Костюшов Е.В., Лунева О.М.

ГБУЗ ЛО

Актуальность

Отсутствие патогенетически обоснованной эффективной консервативной терапии приводит к тому, что 30–40 % женщин подвергаются оперативному лечению.



Цель

Оценка эффективности применения таргетных медикаментозных средств в комплексе нейро-рефлекторных и натуротерапевтических методов в терапии аденомиоза.

Материалы и методы

Обследовано 209 женщин с диффузным аденомиозом. На основании данных обследований из 49 обследованных женщин у 15 верифицировали аденомиоз I степени (1-я группа), у 19 – аденомиоз II степени (2-я группа), а у 15 – аденомиоз III степени (3-я группа). Пациенткам с аденомиозом I степени (1-я группа) назначили ТЭС-терапия (Транскраниальная электростимуляция) 1 курс, затем индинол и эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 6 месяцев и в конце лечения еще 1 курс ТЭС-терапии. Пациенткам с аденомиозом II степени (2-я группа) назначили гирудотерапию 1 курс, ТЭС-терапию 1 курс, затем индинол и эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 6 месяцев и в конце лечения повторяли курс ТЭС-терапии и курс гирудотерапии. У 8 (53,3%) пациенток с аденомиозом III степени (3-я группа) основным симптомом был выраженный болевой синдром. Лечение данных пациенток было такое же, как и у больных аденомиозом II степени (2-я группа). А у 7 (46,7%) пациенток третьей группы основным симптомом была гиперполименорея. Данная группа больных получала агонисты гонадотропин-релизинг-гормона (бусерелин-депо по 3,75 мг/мес) внутримышечно в течение 3 месяцев. Затем индинол и эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 6 месяцев. Эффективность проводимой терапии оценивали клиническими проявлениями.

Результаты

У всех больных с аденомиозом II степени (2-я группа) на фоне проводимой терапии отмечено полное исчезновение мажущих темно-коричневых выделений через три месяца и последующих 12 месяцев наблюдения этот симптом не беспокоил. У 17 (89,5%) женщин с аденомиозом II степени (2-я группа) наблюдалось полное исчезновение болевого синдрома (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 4–6 баллов, умеренная) и на протяжении 12 месяцев боли не беспокоили. Остальные 2 (10,5%) женщины отметили уменьшение интенсивности болей (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 7–9 баллов, сильная). У 6 (85,7%) женщин из 7 с аденомиозом III степени (3-я группа), где основным симптомом была гиперполименорея, на фоне проводимой терапии через три месяца наблюдалось уменьшение интенсивности и продолжительности месячных. Они стали менее обильными и менее продолжительными (3–4 дня) на протяжении 12 месяцев наблюдения. У 7 (87,5%) женщин из 8 с аденомиозом III степени (3-я группа), где основным симптомом был болевой синдром, наблюдалось полное исчезновение болевого синдрома (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 7–9 баллов, сильная) и на протяжении 12 месяцев боли не беспокоили. Болевой синдром сохранился только у одной (12,5%) пациентки из данной группы, однако, интенсивность болей у нее значительно уменьшилась (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 7–9 баллов, сильная).



Заключение

Результаты исследования показали, что эффективность этапного консервативного лечения аденомиоза зависит от морфологической степени и от симптомов заболевания. Использование препаратов индинол и эпигаллат открывают новое направление в терапии данного заболевания, а натуротерапевтические методы – новые возможности в комплексной терапии аденомиоза.

БЕССИМПТОМНОЕ ВПЧ-НОСИТЕЛЬСТВО И ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ЦЕРВИКАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ (ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ)

Боровиков И.О., Холина Л.А., Назаренко Е.И.

Кубанский государственный медицинский университет

Актуальность

В патогенезе ПВИ большую роль играют иммунные механизмы, как на системном, так и на локальном уровне, которые позволяют вызывать активацию транскрипции ДНК ВПЧ, его интеграцию в клетку и последующей активации неопластических процессов. Учитывая клиническое течение ПВИ и различные степени поражения, особую значимость приобретает определение состояния адаптационных систем организма, особенно на ранних стадиях ВПЧ-поражения шейки матки, что позволит в дальнейшем разработать индивидуальную тактику менеджмента данного контингента больных.

Цель

Оценка соотношений генов про- и противовоспалительных цитокинов периферической крови у пациенток с ВПЧ-носительством и с низкой степенью цервикального интраэпителиального поражения (LSIL).

Материалы и методы

У пациенток, включенных в исследование, проведена сравнительная оценка содержания ДНК основных цитокинов периферической крови. Сравнивали образцы ДНК, полученные от 45 женщин с LSIL и группой бессимптомного носительства высокоонкогенных типов ВПЧ (40 женщин). Пациенткам провели типирование генетических полиморфизмов, ассоциированных с системой цитокинов (ПЦР-РВ). В зависимости от преобладания генома про- или противовоспалительных цитокинов в исследуемых клинических группах мы попытались выделить 3 генотипа: сбалансированный, провоспалительный и противовоспалительный.



Результаты

Выявлено, что у женщин с LSIL нет существенных различий по сравнению с группой бессимптомных ВПЧ-носителей в частоте встречаемости аллелей и генотипов следующих генов: IL-12 β в локусе -1188(C>A), IL-10 в области -592A>C и в двух позициях гена СЭФР-А 936C>T и -634G>C. Определение генов цитокинов, относящихся к членам семейства IL-1, не выявило их клинической значимости в отношении патологии шейки матки. При этом выявлены различия в полиморфизмах генов, кодирующих белки провоспалительных цитокинов - IL-6 и TNF α , в группах женщин с LSIL по сравнению с группой ВПЧ-носительства. Отмечены характерные для LSIL полиморфизмы генов провоспалительных цитокинов: полиморфной аллели С гена IL-6 (гаплотипы C/C и G/C) и гомозиготный вариант гена TNF α (G/G). Также обнаружено, что сочетание гаплотипов C/C и G/C гена IL-6 и G/G гена TNF α встречалось у $71,1 \pm 9,1\%$ ($p < 0,05$) пациенток с LSIL. В ходе данного генетического скрининга не было выявлено взаимосвязи между полиморфизмами генов противовоспалительных цитокинов IL-12 β , IL-10, СЭФР-А, цитокинов, относящихся к членам семейства IL-1 и наличием поражения шейки матки. В то же время специфические закономерности выявлены при изучении точечных замен нуклеотидов в промоторной зоне генов IL-6 и TNF α . Определено, что обнаружение аллели С гена IL-6 связано повышением частоты ВПЧ-патологии шейки матки, тогда как гомозиготный генотип G/G был типичен для пациенток с бессимптомным ВПЧ-носительством. В этой группе замена нуклеотидов G>A в позиции -308 промотора гена TNF α выявлялась более часто. В то время как при LSIL в $94,9 \pm 11,3\%$ ($p < 0,05$) были обнаружены гомозиготы по аллели G. Также, характерно для LSIL сочетание в генотипе полиморфной аллели С гена IL-6 и генотипа G/G гена TNF α (шансы ВПЧ-поражения увеличиваются в 6,9 раза).

Заключение

При LSIL преобладают противовоспалительные генотипы ($71,2 \pm 9,8\%$), в группе пациенток с бессимптомным ВПЧ-носительством намного чаще встречался провоспалительный генотип ($63,3 \pm 8,5\%$). Количество сбалансированных генотипов статистически не отличалось во всех группах.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА

Гайдуков С.Н., Арутюнян А.Ф., Костюшов Е.В., Лунева О.М.

ГБУЗ ЛО

Актуальность

Поиск иммунологических механизмов развития аденомиоза и разработки эффективных методов консервативного лечения опухолевого процесса в миоме-



трии в связи широкой распространенностью заболевания среди женщин и высокой частотой оперативного лечения.

Цель

Количественное определение основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови и изучение роли цитокинов в перитонеальной жидкости у пациентов с различными клиническими вариантами течения аденомиоза.

Материалы и методы

Количественное определение основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови выполнялось у 49 женщин. Окрашивание сочетаниями антител CD45/CD14, CD3/CD19, CD4/CD8, CD3/CD(16+56), CD3/HLADR, меченных флюорохромами FITC и PE набора Simultest Kit, («Becton Dickinson», США) проводили в темноте при комнатной температуре в течение 30 минут. Было проведено клиническое обследование 27 пациенток: 20 женщин, имевших аденомиоз (основная группа) и семь – не имевших аденомиоз (группа сравнения), которым выполнялась диагностическая лапароскопия. Материалом для иммунологического исследования являлась перитонеальная жидкость (ПЖ), полученная в ходе оперативного вмешательства при лапароскопии или лапаротомии. Полученные пробы перитонеальной жидкости подвергались исследованию с помощью мультиплексного определения цитокинов на аппарате Bio-Plex («Bio-Rad», США). Использовалась стандартная Th1/Th2-панель, состоящая из 9 показателей: IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IL-12, IL-13, GM-CSF, IFN- γ и TNF- α .

Результаты

Сопоставление данных иммунофенотипирования лимфоцитов периферической крови у больных с аденомиозом в зависимости от наличия или отсутствия клинических проявлений заболевания выявило достоверное увеличение относительного содержания В-лимфоцитов (CD3-CD19+) у 31 (63,3%) больных, у которых аденомиоз протекал с клиническими проявлениями ($p=0,045$). Определено значимое увеличение относительного содержания В-лимфоцитов (CD3-CD19+) ($p=0,035$) и натуральных киллеров (CD3-CD(16+56)+) ($p=0,025$) у 31 (63,3%) пациенток с пролиферирующей формой аденомиоза по сравнению с больными, имевшими стабильную или фиброзную форму опухоли. Выявлена связь частоты развития меноррагий и высокого содержания Т-лимфоцитов (CD3+CD(16+56)-) ($p<0,05$) и Т-киллеров (CD3+CD(16+56)+) ($p<0,05$). Результаты проведенного исследования показали достоверное повышение уровня IL-10 у пациенток с аденомиозом при сопоставлении с группой сравнения ($p=0,016$). Были выявлены достоверно повышенные уровни IL-10, GM-CSF, IFN- γ и TNF- α у пациенток с длительностью течения заболевания более 5 лет по сравнению с пациентками, у которых аденомиоз существовал менее 5 лет ($p<0,05$). У пациенток с размером матки, соответствовавшим величине менее 8 недель беременности, уровень IFN- γ был достоверно выше, чем в группе больных размером аденомиоза более 8 недель ($p=0,002$).



Заключение

Следовательно, выявленные отклонения в субпопуляционном составе лимфоцитов периферической крови были наиболее выражены при течении заболевания, сопровождающегося клиническими проявлениями: наличием меноррагий, прогрессированием заболевания. Наблюдаемая при аденомиозе обратная корреляция содержания IFN- γ в перитонеальной жидкости с размером матки, возможно, является фактором, замедляющим развитие заболевания. Очевидно, что недостаточность клеточного звена иммунного ответа является одной из предпосылок прогрессирования аденомиоза.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ В МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ. ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Гусак Ю.К., Тарасов В.Н., Назимова С.В., Глуховец И.Б., Гусак Н.Ю.

ГБОУ ВПО РязГМУ им. ак. И.П. Павлова

Актуальность

Поиск оценки морфо-функциональной активности эндометрия на этапе прегравидарной подготовки женщин- актуальная задача практического акушерства.

Цель

Целью исследования было оценить прогностическое значение специфических белков (ПАМГ и АМГФ) в менструальной крови женщин в процессе реабилитационных мероприятий при бесплодии эндокринного генеза.

Материалы и методы

Обследовано 60 пациенток в возрасте от 23 до 33 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу первичного (32) и вторичного (28) бесплодия по стандартному протоколу, включавшему общеклиническое обследование, инфекционный скрининг (инфекции TORCH комплекса, ПЦР-диагностика ИППП), оценку менструального цикла (базальная термометрия, гормональный скрининг, морфология эндометрия накануне предполагаемой менструации), ГСГ, исследование эякулята у партнера. У всех наблюдаемых женщин определяли концентрацию специфических белков в менструальной крови- а2-микроглобулина фертильности (АМГФ) и плацентарного микроглобулина (ПАМГ) до и после терапии.



Результаты

Установлено, что 45 пациенток страдают бесплодием эндокринного генеза, а у 15 – бесплодие трубно-перитонеального происхождения и бесплодие обусловленное мужскими факторами. При обнаружении у обследуемых признаков бактериального вагиноза, кольпита, дисбиоза и др. назначали сорбционное аппликационное лечение с использованием Энтеросгеля (как в монотерапии, так и в комбинации с метрогилом или клотримазолом). В дальнейшем все обследованные были разделены на 4 клинические группы. В 1-ю группу были включены 15 пациенток, у которых был обнаружен синдром хронической ановуляции, подтвержденный клиническими данными, гормональным скринингом, морфологией эндометрия. Вторую группу составили 15 женщин, у которых проводилось лечение бесплодия, обусловленного синдромом ановуляции с помощью антиэстрогенов центрального действия, но добиться беременности не удалось. Третью группу составили 15 пациенток с эндокринным бесплодием, которые забеременели при стимуляции функции яичников кломифен-цитратом в терапевтической дозировке. В четвертую группу были отнесены 15 женщин, у которых бесплодие с трубно-перитонеальными и мужскими факторами. При анализе результатов определения ПАМГ и АМГФ в менструальной крови обследованных, было обнаружено, что концентрация ПАМГ не имела достоверных различий между клиническими группами и составляла $10,33 \pm 3,82$; $12,00 \pm 4,33$; $16,67 \pm 2,31$; $11,50 \pm 2,45$ нг/мл для 1–4 групп, соответственно. Наименьшая концентрация АМГФ была обнаружена в 1-ой клинической группе ($14,83 \pm 3,75 \cdot 10^3$ нг/мл).

Во 2-й группе обследованных женщин, у которых не было обнаружено эндокринной патологии, а также в 4-й группе, где лечение бесплодия эндокринного генеза не достигало положительного результата, концентрации АМГФ были выше, чем в 1-й группе ($28,00 \pm 3,75$ и $27,83 \pm 5,41 \cdot 10^3$ нг/мл.соответственно).

В 3-й клинической группе, где в результате комплексного прегравидарного лечения наступила беременность, концентрация АМГФ была наибольшей ($56,56 \pm 6,22 \cdot 10^3$ нг/мл) и значительно превышала показатели других клинических групп.

Заключение

Таким образом, определение концентрации АМГФ в менструальной крови можно рассматривать как один из объективных биохимических маркеров функциональной деятельности эндометрия и его готовности к беременности. Кроме того использование количественного определения АМГФ в менструальной крови надежный показатель результата проводимого лечения.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С., Кубицкая Ю.В.

ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России

Актуальность

В тезисе указана целесообразность включения в комплекс лечебных мероприятий у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки (ХВЗПМ) локальной и центральной физиотерапии. Это обеспечивает выраженный обезболивающий эффект. Данные подтверждены результатами лазерной доплеровской флоуметрии и доплерометрии сосудов матки.

Проблема ХВЗПМ одна из сложных в гинекологии. Весомым негативным фактором длительного и клинически стертого течения заболевания является болевой синдром (БС). Изменение гемодинамики в сосудистом бассейне малого таза в виде повышения сосудистого тонуса (83,3%), снижения пульсового кровенаполнения (63,9%) и тканевой перфузии (52,7%) определяют периферический с последующим нарушением функций субкортикальных структур головного мозга, центральный механизм патогенеза развития БС. Стимулом к изучению явилось комплексное воздействие лечебными физическими факторами (ЛФФ) на регионарный и церебральный кровоток у пациенток с ХВЗПМ.

Цель

оценить эффективность комплексного немедикаментозного метода лечения у пациенток с ХВЗПМ.

Материалы и методы

У 72 женщин в комплекс лечения были включены локальная электроимпульсная терапия (интерференц-, диадинамо-, амплипульс-) и низкочастотная магнитотерапия, центральная регулирующая (инфита-, цветоритмо-) терапия. Курс физиотерапии (ФТ), начатый на 5–7 день цикла, составил: 30 процедур электролечения и 10 – центральной регулирующей ФТ.

Результаты

До ФТ и через 1 месяц после нее, на 5–7 день цикла методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) определяли состояние кровотока на капиллярном уровне. В динамике выявлено увеличение ($p < 0,05$) максимальной амплитуды нейрогенных (АmaxН) и миогенных (АmaxМ) колебаний. АmaxН в точке VC3 повысилась ($p < 0,05$) с $0,11 \pm 0,02$ до $0,21 \pm 0,02$, а в VC4 – с $0,12 \pm 0,04$ до $0,29 \pm 0,02$ пф.ед. соответственно. АmaxМ в точке VC3 увеличилась ($p < 0,05$) с $0,21 \pm 0,02$ до $0,40 \pm 0,02$, а в VC4 – с $0,19 \pm 0,01$ до $0,32 \pm 0,01$ пф.ед. соответственно. АmaxН в точке V31 также увеличилась ($p < 0,05$) справа с $0,13 \pm 0,04$ до $0,34 \pm 0,02$ и слева – с $0,16 \pm 0,05$ до $0,37 \pm 0,02$ пф.ед. соответственно. АmaxМ в точке V31 слева и справа увеличилась ($p < 0,05$) до $0,38 \pm 0,04$ пф.ед. Амплитуда дыхательной волны (АmaxД) снизилась ($p < 0,05$) в точке VC3 с $0,29 \pm 0,01$ до $0,13 \pm 0,02$, а



в VC4 – с $0,28 \pm 0,02$ до $0,10 \pm 0,04$ пф.ед. соответственно. В точке V31 справа АmaxД составила $0,11 \pm 0,03$, а слева – $0,13 \pm 0,02$ пф.ед. соответственно. Результаты ЛДФ свидетельствуют о восстановлении тканевого кровотока за счет разгрузки венозного звена микроциркуляторной системы.

Полученные данные согласуются с результатами доплерометрии сосудов матки. Так, после ФТ в пролиферативную фазу выявлено снижение ($p < 0,05$) индекса резистентности с $0,98 \pm 0,02$ до $0,75 \pm 0,02$ и $0,97 \pm 0,01$ до $0,75 \pm 0,03$ на уровне правой и левой маточных артерий, с $0,88 \pm 0,03$ до $0,68 \pm 0,02$ на уровне аркуатных и с $0,80 \pm 0,01$ до $0,62 \pm 0,03$ на уровне радиальных артерий соответственно.

Локальная электротерапия вызвала улучшение кровообращения за счет влияния на микроциркуляцию в регионе в целом. Реоэнцефалограмма головного мозга указывала на нормализацию тонуса артериальных сосудов и их кровенаполнение, что облегчает венозный отток из черепа. Уровень интенсивности боли (тестирование по визуально-аналоговой шкале) снизился с $2,33 \pm 0,14$ до $0,67 \pm 0,10$ баллов, а коэффициент обезболивающего действия составил $0,71 \pm 0,02$, - соответствует выраженному болеутолению. Число выбранных дескрипторов (Мак-Гилловскому опросник боли) в сенсорной шкале снизилось вдвое, сумма рангов в 3 раза соответственно.

Заключение

Комплексное локальное и центральное действие ЛФФ является патогенетически обоснованным и клинически эффективным.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Карагезян К.М., Салов И.А.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»,
г. Саратов, Россия

Актуальность

В последнее время во всем мире значительно возрос интерес к изучению проблем перименопаузального периода.

Цель

Изучение суточной динамики АД и метаболического профиля у женщин климактерического периода, оценка возможностей менопаузальной гормональ-



ной терапии в коррекции выявленных метаболических и гемодинамических нарушений у женщин в периоде ранней постменопаузы.

Материалы и методы

В исследование было включено 138 женщин климактерического периода (1-я группа – 52 женщины в пременопаузе (периode менопаузального перехода, 2-я группа – 86 женщин в периоде ранней постменопаузы)

В исследовании не включались женщины, если у них выявлялась симптоматическая артериальная гипертензия, выявлялась АГ и нарушения углеводного обмена в репродуктивном периоде, клинические проявления атеросклероза.

При включении в исследование всем участницам проводились: общеклиническое обследование, определение основных биохимических показателей крови, включая исследование липидного обмена, мочевой кислоты, проведение глюкозотолерантного теста, определение уровня стероидных гормонов; СМАД с оценкой САД и ДАД в течение суток, период бодрствования и ночные часы.

Результаты

Частота встречаемости метаболического синдрома составила 57% у женщин обеих групп.

В группе женщин, получавших МГТ, наблюдались благоприятные изменения липидного спектра крови в сторону уменьшения его атерогенности по сравнению с группой контроля. В группе активного лечения к окончанию исследования отмечено уменьшение уровня общего ХС с 5,5+ до 5,1+ ммоль/л ($p<0,05$), ХС ЛПНП с 3,3+ до 2,9+ ммоль/л, ТГ с 2,0+ до 1,7+ ммоль/л ($p<0,1$) и увеличение ХС ЛПВП с 1,30+ до 1,35+ ммоль/л ($p<0,05$). В группе контроля к окончанию исследования отмечались противоположные изменения липидного спектра – повышение общего ХС с 5,4+ до 5,6+ ммоль/л ($r=0,30$, $p<0,05$), ХС ЛПНП с 2,9+ до 3,4+ ммоль/л ($r=0,30$, $p<0,05$), ТГ с 1,9+ до 2,1+ ммоль/л ($r=0,5$, $p<0,05$) и снижение ХС ЛПВП с 1,16+ до 1,0+ ммоль/л ($r=0,3$, $p<0,01$) (различия недостоверны).

На фоне МГТ отмечено достоверное и более выраженное, по сравнению с группой контроля, снижение массы тела (с 28,6+ до 28,1+ ($r=0,40$, $p<0,05$)), уменьшение окружности талии (94,5+ до 90,3+ ($r=0,37$, $p<0,05$)) и ИТБ (с 0,85+ до 0,82+ ($r=0,48$, $p<0,05$)).

На фоне ЗГТ отмечено достоверное снижение САД в течение суток (со 130,1 до 121,4 мм рт.ст.), дневные (со 135,8 до 124,0 мм рт.ст.) и ночные часы (со 125,3 до 116,4 мм рт.ст.), достоверное снижение ДАД в течение суток (с 82,6 до 75,7 мм рт.ст.), дневные часы (84,8 до 78,2 мм рт.ст.) и отчетливая тенденция к снижению ДАД в ночные часы (со 73,6 до 71,2 мм рт.ст.).

У женщин с повышенными цифрами АД на фоне приема ЗГТ отмечено достоверное снижение как САД (на 14,3% $p<0,001$), так и ДАД (на 16,8% $p<0,001$) к окончанию исследования и степень снижения АД была более выраженная по сравнению с женщинами группы контроля, что свидетельствует о дополнительных положительных эффектов дроспиренона на уровень АД.

В группе контроля снижения САД меньше выражено (на 12%), достоверное изменение ДАД выявлено не было, что свидетельствует о дополнительных положительных эффектах на уровень АД.



Заключение

У женщин в ранней постменопаузе с климактерическими нарушениями применение препарата Анжелик способствует снижению массы тела, уменьшению абдоминального ожирения, благоприятным изменениям липидного спектра крови в сторону уменьшения его атерогенности, отмечено «нормализующее» влияние на уровень АД, что имеет важное значение в профилактике МС у женщин в ранней постменопаузе.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНИЛЬНЫХ ВАГИНИТОВ

Коробкова Е.А.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Актуальность

Проблема постменопаузы приобрела в последние годы особое значение в связи со значительным увеличением продолжительности жизни женщин. Дефицит эстрогенов вызывает нарушение пролиферативных процессов влагалищного эпителия, подавление митотической активности клеток, в первую очередь базального и парабазального слоёв, изменение чувствительности рецепторного аппарата. По мере прогрессирования эстрогенного дефицита на фоне общих инволютивных изменений в организме происходит значительное изменение микроциноза влагалища. В период постменопаузы защитные свойства эпителия утрачиваются, слизистая оболочка влагалища истончается, легко изъязвляется с последующим инфицированием не только патогенными, но и условно-патогенными микроорганизмами. Характерными особенностями клинического течения синильных вагинитов является их длительное, рецидивирующее течение, сочетание с урологическими симптомами. Следует отметить, что основная ошибка в ведении этого контингента больных состоит в назначении длительной, бесконтрольной антибиотикотерапии приводящей к усугублению выраженности и извращённому характеру инволютивных изменений.

Цель

Разработать комплексный подход диагностики и лечения для нормализации микроэкологической системы влагалища.

Материалы и методы

Изучена вагинальная микробиология у 70 больных в постменопаузе. У всех пациенток предварительно были исключены специфические инфекции, передаваемые половым путём. Всем пациенткам проводилось кольпоцитологическое исследование: определение зрелости вагинального эпителия, подсчёт индекса вагинального здоровья, изучение вагинального микроценоза. Лечение включало: устранение причины патологических белей, восстановление нормальной



экосистемы влагалища, активацию специфических и неспецифических факторов защиты от инфекции, улучшение микроциркуляции, подавление процессов гипер-транссудации и гиперсекреции.

Результаты

Уже в течение первых 10 дней терапии, все больные отмечали значительное улучшение состояния. После проведенного комплексного лечения у 100% женщин наступило выздоровление. Для этиотропного лечения вагинита использовались суппозитории «Тержинан», при вагинозе «Клотримазол». Для восстановления микрофлоры использовались суппозитории с пробиотиками. С патогенетической целью назначали крем или суппозитории с эстриолом, длительно. Для улучшения микроциркуляции использовались суппозитории с тиаотриазолином. Всем пациенткам назначали тампоны с озонированным оливковым маслом, которое обладает противовоспалительным, противовирусным, противомикробным действием, усиливает процессы регенерации и улучшает микроциркуляцию слизистых.

Заключение

Комплексная местная терапия, как заместительная гормональная, так и неспецифическая являются высокоэффективным и безопасным видом терапии атрофических процессов нижних отделов генитального тракта, способствует усилению пролиферативных процессов слизистой оболочки влагалища, улучшению кровоснабжения, быстрой нормализации вагинальной микрофлоры.

ВЛИЯНИЕ САЛЬПИНГЭКТОМИИ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ

Куприянова И.И., Петров И.А., Тихоновская О.А., Логвинов С.В.

Сибирский Государственный Медицинский Университет

Актуальность

За последнее десятилетие значительно расширился список показаний для выполнения сальпингэктомии. Данная операция сопровождается повреждением сосудистого анастомоза между яичниковой артерией и яичниковой ветвью маточной артерии, что может приводить к нарушению кровоснабжения и сказываться на репродуктивном потенциале яичника. Успех преодоления infertility и эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с удаленными маточными трубами во многом зависит от оценки овариального резерва.

Цель

Целью исследования является оценка показателей овариального резерва после одно- и двусторонней сальпингэктомии.



Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование клинического материала пациенток репродуктивного возраста, находившихся на лечении в гинекологической клинике ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России с 2012 по 2013 год с диагнозом бесплодие трубного генеза. В исследование были включены 65 женщин в возрасте от 18 до 41 года. Основную группу составили 52 пациентки с радикальными операциями на маточных трубах в анамнезе (сальпингэктомия, сальпингокелифэктомия). Они были разделены на подгруппы: А – 27 пациенток с односторонним и Б – 25 пациенток с двусторонним удалением маточных труб. У всех женщин послеоперационный период составил не менее 3х месяцев. Группа сравнения – 25 женщин, не имеющих в анамнезе операций на маточных трубах. Статистический анализ проводился с использованием универсального статистического пакета SPSS® 22.0 (© SPSS Inc.) и включал расчет описательных статистик, проверку формы распределения, определение достоверности различий между анализируемыми выборками U-тестом Манна-Уитни. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 квартилей.

Результаты

В обеих группах изучались данные анамнеза, общего и гинекологического осмотра, показатели функционального овариального резерва: концентрация антимюллера (АМГ) и фолликулостимулирующего гормонов (ФСГ) в сыворотке крови на 2–3 день менструального цикла методом иммуноферментного анализа; данные сонографии – определения объема яичников, числа антральных фолликулов на 2–3 день менструального цикла.

Медиана возраста женщин основной группы составила: подгруппы А – 32,0 (28,0–35,0) года, подгруппы Б – 32,0 (28,0–35,0), в группе сравнения – 33,0 (30,5–37,5) года, статистически значимых различий не обнаружено.

Концентрация АМГ после односторонней операций составила 3,28 (1,79–5,15) нг/мл, после двустороннего удаления маточных труб – 2,24 (1,83–4,61) нг/мл, в группе сравнения – 3,38 (1,65–6,70) нг/мл. Различия статистически не значимы.

Концентрация ФСГ после односторонней операций составила 6,54 (4,78–7,95) мМЕ/мл, после двустороннего удаления маточных труб – 6,80 (4,60–9,83) мМЕ/мл, в группе сравнения – 6,54 (5,81–8,06) мМЕ/мл. Различия статистически не значимы.

Установлено уменьшение количества антральных фолликулов и объемов правого и левого яичников после двустороннего удаления труб: 8,00 (6,00–10,00), 6,40 (3,10–8,80) см³ и 5,60 (3,60–7,90) см³, соответственно, при соответствующих значениях в группе сравнения – 12,00 (8,50–15,50), 8,29 (2,37–11,80) см³ и 7,70 (5,45–10,05) см³. Значимость различий $p=0,003$, $0,044$ и $0,043$, соответственно.

Заключение

После двусторонней сальпингэктомии у женщин репродуктивного возраста отмечается снижение количества антральных фолликулов и объема яичников. После операций с удалением одной или обеих маточных труб наблюдаются более низкие концентрации АМГ и ФСГ, но эти различия статистически не значимы.



МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ СЕЛЕКТИВНЫМ МОДУЛЯТОРОМ ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА РОСТ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Воронин Д.Н.,
Малышкина Д.А., Кирсанов Д.Н., Нагорный С.Н.

ФГБУ

Актуальность

Лейомиома матки все чаще диагностируется у женщин фертильного возраста. Необходимость проведения органосохраняющего лечения лейомиомы у этих пациенток диктует необходимость разработки препаратов, влияющих на рост миоматозных узлов. К таким препаратам относится улипристала ацетат, селективный модулятор прогестероновых рецепторов. Установлено, что использование улипристала ацетата в качестве препарата предоперационной подготовки пациенток с лейомиомой матки приводит к снижению объема маточных кровотечений, развитию аменореи и уменьшению размера миоматозных узлов. Однако механизмы действия улипристала ацетата на рост лейомиомы к настоящему времени изучены недостаточно.

Цель

Целью нашего исследования было выявить особенности влияния улипристала ацетата на экспрессию в миоматозных узлах генов, регулирующих апоптоз и тканевой протеолиз, у пациенток с лейомиомой матки больших размеров.

Материалы и методы

В исследование было включено 33 женщины с лейомиомой матки в возрасте 27–46 лет. Основную группу наблюдения составили 15 женщин, которые перед проведением хирургического лечения прошли курс предоперационной подготовки, получая в течение 3 месяцев 5 мг улипристала ацетата ежедневно. 18 обследованным пациенткам было проведено оперативное лечение лейомиомы матки без предоперационной подготовки (группа сравнения). Материалом для исследования служили биоптаты миоматозных узлов и ткани неизмененного миометрия. В образцах ткани определяли уровень экспрессии мРНК рецепторов прогестерона A и B, факторов с анти-апоптотической (XIAP) и про-апоптотической активностью (PPAR γ , PTEN), а также MMP-2 методом ПЦР.

Результаты

Оценка динамики изменения размеров миоматозных узлов до и после курса лечения улипристала ацетатом показала, что в целом статистически значимых изменений размеров узлов по данным МРТ не произошло. При этом у 10 из 15 обследованных пациенток (66,7%) было отмечено уменьшение размеров узла в среднем на 15–20%. У 5 пациенток (33,3%) размеры узлов после лечения остались прежними или незначительно увеличились. Оценка данных гене-



тического анализа показала, что у пациенток группы сравнения, не получавших медикаментозного лечения в предоперационном периоде, в ткани лейомиомы была повышена по сравнению с миометрием экспрессия мРНК как ингибитора апоптоза XIAP, так и проапоптотических факторов PPAR γ и PTEN. Кроме того, в миоматозных узлах этих пациенток отмечалось усиление экспрессии мРНК MMP-2 по сравнению с показателями миометрия. У женщин, получавших улипристала ацетат, экспрессия мРНК XIAP как в миометрии, так и в миоматозных узлах падала до недетектируемого уровня, экспрессия мРНК PPAR γ и PTEN в лейомиоме оставалась повышенной по сравнению с показателями миометрия, а синтез в ткани лейомиомы MMP-2 снижался до уровня показателей, характерных для миометрия. Дифференцированный анализ данных в зависимости от характера динамики размеров миоматозных узлов после лечения улипристала ацетатом показал, что уменьшение размеров миоматозных узлов после лечения отмечалось у пациенток с максимально высоким уровнем экспрессии мРНК PPAR γ и PTEN. В то же время увеличение размеров лейомиомы было отмечено у пациенток с минимальными значениями показателей экспрессии в миоматозных узлах мРНК PPAR γ , PTEN и рецептора прогестерона B.

Заключение

Таким образом, уменьшение размеров лейомиомы после терапии улипристала ацетатом ассоциировано с выраженным усилением апоптоза в ткани лейомиомы за счет ингибирования активности XIAP и усиления синтеза PPAR γ и PTEN.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Мальцева Л.И., Цыплаков Д.Э., Шарипова Р.И.

г. Казань, МСЧ ФГАОУ ВО КФУ

Актуальность

Хронический эндометрит развивается преимущественно у женщин репродуктивного возраста и является одной из ведущих причин нарушения репродуктивной функции. Совершенно очевидна тенденция к росту частоты хронического эндометрита, что связано с расширением инвазивных диагностических вмешательств, а также изменением микробного фактора, инфицирующего эндометрий. Появились данные о вируснобактериальных ассоциациях как основной этиологической флоры при эндометрите.

Цель

определить роль вирусной инфекции в развитии и прогрессировании хронического эндометрита у женщин, а также выявить морфологические и иммуногистохимические особенности эндометрия при вирусной этиологии заболевания.



Материалы и методы

Обследовано 108 женщин с подтвержденным диагнозом хронический эндометрит, из них страдали первичным бесплодием 18, вторичным – 39, невынашивание беременности было у 20, у 4 женщин хронический эндометрит не был связан с нарушением репродуктивной функции. Для оценки характера микрофлоры эндометрия применяли культуральные методы с использованием стандартных питательных сред для определения грамположительной и грамотрицательной микрофлоры, метод ПЦР, гистологическое и иммуногистохимическое исследование (моноклональные антитела (МКАТ) к CD 45, миелопероксидазе, CD3, CD20, CD38, CD68, CD31, виментину, коллагену IV, панцитокератинам, эстрогеновым и прогестероновым рецепторам фирм-производителей Dako, Thermo, Lab Vision). Женщины были разделены на две группы: 1 группа – женщины с хроническим эндометритом и бактериальной флорой, 2 группа – с хроническим эндометритом и бактериально-вирусной или вирусной инфекцией. Моновирусная инфекция была выявлена у 4-х больных, бактериально-вирусные ассоциации – у 18.

Результаты

В результате исследования было установлено, что вирусная инфекция была обнаружена у 21% женщин (22). ВПЧ высокого и среднего канцерогенного риска – у 16 (72,7%), ВПГ 1,2 типы – у 4 (18,2%), ЦМВ – у 2 (9,2%). Прослеживалось преобладание ВПЧ-инфекции 16 и 18 типов – у 7, 16 тип – у 2, ассоциации 16 и 35 типов – у 4, 18, 31 и 33 – у 3. Вирусы герпеса 6 типа и Эпштейн-Барра выявлены не были. Среди бактериальной микрофлоры доминировали грамположительные кокки. В ходе исследования при использовании рутинных гистологических методов не удалось выявить каких-либо различий в морфологии эндометрия в зависимости от микрофлоры. Определенные отличия хронического эндометрита вирусной этиологии можно обнаружить только при использовании иммуногистохимии и морфометрического анализа: при эндометрите вирусной этиологии достоверно более значимо был выражен иммунный компонент воспалительной реакции (большой процент содержания иммунокомпетентных клеток – CD3 (+) Т-лимфоцитов, CD20(+) В-лимфоцитов, CD38 (+) плазматических клеток, CD 68 (+) макрофагов), и очевидно, преобладало развитие фибропластических процессов. При оценке рецепторов к прогестерону их экспрессия была значительно ниже чем у женщин с бактериальным процессом в эндометрии, тогда как эстрогеновые рецепторы преобладали в обеих группах женщин.

Заключение

Таким образом, бактериально-вирусные ассоциации приводят к склерозированию эндометрия в большей степени, чем чисто бактериальная флора, и сопровождается значительным нарушением в рецепторном аппарате, создавая условия для дефицита прогестерона и относительной гиперэстрогении.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАЗВИТИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Погосян Ш.М., Хлебкова Ю.С.

НЦАГиП

Актуальность

Грибок рода *Candida* колонизирует влагалище по меньшей мере 20–30 % здоровых женщин. 75% женщин в течение жизни переносят хотя бы один эпизод вульвовагинального кандидоза (ВВК), из них у 40–50 % женщин встречается рецидив заболевания, а у 5–8 % наблюдается рецидивирующее течение ВВК (4 и более эпизода обострения в течение 12 мес.). Развитию рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (РВВК) способствуют такие факторы как некомпенсированный сахарный диабет, беременность, иммуносупрессивное состояние, прием КОК с высокой дозой эстрогенов, антибиотиков, глюкокортикостероидов, изменения в составе и функциональной активности микрофлоры влагалища и т. д.. Однако, большинство женщин страдающих от рецидивирующего вульвовагинального кандидоза не имеют очевидных факторов риска, что позволяет предположить о важной роли генетических нарушений в развитии данного заболевания. В последние годы появились данные о генетической предрасположенности к возникновению грибковой инфекции. Исследования показывают, что мутации генов, принимающих участие в противокандидозном иммунном ответе (STAT1 (signal transducer and activator of transcription 1), STAT3, CARD9 (caspase recruitment domain-containing protein 9), CLEC7A (Dectin1), интерлейкины, рецепторы интерлейкинов и т.д.) играют большую роль в развитии грибковой инфекции и, особенно, рецидивирующей грибковой инфекции, так как приводят к нарушению распознавания микроорганизма и полноценного иммунного ответа.

Цель

Целью нашего исследования являлось изучение роли некоторых молекулярно – генетических маркеров в патогенезе рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (полиморфизм генов IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1 α , IL-1 β , IL1R1, TGF β 1, IL-10, TLR4, TLR2).

Материалы и методы

В исследование было включено 122 женщины с жалобами на выделения из половых путей, зуд и/или жжение в области вульвы и влагалища. Для уточнения диагноза всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало: клинико – анамнестическое обследование, аминный тест, Ph-метрию вагинального отделяемого, микроскопическое исследование мазков отделяемого влагалища, бактериологический посев отделяемого из влагалища, количественное определение микрофлоры влагалища методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (Фемофлор 16, ПЦР 7 показателей (патогенные микроорганизмы), определение полиморфизмов генов (IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1 α , IL-1 β , IL1R1, TGF β 1, IL-10, TLR4, TLR2).



Результаты

По результатам клинико – лабораторного обследования и данных анамнеза пациентки были подразделены на 2 группы: I группа – женщины с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом (n=59), II группа – женщины с острым вульвовагинальным кандидозом (n=63). Женщины включенные в исследование были сопоставимы по основным анамнестическим и объективным параметрам (рост, вес, образование, возраст, соматический и гинекологический анамнез и т.д.). Для выявления ассоциации генотипа пациенток с рецидивирующим течением вульвовагинального кандидоза были проанализированы некоторые полиморфизмы следующих генов: IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1 α , IL-1 β , IL1R1, TGF β 1, IL-10, TLR4, TLR2. В результате статистического анализа выявлены ассоциации полиморфизмов некоторых генов с рецидивирующим течением ВВК у женщин (IL4: -33 C>T, IL4: -590 C>T, IL1B: -598(-1552) T>C, IL1B: -31 T>C, CCL2: 2493 A>G (-2518 A>G), IL10 -1082 G>A). Для гена IL4 выявлены два полиморфизма ассоциированных с РВВК: IL4: -33 C>T и IL4: -590 C>T. Выявлено, что в обоих случаях генотип C/C достоверно чаще встречается у женщин с рецидивирующим ВВК. Также были выявлены два полиморфизма гена IL1B(IL1B -31 T>C, IL1B: -598(-1552) T>C), однако в данном случае генотип C/C достоверно чаще встречается у женщин включенных во вторую группу чем у женщин включенных в первую группу исследования. Полиморфизмы генов CCL2 (CCL2: 2493 A>G (-2518 A>G)) и IL10 (IL10 -1082 G>A) ассоциированный с рецидивирующим ВВК. Установлено, что у женщин, страдающих от рецидивирующего ВВК генотип A/A (CCL2: 2493 A>G (-2518 A>G) и генотип G/G (IL10 -1082 G>A) встречается достоверно реже по сравнению с пациентками отмечающими частые рецидивы ВВК.

Заключение

Таким образом, вышепредставленные полиморфизмы играют значительную роль в патогенезе развития РВВК.

МЕТОДИКА «САКРОСПИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРОПЕКСИЯ CYRENE®» ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗОЛИРОВАННОГО АПИКАЛЬНОГО ПРОЛАПСА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ

Никитин А.Н., Ищенко А.И., Александров Л.С.

ФГАУ ЛРЦ Минздрава России

Актуальность

На сегодняшний день по данным систематизированного обзора библиотеки Cochrane (2013 г.), самой эффективной операцией для коррекции апикального пролапса является сакровагинопексия. Методика имеет ряд недостатков. Опера-



ция проводится под эндотрахеальным наркозом, продолжительность операции около трех часов в положении Тренделенбурга с применением пневмоперитонеума, требует использования дорогостоящего лапароскопического оборудования, высокого уровня квалификации хирурга. Частым побочным эффектом является аноректальная дисфункция, по всей видимости, вследствие травмы висцерального нерва, рискована такими осложнениями как травма мочевого пузыря, мочеточников и прямой кишки. Недостатки этой методики наталкивают специалистов в этой сфере на разработку и испытание новых методик с использованием синтетических протезов.

Цель

Оценить результаты хирургической коррекции изолированного апикального пролапса с помощью новой методики «сакроспинальная гистеропексия CYRENE®».

Материалы и методы

Исследование включило 14 пациенток с изолированным апикальным пролапсом. Оценивался анатомический результат по классификации POP-Q System, интра- и послеоперационные осложнения. Рецидивом считался пролапс 2 и более степени. Качество жизни и половая жизнь оценивались по вопросам PFDI-20, PFIQ-7 и PSIQ-12. Результаты оценивались через 3 месяца после операции. Средний возраст женщин составил $56,8 \pm 13,3$ лет. У всех 14 пациенток было опущение матки 3 ст., стенки влагалища в нормальном положении.

Результаты

Анатомически у 13 (92,8%) достигнут желаемый результат ($\leq I$ по POPQSystem). Качество жизни по данным опросников улучшилось у 13 (92,8%) женщин по данным PFDI-20 и PFIQ-7. Изменений в качестве половой жизни выявлено не было. У одной пациентки возникло недержание мочи de-novo, которое было купировано с помощью трансобтураторного слинга через 3 месяца. Диспареунии не выявлено ни у одной пациентки. У одной пациентки возник рецидив вследствие необходимости рассечения ленты по причине болевого синдрома.

Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения: у одной пациентки после операции возник болевой синдром, который потребовал рассечения ленты, у одной пациентки появились жалобы на учащенное мочеиспускание. Причиной стало сдавление мочевого пузыря субсерозным узлом на передней стенке матки, так как после операции матка приняла положение выраженного anteфлексio. Потребовалась надвлагалищная ампутация матки лапароскопическим доступом для купирования учащенного мочеиспускания.

Заключение

Результаты лечения изолированного апикального пролапса с помощью методики «сакроспинальная гистеропексия CYRENE®» показали ее высокую эффективность и безопасность. Методика демонстрирует хорошие анатомические и функциональные результаты. Выявлено отсутствие интраоперационных осложнений, небольшое количество и малая значимость послеоперационных осложнений. Требуется больше наблюдений и длительный контроль для формирования более полного представления о данной методике.



МЕТОДИКА OPUR® ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ

Никитин А.Н., Ищенко А.И., Александров Л.С.

ФГАУ ЛРЦ Минздрава России

Актуальность

По данным систематизированного обзора библиотеки Cochrane (2013 г.), методики лечения цистоцеле с помощью синтетических имплантатов обладают большей эффективностью по сравнению с хирургией, использующей собственные ткани, но сопровождаются большим количеством осложнений, в том числе тяжелых. Этот факт наталкивает специалистов в этой сфере на разработку и испытание новых, более эффективных и безопасных методик с использованием синтетических протезов.

Цель

оценить результаты хирургической коррекции переднего и апикального пролапса с помощью новой методики OPUR®.

Материалы и методы

18 пациенток с урогенитальным пролапсом. Оценивался анатомический результат по классификации POP-Q System, интра- и послеоперационные осложнения. Рецидивом считался пролапс 2 и более степени. Качество жизни и половая жизнь оценивались по вопросам PFDI-20, PFIQ-7 и PSIQ-12. Результаты оценивались через 3 месяца после операции. Средний возраст женщин составил $57,8 \pm 8,4$ лет. У всех 18 пациенток было цистоцеле 3 ст. У 9 (50%) опущению передней стенки влагалища сопутствовало опущение матки (у 8 (44,4%) – 2 степени, у 1 (5,5%) – 3 степени). У одной пациентки до операции имелось стрессовое недержание мочи, которое не купировалось после операции. В одном случае стрессовое недержание мочи было купировано без одновременного применения среднеуретрального слинга. Диспареунии и недержания мочи de novo не выявлено ни у одной пациентки. Качество жизни по данным опросников улучшилось у 15 (93,7%) женщин по данным PFDI-20 и у 14 (87,5%) по данным PFIQ-7.

Результаты

Изменений в качестве половой жизни выявлено не было. Анатомически у 17 (94,4%) достигнут желаемый результат ($\leq I$ по POPQSystem). Интраоперационных осложнений не было. Из послеоперационных осложнений – 2 гематомы передней стенки влагалища, которые купировались в течение 6 недель.

Заключение

Результаты лечения урогенитального пролапса с помощью методики OPUR® показали ее высокую эффективность и относительную безопасность. Методика демонстрирует хорошие анатомические результаты, как в отношении переднего, так и апикального пролапса. Выявлено отсутствие интраоперационных осложне-



ний, небольшое количество и малая значимость послеоперационных осложнений. Не достаточно данных для оценки эффекта данного лечения на пролапс задней стенки влагалища. Требуется больше наблюдений и длительное послеоперационное наблюдение пациенток для формирования более полного представления о данной методике.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМПЛАНОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА В СРАВНЕНИИ С МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНОМ

Петров Ю.А., Арндт И.Г.

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2

Актуальность

Проблема эндометриоза остается актуальной, потому что данное заболевание занимает 3-место в структуре гинекологических заболеваний, уступая лишь воспалительным процессам и миомам матки. По данным разных авторов эндометриоз диагностируется у 10–20% женщин. Частота эндометриоза у больных с синдромом тазовых болей составляет 80%, у женщин с бесплодием – до 30%. Являясь столь распространенной патологией, эндометриоз приводит к серьезным нарушениям со стороны репродуктивной системы, негативно влияет на сексуальную функцию, качество жизни больных и их социальную адаптацию, становится частой причиной для проведения хирургических вмешательств.

Обычно лечение эндометриоза состоит из двух этапов. На первом этапе проводят хирургическое лечение, позволяющие точно установить диагноз, степень распространения процесса и репродуктивные перспективы. В репродуктивном периоде у женщин максимально иссекают эндометриодные имплантанты, резецируют эндометриодные кисты, иссекают ретровагинальный инфильтрат. На втором этапе в послеоперационном периоде часто назначают антигонадотропины и агонисты гонадотропин рилизинг-гормонов в 6 месячном курсе. Однако после отмены лечения симптомы у многих женщин быстро возвращаются.

В связи с этим вызывает интерес использование прогестинов, которые по современным представлениям считаются первой линией терапии при лечении синдрома тазовых болей. Они сравнимы по эффективности с другими лекарственными препаратами, применяемыми при эндометриозе, но имеют меньше побочных эффектов.

Цель

Целью исследования явилась оценка терапевтической эффективности Импланона в сравнении с медроксипрогестероном (Депо-Провера) при лечении эндометриоза после оперативного лечения.



Материалы и методы

В исследовании участвовало 32 женщин с гистологически доказанным эндометриозом после оперативного лечения. Возраст женщин был от 25 до 39 лет. Женщины были поделены на 2 группы. I группа (14 женщин) получала в послеоперационном периоде медроксипрогестерон на протяжении 6 месяцев по 50 мг 1 раз в неделю, женщинам II группы (18) был введен Импланон. Основными жалобами до начала лечения были симптомы меноррагии в виде длительных кровянистых выделений мажущего характера, тянущие боли внизу живота, ноющие боли в нижних отделах живота (интенсивность болей оценивалась по 10 бальной шкале, средний бал составил $6,8 \pm 0,1$).

Результаты

В качестве основных результатов оценивались: уменьшение болей, меноррагий и общую степень удовлетворенности. В обеих группах констатировалось уменьшение болей и их интенсивность. Средний бал в I группе составил $3,8 \pm 0,3$, во второй средний бал $3,6 \pm 0,3$. В первой группе диагностировались ациклические кровянистые выделения в 3 случаях (30%), которые уменьшались с увеличением длительности приема препарата. Также отмечались жалобы на нагрубание молочных желез, головные боли, снижение либидо (20%). У 30% пациенток первой группы, и у 10% 2-й диагностировано развитие аменореи.

Заключение

Таким образом, в 2-х группах за период наблюдений (1 год) констатировалось явное улучшение самочувствия женщин. Импланон и Депо – Провера сходны в терапевтическом действии, но учитывая побочные эффекты медроксипрогестерона (уменьшение минеральной плотности костной ткани, длительные и обильные кровянистые выделения из половых путей, нагрубание молочных желез, головные боли, депрессии, снижение либидо), предпочтение следует отдавать Импланону.

ВЛИЯНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НА ДИТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОДКОЖНОГО КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО ЭТОНОГЕСТРЕЛ

Петров Ю.А., Арндт И.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Актуальность

Всем чистопрогестагенным контрацептивам свойственны нерегулярные кровянистые выделения. Прогестагены оказывают спазмолитическое и антикоагулянтное действие, что приводит к вазодилатации спиральных артерий и ухудше-



нию процесса тромбообразования. Все изменения эндометрия на фоне пролонгированной чистопрогестагенной контрацепции направлены на защиту эндометрия от пролиферативных процессов и не являются признаком заболевания.

Цель

Целью исследования явилась оценка влияния побочных эффектов на длительность использования подкожного контрацептива, содержащего этоногестрел.

Материалы и методы

Материал и методы исследования: проспективное исследование было проведено у 36 женщин, которые в послеродовом периоде на 28 день после родов установили имплант НКСТ. Результаты исследования оценивались через 12 месяцев от даты установки имплантата.

Возраст женщин, использовавших имплант, был следующим: 20–24 года – 6 (16,6%), 25–29 лет – 8 (22,2%), 30–34 лет – 11 (30,5%), 35–39 лет – 8 (22,2%), 40–44 года – 3 (8,3%). Из них первородящих было 9 (25%), повторнородящих 15 (41,6%), многорожавших 12 (33,3%). Исследования показали, что среди экстрагенитальных заболеваний ожирение I степени было у 6 женщин (16,6%), хронический гастрит у 3 женщин, что составляет 8,3%, увеличение щитовидной железы I степени установлено у 4 пациенток (11,1%), хронический пиелонефрит имел место у 8 (22,2%). Из гинекологических заболеваний наиболее часто встречались: хронические воспалительные заболевания придатков матки у 24 (66,6%), эрозия шейки матки у 6 (16,6%), нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи имели 4 пациентки (11,1%), опухоли матки и придатков 10 (27,7%). Изучение контрацептивного анамнеза показало, что не использовали методы контрацепции 10 (27,7%) женщин, среди использовавших в прошлом ВМС имели 11 (30,5%), КОК принимали 8 (22%), презерватив использовали 7 (19,4%). Среди исследуемых пациенток установлены следующие репродуктивные цели: желание удлинить интервал перед следующими планируемыми родами 24 пациенток (66,6%), решили прекратить деторождение, но отказались от стерилизации и других разновидностей гормональной контрацепции 12 женщин (33,3%).

Характер кровянистых выделений был: нарушение менструального цикла по типу аменореи – 3 (8,3%); нарушение менструального цикла по типу полименореи – 2 (5,5%); нерегулярный менструальный цикл (с задержками) – 4 (11,1%); нарушение менструального цикла по типу метроррагии – 2 (5,5%).

Побочные эффекты были: нагрубание молочных желез (не выявлено), увеличение массы тела не отмечалось, головная боль 1 (3,125%).

Результаты

Результаты исследования проводились через 12 месяцев от постановки имплантата.

Среди экстрагенитальных заболеваний превалировал хронический пиелонефрит 8 (22,2%). Из гинекологических заболеваний доминировали воспалительные заболевания матки и придатков 24 (66,6%) и 10 (27,7%). Большинство женщин, как предыдущий метод контрацепции использовали ВМС 11 (30,5%), КОК 8 (22,2%).



Наиболее часто наблюдался нерегулярный менструальный цикл (с задержками) – 4 (11,1%), на втором месте фиксировалось нарушение менструального цикла по типу полименореи 2 (5,5%) и метроррагии 2 (5,5%), что не приводило к отказу от применения данного метода контрацепции. Из побочных эффектов наиболее часто отмечалась головная боль 1 (3,125%), с увеличением времени от установки побочные эффекты уменьшаются.

Удовлетворенность данного метода контрацепции оценивалась путем анкетирования женщин, участвовавших в исследовании. Несмотря на побочные эффекты, большинство женщин, устраивает этот метод контрацепции 33 (91,6%).

Заключение

Таким образом, подкожные контрацептивы, содержащие этоногестрел имеют побочные эффекты, но это не влияет на удовлетворенность женщин этим методом контрацепции. На фоне приема рилизинг-системы, содержащей этоногестрел происходит нарушение менструального цикла, несмотря на это, большинство женщин устраивает этот метод контрацепции. Побочные эффекты носят незначительный характер и не приводят к отказу от данного метода контрацепции.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Пономарев В.В., Артюшков В.В.

ГБУЗ ККБ №2, отделение гинекологии

Актуальность

Выпадение тазовых органов – общеизвестная и широко распространенная проблема, затрагивающая большое количество женщин во всем мире. Всеобщее старение населения делает эту проблему еще более насущной.

Хирургическое лечение пролапса направлено на восстановление анатомических взаимоотношений структур малого таза и тазового дна, устранение симптомов и сохранение функций тазовых органов. Восстановление подвешивающего связочного аппарата внутренних половых органов является важным компонентом комплексного подхода к хирургическому лечению генитального пролапса, наряду с восстановлением фасциально-мышечных структур передней, задней стенок влагалища и промежности.

Цель

Оценка эффективности хирургического лечения пролапса гениталий.

Материалы и методы

Для коррекции подвешивающего связочного аппарата внутренних половых органов нами с успехом используется метод лапароскопической фиксации матки к апоневрозу плетеной нерассасывающейся нитью.



В гинекологическом отделении ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 в период с 1995 по февраль 2016 гг. выполнено 2362 операции при генитальном пролапсе, в которых для восстановления связочного аппарата использовалась лапароскопическая фиксация матки к апоневрозу, наряду с устранением дефектов фасциально-мышечных структур тазового дна. Техника данной манипуляции заключается в проведении П-образного шва через тело матки при помощи «сапожной» иглы. Прокол апоневроза осуществляется через поперечный надлобковый разрез кожи длиной 1,5 см.

Средняя продолжительность лапароскопической фиксации матки к апоневрозу составила 9 мин. Частота ранних послеоперационных осложнений (гематома) после лапароскопической фиксации матки к апоневрозу составила 1,19% (28 случаев).

Результаты

Рецидив опущения тазовых органов после операций, включавших этап лапароскопической фиксации матки к апоневрозу, имел место в 41 случае (1,74%). Эффективность предложенного комплексного подхода с включением в качестве абдоминального этапа лапароскопической фиксации матки к апоневрозу подтверждает его физиологическую оправданность.

Заключение

Таким образом простота, безопасность и высокая эффективность лапароскопической фиксации матки к апоневрозу делают ее важным компонентом комплексного лечения пролапса гениталий.

ПАЗИТАРНАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ

Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В., Басова Т.А.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ

Актуальность

Маловыраженная симптоматика цервицита у женщин является основной причиной несвоевременного обращения, необъективной диагностики и неадекватного лечения. Повторные курсы антибактериальной терапии не только ведут к формированию персистирующих медикаментозно резистентных штаммов возбудителей, но и усугубляют состояние больной. С другой стороны, потенцированные кишечной инвазией иммуносупрессия, дисбактериоз и нарушение пристеночного пищеварения могут быть причиной снижения комплаентности и качества проводимой этиотропной терапии по поводу хронического цервицита.



Цель

Целью исследования стало определение эпидемиологической значимости клинических маркёров кишечной инвазии у пациенток с хроническим цервицитом.

Материалы и методы

Основную группу составили 123 пациентки с цервицитом длительностью течения более 6 месяцев, группу сравнения – 106 женщин с подострым цервицитом длительностью течения менее 2 месяцев. Контрольную группу составили 57 здоровых женщин. Средний возраст пациенток исследуемых групп составил 26,1 года. Для оценки распространённости лямблиоза и глистной инвазии применялась копроскопия. Для выявления цист лямблий применяли стандартный метод формалин-эфирного обогащения.

Результаты

Первое место (26,9%) в структуре экстрагенитальной патологии (ЭГП) в основной группе заняла патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), второе – эндокринная патология (20,4%), третье – нейроциркуляторная дистония (11,8%). Патология верхних дыхательных путей, мочевыделительной системы (МВС), кожные и аллергические заболевания составили 9,7%, 8,6% и 9,7%. В группе сравнения в структуре ЭГП заняла эндокринная патология (30%), второе – заболевания МВС (23,3%). Патология ЖКТ составила 5%. Достоверно отличалась основная группа частотой выявления цефалгического синдрома ($15,4 \pm 3,3\%$) и психоастенических расстройств ($38,2 \pm 3,3\%$), представленных раздражительностью и эмоциональной лабильностью ($15,4 \pm 3,3\%$), сонливостью и повышенной утомляемостью ($22,8 \pm 3,8\%$). Эпизодические абдоминальные боли отмечали $17,1 \pm 3,4\%$ пациенток. Диспепсические расстройства ($16,4 \pm 3,3\%$) были представлены запорами (8,2%), неустойчивым стулом (3,3%) и метеоризмом (4,9%). В группе сравнения раздражительность и эмоциональная лабильность отмечались у $3,8 \pm 1,9\%$, повышенная утомляемость и сонливость – у $3,8 \pm 1,9\%$, запоры у $3,8 \pm 1,9\%$ пациенток, эпизодическая абдоминалгия в 8,5% случаев. Копроскопия выявила достоверное различие показателей инфицированности лямблиями пациенток с хроническими ($39,8 \pm 4,4\%$) и подострыми ($20,7 \pm 3,9\%$) цервицитами по отношению к группе контроля ($7 \pm 3,4\%$). У 13 пациенток основной группы (10,6%) и у 1 пациентки из группы сравнения были обнаружены яйца аскарид, чего не наблюдалось в контрольной группе.

Заключение

Значительная распространённость лямблиоза и аскаридоза в исследуемой группе позволяет считать данные кишечные инвазии фактором риска развития хронического цервицита. Наличие у пациенток с хроническим цервицитом гастроэнтерологической патологии, психоастенических и диспепсических расстройств, абдоминалгии и цефалгии является поводом для паразитарной настороженности при первичном обследовании данной категории пациенток. Проведение превентивной санации кишечника при подозрении на её наличие будут способствовать повышению эффективности и переносимости последующей этиотропной терапии хронического цервицита.



ОЦЕНКА КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТОМ ПО ДАННЫМ КУЛЬТУРАЛЬНОГО И СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В., Басова Т.А.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ

Актуальность

За последние 10 лет в популяции отмечено удвоение частоты выявления урогенитального кандидоза, что составляет 30–50 % всех инфекционных поражений влагалища. Немаловажную роль в эндогенном возникновении инфекционного процесса играют хронические очаги инфекции, откуда грибы поступают в половые пути женщины, обуславливая рецидивирование урогенитального кандидоза.

Цель

Целью исследования стала сравнительная оценка распространённости кандидозной инфекции у женщин с цервицитом согласно результатам микологического и серологического исследований.

Материалы и методы

Основную группу составили 123 пациентки с цервицитом длительностью течения более 6 месяцев, группу сравнения – 106 женщин с подострым цервицитом длительностью течения менее 2 месяцев. Контрольную группу составили 57 здоровых женщин. Средний возраст пациенток исследуемых групп составил 26,1 года. Идентификация грибов осуществлялась методом микроскопии нативных и окрашенных препаратов отделяемого цервикального канала и при посеве биоматериала на среды Сабуро и Чапека. Индикация специфических IgG-антител к *Candida albicans* проводилась методом на ИФА.

Результаты

Грибы в диагностически значимых концентрациях в концентрациях ≥ 104 КОЕ были выделены у 29 ($23,6 \pm 3,8\%$; $p < 0,001$) женщин с хроническим и у 92 ($86,7 \pm 3,3\%$) женщин с подострым цервицитом. Все 29 случаев урогенитального кандидоза в основной группе были инициированы мицелиальными грибами, в 75,9% из которых мицелиальные грибы сочетались с дрожжеподобными. Высокая частота выявления грибов рода *Candida* (71,7%; $p < 0,001$) и мицелиальных грибов (57,5%; $p < 0,001$) в группе сравнения находит отражение в подострой симптоматике заболевания, при этом сочетание мицелиальных и дрожжеподобных грибов имело место в 42,4% случаев. В контрольной группе из 11 (19,3%) случаев кандидозной инфекции 2 (3,5%) были представлены мицелиальными и 9 (15,8%) – дрожжеподобными грибами; сочетаний мицелиальных и дрожжеподобных грибов выявлено не было.

Одинаково достоверно высокие показатели обнаружения Ig G к *C. albicans* в основной группе ($47,2 \pm 4,5\%$) и группе сравнения ($45,3 \pm 4,8\%$) позволили предположить равнозначную сероконверсию специфических антител независимо от давности воспалительного процесса, что обусловлено высокими имму-



ногенными свойствами грибов. Двукратное превалирование в группе сравнения микологического показателя ($86,7 \pm 3,3\%$) над серологическим ($45,3 \pm 4,8\%$) свидетельствует о детерминирующем значении местного иммунотоксического и сенсibiliзирующего действия грибов рода *Candida* в очаге воспаления. В контрольной группе сопоставимость серологического ($24,6 \pm 5,7\%$) и микологического ($19,3 \pm 5\%$) показателей свидетельствует о кандиданосительстве у клинически здоровых женщин.

Заключение

В этиопатогенезе цервицитов у женщин репродуктивного возраста наибольшее значение имеет микст-инфекция мицелиальных и дрожжеподобных грибов. При этом подострое течение заболевания детерминировано преимущественно вегетированием грибов рода *Candida*, хроническое – вегетированием мицелиальных грибов. Результаты серологического исследования позволяют предположить достаточную степень напряжения иммунитета в отношении грибковой инфекции у женщин, как с хроническим, так и подострым цервицитом. Относительно высокая частота выявления серомаркёров кандидоза в основной и контрольной группе, по сравнению с результатами бактериоскопии и культурального исследования, позволяют предположить наличие экстрагенитальных очагов грибковой инфекции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Салов И.А., Аржаева И.А.

ГОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет» г. Саратов, Россия
ГУЗ

Актуальность

Актуальность определяется прогрессивным увеличением удельного веса воспалительных заболеваний женской половой сферы, «омоложением» воспалительных процессов органов малого таза (В.Е. Радзинский, А.Н. Стрижаков, В.И. Шабунина, 2010).

Цель

Цель исследования – усовершенствование тактики ведения пациенток с воспалительными заболеваниями придатков матки (ВЗПМ).

Материалы и методы

Материалы и методы исследования: проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 80 больных с ВЗПМ, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении № 3 СГКБ №1 г. Саратова в 2015 г.



Основную группу составили 40 пациенток с ВЗПМ, которым кроме традиционной медикаментозной терапии, была применена видеоэндоскопическая операция выявленных воспалительных изменений органов малого таза с локальным подведением антибактериальных средств.

В группу сравнения были включены 40 пациенток, которым проводилось только традиционное медикаментозное лечение с применением антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Результаты

Как показали результаты исследований, ВЗПМ чаще встречаются в возрасте от 16–35 лет (средний возраст – 20.2), длительность заболевания колеблется от 1 до 10 лет, с частотой обострения – 2–3 раза в год. Из них 48% не рожавшие женщины, заинтересованные в беременности. Данные бактериологического исследования выявили у 45% больных микст-инфекцию, у 32% – хламидии, у 18% – выявлены стафилококки, у 5% – кишечная палочка. По результатам УЗИ на момент поступления в стационар у 50% больных обнаружено увеличение объема яичников до 12 миллилитров с гиперэхогенными участками, с утолщением труб; у 27% – утолщенные извитые маточные трубы, у 15% – увеличение объема яичников более 12 мл с гиперэхогенными участками, утолщением маточных труб, у 8% – гидатиды маточных труб. Кроме того, наличие различного количества жидкости в малом тазу диагностировано у 75% пациенток. У пациенток основной группы на 3–5 день лечения отмечалось улучшение клинической симптоматики (снижение болевого синдрома, температурной реакции), лабораторных показателей (у 45% – показатели в пределах нормы, у 50% – умеренный лейкоцитоз, у 5% – анемия легкой степени и лейкоцитоз). По данным УЗИ у 75% на 3 день после операции в 1.4 раза уменьшился объем яичников и толщина труб. Гиперэхогенные включения в области придатков зарегистрированы в 2 случаях (5,0%), в то время как у пациентов из группы сравнения зарегистрированы около 15 случаев (37.5%).

Заключение

Выводы: Ближайшие результаты лечения показали, что комбинация медикаментозного лечения с видеоэндоскопической лапароскопией с местным подведением антибактериальных средств является оптимальным и эффективным методом лечения. Кроме того, наблюдение в течение 6 месяцев подтвердили прекращение обострений у 92% пациенток основной группы что в 1,3 раза реже, чем в группе сравнения, наступление беременности почти в 2,3 раза чаще, чем у пациенток группы сравнения. Таким образом, видеоэндоскопическая лапароскопия с местным подведением антибактериальных средств является новым перспективным направлением современной гинекологии в лечении воспалительных заболеваний придатков матки.



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ С ВРЕМЕННОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Седнев О.В., Пашов А.И., Нашемук З.Р.

Балтийский федеральный университет им. И. Канта

Актуальность

Миома матки является одной из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы, которая возникает у 20–40 % женщин репродуктивного возраста. На сегодняшний день остаются не до конца решенные вопросы относительно лучшего органосохраняющего способа и объема хирургического вмешательства. Несмотря на очевидные преимущества лапароскопического доступа, особенности кровоснабжения органов малого таза могут превратить многие эндоскопические операции в суровое испытание для хирурга. На сегодняшний день существует несколько направлений решения проблемы интенсивности интраоперационной кровопотери при выполнении операций в малом тазу лапароскопическим доступом.

Цель

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности применения технологии временной билатеральной окклюзии внутренних подвздошных артерий при выполнении консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом.

Материалы и методы

Нами произведен ретроспективный анализ результатов 154 лапароскопических консервативных миомэктомий, выполненных с 2009 по 2015 год. Оперированные пациентки находились в возрасте от 24 до 45 лет. У 83 из них удален один миоматозный узел, у 34 пациенток по 2 узла, у 37 – 3 и более миоматозных узлов в ходе одной операции. Сравнению подверглись две группы: первая – 48 пациенток, оперированных по стандартной методике миомэктомии лапароскопическим доступом, и вторая – 106 пациентка, где та же операция включала также выделение и временное пережатие внутренних подвздошных артерий по методу К.В. Пучкова. Сравнились длительность операции, объем кровопотери, частота осложнений и конверсий, а также длительность послеоперационного пребывания в стационаре.

Результаты

Различий по возрасту оперированных пациенток, числу и локализации миоматозных узлов не выявлено ($p < 0.05$), однако имелись различия по максимальному размеру удаленных узлов. Размер узлов в группе I составил от 10 мм до 130 мм (средний 36,4 мм), а в группе II – от 40 мм до 90 мм (средний 60,3 мм). Время, затраченное на выполнение консервативной миомэктомии лапароскопическим



доступом без окклюзии в первой группе, составило от 30 до 285 мин (в среднем $130,9 \pm 56$ мин) по сравнению со второй от 140 до 235 мин ($187,9 \pm 26,3$ мин). В тоже время интраоперационная кровопотеря в группе без окклюзии внутренних подвздошных артерий составила $346,1 \pm 151$ мл, что значительно выше, чем во второй группе $154,4 \pm 54$ мл ($p < 0.05$).

Во второй группе пациенток осложнений, связанных как с миомэктомией, так и выделением и окклюзией внутренних подвздошных артерий не выявлено, в то время как в первой группе у 8 больных потребовалась конверсия в открытый доступ, обусловленная как технической сложностью выполнения операции, так и выраженностью интраоперационной кровопотери. Кроме того, в первой группе чаще наблюдалась послеоперационная резорбтивная лихорадка, что, впрочем, не значительно отразилось на длительности послеоперационного пребывания в стационаре.

Заключение

Временная двусторонняя окклюзия внутренних подвздошных артерий при проведении лапароскопической консервативной миомэктомии является высоко-релевантным и эффективным методом снижения интраоперационной кровопотери, создает условия для качественной кооптации миометрия в области тканевого дефекта стенки матки при крупных и множественных миомах, повышает безопасность удаления миоматозных узлов при их аномальной локализации.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ, СТРАДАЮЩЕЙ ОСТРЫМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Сороченко А.А., Новикова В.А., Князева Н.А., Шахбазова В.А.

Россия, г. Краснодар, ГБОУ ВПО КубГМУ, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии
ФПК и ППС

Россия, г. Краснодар, МБУЗ «Городская клиническая больница №1» БАГК ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ
России

Актуальность

Представляют интерес особенности социального портрета современной женщины, страдающей острым сальпингоофоритом.

Цель

Составить социальный портрет современной женщины, страдающей острым сальпингоофоритом (СО).

Материалы и методы

На базе гинекологического отделения МБУЗ ГКБ №1 города Краснодара проведен ретроспективный анализ историй болезней 254 женщин с СО, прошед-



ших лечение в гинекологическом стационаре за период 2013–2014 гг. были отобраны 38 женщины репродуктивного возраста с острым сальпингоофоритом. Из исследования исключались женщины с хирургическим лечением на придатках и женщины не репродуктивного возраста.

Результаты

Средний возраст составил $26,8 \pm 6,7$ лет: в раннем репродуктивном периоде (от 18 до 24 лет) $21,4 \pm 1,8$ лет, в среднем репродуктивном периоде (от 25 до 34 лет) $29,5 \pm 3,8$ лет, в позднем репродуктивном периоде (от 35 до 44 лет) $38,1 \pm 2,8$ лет. Женщины раннего репродуктивного периода с острым сальпингоофоритом составили 50% ($n = 19$), среднего репродуктивного периода 34% ($n = 13$), позднего репродуктивного периода 16% ($n = 6$). Жительницы города составили 79% ($n = 30$), средний возраст женщин в раннем репродуктивном периоде данной группы составил $21,2 \pm 1,8$ лет, в среднем репродуктивном возрасте – $30,3 \pm 3,6$ лет, в позднем репродуктивном возрасте – $38,2 \pm 3,1$ лет. Жительницы села составили 21% ($n = 8$), средний возраст женщин в раннем репродуктивном периоде составил $21,8 \pm 1,9$ лет, в среднем репродуктивном периоде – 25 лет, в позднем репродуктивном периоде – 38 лет. Женщины в браке составили 45% ($n = 17$), из них средний возраст для женщин раннего репродуктивного периода составил – $22,6 \pm 1,2$ лет, в среднем репродуктивном периоде – $30,3 \pm 3,7$ лет, в позднем репродуктивном периоде – $38,1 \pm 2,8$ лет. Женщины вне брака составили 55% ($n = 21$), средний возраст женщин в среднем и позднем репродуктивном возрасте составил $21,1 \pm 1,9$ лет и $28,2 \pm 4,1$ лет. Женщины с высшим образованием составили 29% ($n = 11$), средний возраст для женщин среднего репродуктивного периода составил $31,0 \pm 3,2$ лет, для позднего репродуктивного периода – $38,2 \pm 3,1$ лет. Женщины со средним специальным образованием составили 71% ($n = 27$), средний возраст для женщин раннего репродуктивного периода составил $21,4 \pm 1,8$ лет, для среднего репродуктивного периода составил $27,7 \pm 3,9$ лет, для позднего репродуктивного периода – 38 лет. Неработающими 58% женщин ($n = 22$), из них для раннего репродуктивного возраста средний возраст составил $20,75 \pm 1,7$, для среднего репродуктивного возраста – $29,4 \pm 3,7$ лет, для позднего репродуктивного возраста – $38,0 \pm 4,3$ лет. Работающими были 42% женщин ($n = 16$), из них средний возраст женщин раннего репродуктивного периода составил $22,4 \pm 1,7$ года, средний возраст женщин в среднем репродуктивном периоде – $29,6 \pm 4,3$ лет, женщин в позднем репродуктивном периоде – $38,25 \pm 2,6$ лет. Средний возраст полового дебюта составил – $17,9 \pm 1,5$ лет. Частота использования механического метода контрацепции составила 21% ($n = 8$, прерванный половой акт, как метод контрацепции, использовался у 68% ($n = 26$) женщин, КОК у 8% ($n = 3$) женщин, ВМС у 3% ($n = 1$) женщин. Число аборт у женщин раннего репродуктивного возраста составило $1,5 \pm 0,7$ (от 1 до 2), средний возраст таких женщин составил $20,5 \pm 2,1$ лет, для женщин среднего репродуктивного периода – $1,4 \pm 0,8$ (от 1 до 3), средний возраст женщин составил $23,8 \pm 3,3$ лет, для женщин позднего репродуктивного периода – $1,5 \pm 0,5$ (от 1 до 2), средний возраст составил $26,0 \pm 3,1$ лет. Количество родов у женщин раннего репродуктивного возраста составило $1,0 \pm 0$ (1), средний возраст таких женщин составил $22,8 \pm 1,0$ года, для женщин среднего репродуктивного периода – $1,1 \pm 0,4$ (от 1 до 2), средний возраст



женщин составил $25,8 \pm 3,4$ лет, для женщин позднего репродуктивного периода – $1,2 \pm 0,6$ (от 1 до 2), средний возраст составил $27,5 \pm 2,7$ лет.

Заключение

У женщин с острым СО характерны: ранний репродуктивный возраст – 50% ($n=19$), городское население – 79% ($n=30$), отсутствие зарегистрированного брака – 55% ($n=21$), среднее образование – 71% ($n=27$), не работающие – 58% ($n=22$). Данные результаты требуют профилактики острого СО у данного контингента лиц.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОЧНО-ИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ С АУТОЛОГИЧНЫМ КЛЕТОЧНЫМ МАТЕРИАЛОМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА

**Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С.,
Ищенко А.А.**

Клиника акушерства и гинекологии им.В.Ф. Снегирева

Актуальность

Генитальный пролапс является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Нередко заболевание проявляется в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер. Частота пролапса гениталий согласно данным мировой статистики варьируется в широких пределах от 2–3% в развитых странах до 85% женского населения в странах востока. Так, в США ежегодно около 200 000 женщин оперируются по поводу данной проблемы. По данным Краснопольского В.И., Адамян Л.В., Кулакова В.И. опущение и выпадение внутренних половых органов наблюдается у 15–30% женщин, а у женщин старше 50 лет частота пролапса возрастает до 40%.

Цель

Создание новой клеточно-инженерной конструкции для усовершенствования имплантационных материалов, применяемых для восстановления фасциальных дефектов тазового дна у пациенток с различными видами пролапса.

Материалы и методы

В качестве матриксов использовалась нерассасывающаяся полипропиленовая сетка PROLENE MESH PMM3 (ETHICON).

В качестве клеточного материала: мезенхимальные стволовые клетки (МСК), полученные из костного мозга (КМ) у 6 лабораторных животных (крыс), адгезированные на пластике клетки веретеновидной формы, выстраивающиеся в направленные колонии.



Мезенхимальные стволовые клетки костного мозга каждой лабораторной крысы третьего пассажа были нанесены на образцы сеток PROLENE MESH PMM3 (ETHICON). Из сетки в стерильных условиях были вырезаны 12 фрагментов квадратной формы 10x10 мм. На каждый фрагмент сетки добавили по 250 мкл клеточной суспензии (400 тыс. клеток). Инкубировали при температуре 37°C во влажной среде, содержащую 5% CO₂ в течение 60 минут. Затем, в каждую лунку добавляли по 2 мл культуральной среды, продолжая инкубацию в тех же условиях.

Производилось имплантирование полученных клеточно-инженерных конструкций и контрольных сеток в подпапоневроитическое пространство у 6 лабораторных крыс.

Заживление послеоперационного шва наступало в среднем в течение 10–15 суток. Животные выводились из эксперимента через 2 месяца (2 крысы) и 4,5 месяца (4 крысы), образцы сеток отправлялись на гистологическое исследование.

Результаты

1. На 3 сутки отмечалась адгезия МСК на нитях сетки (преимущественно по углам), а через 14 суток – рост колоний (часть ячеек закрывались клетками). Мелкие ячейки практически полностью были закрыты клетками.
2. Через 1,5 месяца был произведен забор и морфологическое исследование тканей, окружавших имплантированные сетки у двух животных, у одного из которых была смоделирована запланированная экстрюзия. Тканеинженерная конструкция вела себя более надежно: пропиленовая сетка, в отличие от опытного образца была пророщена соединительной тканью, макрофаги и гигантские клетки немногочисленны, что свидетельствует о менее выраженной воспалительной реакции.
3. Через 4,5 мес после установки имплантатов: при наличии экстрюзии сетки и расхождения швов имелась не только лимфо-макрофагальная, но и нейтрофильная инфильтрация соединительной ткани, что связано с инфицированием. И в контрольных В двух случаях, где хирургических осложнений не было, соединительная ткань вокруг сетки отличалась зрелостью и минимальной воспалительной реакцией (в отличие от контрольной сетки у того же животного).

Заключение

Полученные предварительные данные дают основания считать необходимым дальнейшее продолжение данной работы на большем количестве лабораторных животных для получения статистически достоверных результатов.

Работа проводится в рамках внутривузовского гранта Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.



ЭКСПРЕССИЯ ИНГИБИТОРА ЦИКЛИН-ЗАВИСИМОЙ КИНАЗЫ P16INK4A В ЭУТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И БЕСПЛОДИЕМ

Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Коган И.Ю.

ФГБНУ НИИ АГиР

Актуальность

Нарушение морфо-функциональных свойств эндометрия и локальная воспалительная реакция, в том числе обусловленная вирусным поражением, является одной из причин бесплодия у больных с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) и оказывает негативное влияние на имплантационные свойства эндометрия.

Цель

Целью исследования явилось изучение экспрессии ингибитора циклин-зависимой киназы p16 ink4a в эутопическом эндометрии больных НГЭ и бесплодием.

Материалы и методы

Критерии включения в основную группу исследования: возраст 20–35 лет, первичное бесплодие, НГЭ (n=75). Критерия включения в группу сравнения: первичное бесплодие, обусловленное мужским фактором, отсутствие НГЭ (n=60). Больные были сопоставимы по возрасту. Биопсия эндометрия осуществлялась с 19 по 26 день менструального цикла при 28–35 дневном менструальном цикле. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов эндометрия проводили по стандартной методике. Для верификации хронического эндометрита использовали антитела CD8+, CD20+, CD4+ и CD138+ в стандартном разведении 1:50 (Dako, Дания). Для исследования экспрессии ингибитора циклин-зависимой киназы p16ink4a использовали набор CINTec p16 ink4a Histology Kit (Poche, Germany). Для оценки экспрессии рецепторов эстрогена (ER) и прогестерона (PgR) использовали антитела к рецепторам ER α (альфа) и рецепторам PgR в стандартном разведении. Оценку экспрессии исследуемых маркеров проводили методом Histochemical Score с контролем в системе компьютерного анализа изображений «Морфология 5.0» (ВидеоТест, Россия).

Результаты

У больных основной группы при гистологическом исследовании биоптатов эндометрия средняя стадия фазы секреции была диагностирована в 41,3% случаев, в группу сравнения в 75%. Хронический эндометрит в основной группе был верифицирован у 80%, в группе сравнения – только у 5% пациенток. У больных основной группы, было выявлено снижение экспрессии ER в железах и строме эндометрия: $94,2 \pm 9,7$ и $135,3 \pm 4,02$ ($p < 0,05$); $97,0 \pm 5,8$ и $149,3 \pm 2,10$ ($p < 0,05$), соответственно. Экспрессия PgR в железах эндометрия была выше, а в строме эндометрия – ниже: $93,8 \pm 14,8$ и $43,0 \pm 2,9$ ($p < 0,05$); $180,0 \pm 7,5$ и $268,0 \pm 2,23$ ($p <$



0,01), соответственно. В основной группе экспрессия белка p16 ink4a была определена во всех случаях. При этом у 73,3% пациенток положительная экспрессия отмечалась в железах и поверхностном эпителии, у 26,7% – отмечалась как в железах, так и в стромальном компоненте. В группе сравнения только у 5,0% отмечалась слабopоложительная экспрессия белка p16 ink4a в поверхностном эпителии эндометрия.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте нарушения процесса секреторной трансформации эутопического эндометрия у больных с НГЭ и бесплодием, ассоциированным с хроническим эндометритом. Известно, что белок p16 INK4a представляет собой ингибитор циклин-зависимых киназ и играет важную роль в регуляции клеточного цикла. Он участвует в опосредованном через белок ретинобластомы (pRB) контроле перехода клетки из фазы G1 в фазу S. Высокая частота экспрессии данного белка у пациенток с нарушением репродуктивной функции и хроническим эндометритом, возможно, является не только следствием вирусного инфицирования (вирусом папилломы человека), но и инактивации рецепторов прогестерона в клетках эндометрия при хроническом эндометрите.

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Торчинов А.М., Миронов А.В., Галачиев О.В., Османова С.Р.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность

Первичная плацентарная недостаточность является одним из основных патогенетических механизмов развития патологии беременности. На сегодняшний день большое значение в развитии данной патологии отводят генерализованной эндотелиальной дисфункции.

Цель

Целью нашего исследования стало изучение степени поражения эндотелия при неразвивающейся беременности.

Материалы и методы

Обследованы 34 беременные, находящиеся на лечении в отделении гинекологии ГБУЗ ГКБ №13 г. Москвы. В основную группу вошли 21 беременная с неразвивающейся беременностью на сроке 7–10 недель. Контрольную группу составили 13 соматически здоровых беременных с прогрессирующей беременностью, которым был произведен инструментальный аборт по желанию. С целью оценки состояния эндотелия проводилось определение концентрации десквамированных



эндотелиальных клеток в периферической крови по методике Hladovec J. (1978). Дополнительно проводилась морфометрия эндотелиоцитов с целью определения активности апоптоза в исследуемых клетках. Доказано, что поражение эндотелиоцитов при эндотелиальной дисфункции опосредовано апоптозом. В процессе поражения клетка проходит стадию сжатия, конденсации хроматина и формирования апоптозных телец. Оценка морфометрических показателей десквамированных эндотелиоцитов может являться показателем активности эндотелиопатии. Биохимическим маркером эндотелиальной дисфункции был выбран показатель микроальбуминурии, который показывает нарушение фильтрации в почечных клубочках при поражении эндотелия. У всех исследуемых после произведенного инструментального удаления плодного яйца произведено морфологическое исследование хориона. Выявлялись микроскопические признаки нарушения кровоснабжения третичных ворсин хориона: тромбоз сосудов и кровоизлияния.

Результаты

Средний возраст в основной группе составил 30,3 лет, в контрольной – 32,1 лет. Никотиновая зависимость в основной группе встречалась у 3 больных (14,3%), в контрольной группе – у 6 больных (46,2%). Индекс массы тела был схож в исследуемых группах. Среди соматических заболеваний следует выделить гипертоническую болезнь: 4,3% в основной группе и патологию щитовидной железы: 8,7% в основной группе. В контрольную группу отбирались беременные без экстрагенитальной патологии. Показатель микроальбуминурии составил 26,1 мг/л, в контрольной группе – 10 мг/л. При подсчете количества десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови по методике Hladovec J. получены следующие результаты: в основной группе этот показатель составил $14,2 \times 10^4$, в контрольной группе – $6,3 \times 10^4$. При морфометрии десквамированных эндотелиоцитов средний диаметр клеток в группе с неразвивающейся беременностью составил 28,2 мкм, в контрольной группе – 44,8 мкм. Морфологическое исследование третичных ворсин хориона показало наличие сосудистых нарушений в 13 препаратах основной группы (61,9%). В контрольной группе кровоизлияний и тромбозов в третичных ворсинах хориона выявлено не было.

Заключение

Таким образом, в исследовании выявлено значительное повышение морфометрических и биохимических показателей поражения эндотелиальных клеток в группе больных с неразвивающейся беременностью. Также отмечена корреляция поражения эндотелия у беременной и сосудистые нарушения в третичных ворсинах хориона. Полученные данные доказывают участие эндотелиальной дисфункции в патогенезе невынашивания, что подтверждает необходимость изучения эндотелиопатии, как фактора риска развития патологии беременности.



НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПОЭСТРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ АНОВУЛЯЦИИ (ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Чагай Н.Б., Кузюбердина И.В., Прохоренко-Коломойцева И.И.,
Казакова Л.М., Буняева Е.М., Фурсова Н.А.

СтГМУ

Актуальность

Терапия эстроген-гестагенами у больных с гипоестрогенными формами ановуляции рассчитана на значительный промежуток времени и является прогностически важной с точки зрения влияния на метаболизм жиров и углеводов.

Цель

Исследование риска развития СД2 и дислипидемии у больных гипогонадотропным гипогонадизмом (ГипоГГ) и преждевременной недостаточностью яичников (гипергонадотропный гипогонадизм ГиперГГ) на фоне долговременной гормональной заместительной терапии (ГЗТ).

Материалы и методы

У больных ГипоГГ (n=24), гипергонадотропным гипогонадизмом (ГиперГГ) (n=44) проведена оценка показателей углеводно-жирового обмена на старте гормональной заместительной терапии и по результатам 5–10 лет наблюдения.

Результаты

В группе ГипоГГ монотерапия эстрогенами (8–26 мес) привела к снижению НОМА-IR ($2,2 \pm 1,08$ vs $1,8 \pm 0,74$; $p < 0,05$), ХС-ЛПНП ($3,5(2,7; 4,0)$ vs $3,0(2,4; 3,4)$ ммоль/л; $p < 0,01$). При переводе на комбинированную ГЗТ уровень чувствительности к инсулину сохранился на тех же позициях (НОМА $1,9(1,6; 2,6)$ vs $1,8(1,7; 2,1)$, $p > 0,05$ – для эстрадиол+дидрогестерон (E2/D); $1,6(1,4; 2,2)$ vs $1,9(1,5; 2,4)$; $p > 0,05$ – для эстрадиола валерат+левоноргестрел (EV/LNG).

В группе ГиперГГ (n=44) ГЗТ в первые 6 циклов терапии сопровождалась снижением инсулинемии НОМА-IR ($2,0(1,5; 3,4)$ vs $1,7(1,4; 2,3)$ – для E2/D; $2,5(1,6; 3,7)$ vs $2,4(2,0; 2,8)$ – для EV/LNG), ТГ ($1,3(1,0; 1,6)$ vs $1,1(1,0; 1,3)$ $p < 0,05$ – для E2/D; $1,5(1,1; 2,0)$ vs $1,2(1,0; 1,4)$; $p < 0,001$ – для EV/LNG).

Под наблюдением более 5 ($6,9 \pm 1,8$) лет находились 27 больных (11 – с ГипоГГ, 16 – с ГиперГГ), Средний возраст к окончанию исследования пациенток с ГипоГГ составил $28,5 \pm 4,9$ лет, с ГиперГГ – $36,3 \pm 6,4$ лет. E2/D получали 11 больных (n=4 – ГипоГГ; n=7 – ГиперГГ), EV/LNG – 16 больных (n=7 – ГипоГГ; n=9 – ГиперГГ). Распространенность инсулинорезистентности (ИР) возросла значимо ($92,3\% (26/27)$ vs $74,1\% (20/27)$ $\chi^2 A/D$ $p < 0,01$). Пошаговый регрессионный анализ (из числа факторов - выбор препарата для ГЗТ, возраст, ИМТ в конце исследования, уровень триглицеридов (ТГ), анамнез семьи по сахарному диабету 2 типа (СД2)) определил ведущим предиктором повышения индекса НОМА только семейный анамнез по СД2 ($R = 0,92$; $\beta = 0,91$; $p < 0,001$).



Частота гипертриглицеридемии также существенно повысилась (33,3% (9/27) vs 22,2% (6/27) χ^2 A/D $p < 0,05$). Прогрессирующее повышение ТГ отмечено только у 9,1% больных на фоне долговременной терапии E2/D, и у 18,75% – EV/LNG (χ^2 $p > 0,05$). Но выбор препарата не определял ухудшения липидограммы ($R = 0,15$; $\beta = 0,28$; $p > 0,05$). Главным предиктором нарастания гипертриглицеридемии признан возраст пациенток к концу исследования ($R = 0,49$; $\beta = 0,37$; $p < 0,05$). Число больных с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) увеличилось до 14,8% (против 0%) χ^2 A/D 21,0; $p < 0,001$). Предикторами развития НТГ (СД2) у больных ГипоГТ и ГиперГТ на фоне долговременной ЗГТ названы индекс НОМА ($R = 0,74$; $\beta = 0,71$; $p < 0,01$) и анамнез по СД2 ($R = 0,76$; $\beta = 0,44$; $p < 0,001$). Всего в группах ГипоГТ и ГиперГТ к окончанию исследования МС имел место у 33,3% (9/27), отличие, в сравнении с началом исследования (22,2% (6/27), его распространенности значимо (χ^2 A/D $p < 0,05$).

Заключение

У больных ГипоГТ и ГиперГТ, не имеющих генетической предрасположенности к СД2 типа, циклическая комбинированная ЗГТ способствует поддержанию нормальной чувствительности к инсулину и нормолипидемии. Длительное применение ЗГТ не препятствует развитию ИР у больных с отягощенным семейным анамнезом по СД2 и не является средством профилактики данного заболевания.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ) ПРЕДПОЛАГАЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДДМЖ)

Чагай Н.Б., Кузюбердина И.В., Прохоренко-Коломойцева И.И., Казакова Л.М., Буняева Е.М., Фурсова Н.А.

СтГМУ

Актуальность

Патофизиология синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) предполагает увеличение риска развития доброкачественной дисплазии молочной железы (ДДМЖ).

Цель

Изучение влияния различных стероидов, инсулинорезистентности и собственно ожирения на развитие ДДМЖ.

Материалы и методы

На предмет патологии МЖ обследовано 122 пациентки СПКЯ. Эхография МЖ на аппарате SonoAce Ex проводилась с 5 по 9 день менструального цикла.



Результаты

В момент верификации заболевания у больных с нормальной массой тела ДДМЖ диагностирована в 56,9% (41/72) наблюдений, с ожирением – у 88% (44/50) пациенток, отличие значимо (χ^2 $p < 0,001$). В подгруппе больных без ожирения основной формой дисплазии МЖ была невыраженная гиперплазия железистого компонента, с ожирением – смешанная и кистозная формы болезни. Распространенность ДДМЖ с выраженными проявлениями в подгруппе без ожирения составила 12,5% (9/72), с ожирением – 28% (14/50), отличие значимо (χ^2 $p < 0,001$).

Множественный регрессионный анализ показал, что не уровень инсулина или НОМА, а повышение ИМТ является главным предиктором развития ДДМЖ при СПКЯ ($\beta = 0,22$; $p < 0,01$).

Через 12 месяцев терапии Этинилэстрадиол-30 мкг + Дроспиренон-2 мг/сутки (ЕЕ/DRSP) обследованы 29 пациенток, в том числе 11 больных с ИМТ ≥ 26 кг/м² получающих ЕЕ/DRSP в комбинации с Метформином 2000 мг/сутки.

На фоне терапии ЕЕ/DRSP или ЕЕ/DRSP + Метформин отмечены: значимый регресс кистозного компонента, неполный регресс стромального компонентов. Эхопризнаки гиперплазии железистого компонента не претерпели динамики у 85,7% (12/14) больных, усилились – у 14,3% (2/14) больных. Впервые признаки нерезко выраженной железистой гиперплазии зарегистрированы у 10,3% (3/29) больных. В целом, толщина ФГЗ у пациенток с ДДМЖ железистого типа была увеличена незначимо.

Полная нормализация эхографической картины МЖ произошла только в подгруппе больных с ожирением в 36,3% (4/11) наблюдений, причем только после снижения ИМТ до 25 кг/м². Пошаговый множественный регрессионный анализ из числа независимых факторов – динамика ИМТ(%), достигнутый ИМТ (≤ 25 ; 26–29; ≥ 29 кг/м²) - определил категориальный фактор «редукцию ИМТ до 25 кг/м²» главным предиктором регресса маммарной стромы ($R = 0,35$; $\beta = 0,54$; $p < 0,05$).

Более 5 лет (7,1 $\pm$ 1,8 лет) под наблюдением находились 28 больных СПКЯ, ДДМЖ изначально имела место у 53,6% (15/28) больных. Выраженные проявления ДДМЖ отмечены только в 21,4% (6/28) наблюдений.

У пациенток с ДДМЖ железистого типа, зарегистрированной исходно или через 12 месяцев приема ЕЕ/DRSP, на фоне длительного непрерывного приема этого препарата не было отмечено дальнейшего прогрессирования эхосимптомов гиперплазии паренхимы.

Появление новых случаев смешанной мастопатии (в форме невыраженных проявлений) имели место у пациенток, увеличивших свой вес.

Заключение

Регресс эхопризнаков ДДМЖ на фоне патогенетически обоснованной терапии СПКЯ подтверждает вторичность доброкачественных изменений маммарной структуры на фоне гиперандрогении, гиперэстрогении, гиперинсулинемии. Применение ЕЕ/DRSP сопровождается появлением эхопризнаков невыраженной гиперплазии железистого компонента. Явления железистой гиперплазии не имеют тенденции к прогрессированию на протяжении 7 и более лет терапии ЕЕ/DRSP.



При СПКЯ на фоне ожирения полный регресс стромальной гиперплазии МЖ достигается только при условии редукции массы тела до идеальной.

ОПЫТ РАБОТЫ СИСТЕМЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ

Чистякова И.А., Ипатова М.В., Козырева О.В.

ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России

Актуальность

Важнейшая составная часть профилактики женщин репродуктивного возраста после операций на половых органах это поиск новых организационных моделей. Обязательным является антибиотикопрофилактика, в ряде случаев – физиотерапия. В последнее время в клинической практике методиста лечебной физкультуры занимает научная разработка индивидуальных и дифференцировано подобранных комплексов физических упражнений, назначаемых в послеоперационном периоде, в том числе и у женщин после гинекологических операций. В основе терапевтического действия таких комплексов лежит процесс систематизированной тренировки.

Цель

Изучить влияние лечебной гимнастики (ЛГ) в комплексе лечебных мероприятий у женщин в раннем послеоперационном периоде на психоэмоциональный статус.

Материалы и методы

Обследованы 32 женщины 28–42 лет после операций на половых органах. Все обследованные получали унифицированную антибиотикотерапию и физиотерапию. Из них сформировали 2 группы с идентичным объемом оперативного вмешательства. В течение 3 сут после операции 17 пациенткам (I группа) в комплекс лечебных мероприятий включили индивидуальные занятия ЛГ. Это общеразвивающие и специальные физические упражнения динамического характера с элементами дыхательной гимнастики. А остальные 15 человек (II группа) – указанных занятий не получали. С целью объективизации полученного эффекта исследовали динамику общего состояния пациенток и психоэмоционального статуса с помощью медико-психологического тестирования (шкалы Спилбергер 1, Спилбергер 2, САН).

Результаты

Все пациентки I группы процедуры ЛГ переносили хорошо, реакция на лечение была адекватной. При тестировании по шкале Спилберга на 3 сут после



операции отмечено снижение ($p < 0,05$) показателей ситуационной тревожности с $40,2 \pm 2,4$ до $20,2 \pm 1,2$, а личностной – с $36,2 \pm 2,4$ до $20,2 \pm 1,7$, что соответствовало параметрам здорового человека. По шкале САН повышение ($p < 0,05$) показателей уровня «самочувствия» отмечено с $2,8 \pm 0,2$ до $5,7 \pm 0,1$; «активности» с $2,5 \pm 0,3$ до $5,8 \pm 0,3$ и «настроения» с $3,9 \pm 0,3$ до $6,01 \pm 0,2$ у.е. Показатели категорий САН указывали на значения «отдохнувшего» человека.

У женщин II группы результаты были менее значимы. Так, отмечено только снижение ($p \geq 0,05$) показателей ситуационной тревожности с $39,3 \pm 2,6$ до $31,2 \pm 2,9$, а личностной – с $35,9 \pm 2,5$ до $30,2 \pm 2,2$. Повышение ($p < 0,05$) показателей «самочувствие» с $2,7 \pm 0,2$ до $4,1 \pm 0,4$; «активность» с $2,5 \pm 0,2$ до $4,2 \pm 0,2$; «настроение» с $2,6 \pm 0,2$ до $4,3 \pm 0,1$. При этом надо отметить, что на 3 сут после операции по тесту САН количественная оценка категорий между сравниваемыми группами имела статистическую разницу ($p < 0,05$). У пациенток II группы результаты тестирования указывали на благоприятное течение послеоперационного периода, тогда как у пациенток I группы – соответствовали нормативным значениям.

У пациенток I группы после комплекса профилактических мер в послеоперационном периоде, включающих ЛГ, отмечено полное восстановление изучаемых показателей до нормативных значений, в то время как у женщин II – наблюдали лишь позитивные сдвиги.

Заключение

Таким образом, наиболее выраженная коррекция психоэмоционального состояния у женщин наблюдалась под влиянием курса послеоперационного восстановительного лечения, включающего процедуры ЛГ, что, по-видимому, связано с более активным влиянием на функционирование вегетативной нервной системы и устранением напряжения регуляторных механизмов.

КЛИНИКО – БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Шатунова Е.П., Каганова М.А.

СамГМУ

Актуальность

Воспалительные процессы в матке и ее придатках на протяжении многих лет занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов риска и микробной флоры у пациенток с воспалительными заболеваниями придатков матки (ВЗПМ).



Материалы и методы

Проведено клинико-лабораторное обследование 100 женщин в возрасте от 15 до 42 лет с ВЗПМ, которое включало: общеклинические, бактериологические, инструментальные (кольпоскопия, УЗИ) методы исследования.

Результаты

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст пациенток составил 26,7 лет. Выявлено, что 61% женщин были не замужем, по профессиональной принадлежности 34% женщин были служащими, 59% – учащимися. Частота использования ВМК составила 15%. Обращает на себя внимание высокий процент сопутствующих заболеваний: ОРВИ, гриппа, хронического тонзиллита, хронического пиелонефрита, хронического бронхита (79%). Анализ гинекологической патологии показал, что 65% пациенток имели в анамнезе эпизоды хронического сальпингоофорита, 31% – нарушения менструального цикла, 3% – бартолинит и 11% – эндоцервикоз. Выявлено, что на каждую женщину приходилось по 1,4 беременностей. Хроническая урогенитальная инфекция и дисбиоз влагалища в анамнезе выявлены у 42 пациенток. Наиболее часто был диагностирован урогенитальный кандидоз (17%), бактериальный вагиноз (16%). Хламидийная инфекция составила 9%, трихомониаз выявлен в 4% случаев.

Установлено, что треть больных занималась самолечением с применением анальгетиков и антибиотиков. При анализе жалоб наиболее часто пациентки отмечали тазовые боли различной степени выраженности. В 8% наблюдений ВЗПМ протекали почти бессимптомно. Средняя температура составила $37 \pm 0,4^\circ\text{C}$. Патологические бели из половых путей обнаружены у 74% больных, зуд, жжение во влагалище, болезненное мочеиспускание – у 6%. При осмотре выявлены болезненные увеличенные придатки матки, болезненность при смещении шейки матки у всех больных. В гемограммах больных только у 15% пациенток обнаружены лейкоцитоз более 9 000, увеличение СОЭ более 18 мм /час.

У 20 женщин при кольпоскопии выявлены признаки выраженного очагового и диффузного цервицита. При эхографии отмечены увеличенные в объеме яичники (46%), увеличенные в диаметре и на протяжении маточные трубы, с утолщенной гиперэхогенной стенкой, которые были в большинстве случаев подпаяны к матке (63%), увеличение размеров матки, наличие реактивного выпота в малом тазу (17%).

По результатам бактериоскопического исследования влагалищного мазка в 87% преобладал воспалительный тип мазка: большое количество лейкоцитов и кокковая микрофлора (IV степень чистоты). Микрофлора в посевах из цервикального канала нами была выявлена у 55% пациенток, у остальных больных роста микрофлоры не было. Преобладающими микроорганизмами были *Staphylococcus* spp. (15%), грибы рода *Candida* (28%), а также *Streptococcus* spp. (5%), *Gardnerella vaginalis* (17%), *E. Coli* (3%), ассоциации бактерий (8,0%).

Комплексное лечение включало в себя антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, иммуномодуляторы, десенсибилизирующие средства, пробиотики, физиотерапевтические процедуры, гравитационную терапию.



Заключение

В современных условиях ВЗППМ характеризуются стертым течением, наличием микробных ассоциаций, трудностями в лечении больных, чаще всего связанных с самолечением и поздним обращением в медицинское учреждение.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО ДИЕНОГЕСТ, В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Шатунова Е.П., Каторкина Е.С., Дахнюк С.Е.

СамГМУ

Актуальность

Генитальный эндометриоз актуальная проблема гинекологии, что обусловлено его высокой заболеваемостью.

Цель

Цель исследования – изучение эффективности гормономодулирующей терапии в лечении пациенток с эндометриозом.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 83 пациенток с генитальным эндометриозом. Всем больным мы проводили комплексное лечение, включающее применение нестероидных противовоспалительных средств, физиолечение, микроклизмы с 1% раствором тиосульфата натрия. В качестве гормономодулирующей терапии мы назначали комбинированный оральный контрацептив (КОК) содержащий 2 мг диеногеста и 30 мг этинилэстрадиола (силует), как в контрацептивном, так и в пролонгированном режиме (63 дня приема активных таблеток с последующим семидневным перерывом). Все 83 пациентки в зависимости от применения КОК, были разделены на 2 группы. 63 пациентки, получавшие Силует (38 женщин после хирургического лечения эндометриодных кист яичников и 25 женщин с аденомиозом) составили основную группу. Группа сравнения – 20 женщин с генитальным эндометриозом (аденомиозом и после хирургического лечения эндометриодных кист яичников) – которые КОК не получали. Группы были идентичны по возрасту, генитальной и экстрагенитальной патологии. Обследование включало оценку анамнестических и клинических данных, лабораторные, инструментальные (УЗИ), гистологические методы исследования.

Результаты

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст пациенток составил 28,2 года. Средняя продолжительность заболевания составила 3,2 года. Установлено, что 19 пациенток были госпитализированы в стационар



более одного раза в связи с выраженным болевым синдромом. У каждой десятой пациентки отмечено первичное или вторичное бесплодие. Нарушения менструального цикла по типу мено-и метроррагий выявлены у 22 женщин. Дисменореей страдали 28 пациенток.

Исследование показало эффективность и безопасность данного низкодозированного КОК. Побочные эффекты наблюдались редко: у 2 пациенток отмечены небольшая тошнота, которая не потребовала отмены приема препарата. Через 6 месяцев после лечения мы отметили высокую эффективность терапии с использованием КОК, как в качестве самостоятельного метода, так и в качестве противорецидивной послеоперационной терапии. Лучшие клинические результаты были достигнуты у женщин, применявших КОК в пролонгированном режиме. У всех пациенток, использующих силуэт, отмечены купирование основных клинических симптомов (исчезновение дисменореи, уменьшение менструальной кровопотери, снижение выраженности болевого синдрома) и хорошая переносимость лечения. При бимануальном осмотре уменьшилась болезненность органов малого таза. Рецидивов эндометриодных кистозных яичниковых образований не было в группе больных, получавших силуэт. У 12 пациенток основной группы, прооперированных по поводу эндометриодных кист яичников, после отмены КОК через два менструальных цикла наступила беременность. У 11 пациенток из этой группы беременность закончилась срочными родами. У женщин группы сравнения болевой синдром, дисменорея не были купированы в достаточной степени.

Заключение

Использование диеногестсодержащего КОК у пациенток репродуктивного возраста с эндометриозом отличалось высокой эффективностью, хорошей переносимостью, малым числом побочных реакций.

ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Юдин С.А., Андреева М.В., Лукичева Я.Ю., Матинян Г.К., Тучина А.В.
Волгоградский государственный университет

Актуальность

Удельный вес генитального туберкулеза (ГТ) в группе женщин с бесплодием занимает 10–25 %. ГТ диагностируется на поздних этапах развития, когда имеются грубые морфологические изменения в матке и придатках, что является причиной бесплодия. Актуальность данной работы определяется необходимостью диагностики ГТ на ранних этапах развития с целью профилактики бесплодия у женщин фертильного возраста.

Цель

Выявить особенности диагностики бесплодия у пациенток с ГТ.



Материалы и методы

Проведено обследование 125 женщин с установленным диагнозом ГТ, на основании которого выделены 2 группы пациенток. В 1 группу (основная) вошли 62 больные с первичным бесплодием, во 2 (группа сравнения) – 63 пациентки без такового. Средний возраст пациенток 1 группы составил $30,63 \pm 1,45$ года, 2 группы – $31,17 \pm 1,26$ года ($p > 0,05$). В 1 группе работающих женщин было 63,17%, домохозяйек – 27,79%, студенток – 9,04% (во 2 группе соответственно – 65,29%, 27,16%, 7,55%, $p > 0,05$). Обследование женщин проводилось на основании приказов МЗ РФ № 932н и № 572н. Для обработки результатов исследования применен статистический пакет программы Microsoft Office Excel 2013.

Результаты

В 1 группе состояло в зарегистрированном браке 73,17% женщин, во 2 группе – 77,16% ($p > 0,05$). В 1 группе экстрагенитальная патология составила 76,71%, преобладали заболевания органов дыхания (47,49%). Аналогичные показатели выявлены во 2 группе. При изучении менструальной функции было диагностировано следующее. С момента дебюта заболевания в 1 группе у 45,96% больных менструальный цикл стал нерегулярным, у 53,72% уменьшилась величина и длительность кровопотери (во 2 группе – 19,87% и 49,43% соответственно, $p < 0,05$). Среди гинекологической патологии у пациенток обеих групп преобладал хронический аднексит – 96,44% и 75,13% соответственно ($p < 0,05$).

После проведения гистеросальпингографии в 1 группе у 13,42% женщин выявлен туберкулез придатков матки с незначительными изменениями на рентгенограмме, у 40,17% – с выраженными изменениями, у 20,87% – туберкулезный эндометрит, у 25,54% – смешанная форма ГТ (во 2 группе – 40,45%, $p < 0,05$; 20,18%, $p < 0,05$; 18,93%, 20,44% соответственно, $p > 0,05$). Диагноз ГТ был поставлен впервые в 1 группе в 89,92% случаев, во 2 группе – в 23,18% случаев ($p < 0,05$). Объективно подтвержденное инфицирование туберкулезом в детстве и подростковом возрасте имели 8,9% пациенток 1 группы и 36,21% 2 группы ($p < 0,05$). В 1 группе преобладали жалобы на тупые боли внизу живота (63,49%), слабость (76,88%), субфебрилитет (24,43%) (во 2 группе – 42,56%, 45,67%, 51,28% соответственно, $p < 0,05$). Обнаружены туберкулезные очаги в легких у 10,53% женщин 1 группы, во 2 группе – у 9,43% ($p > 0,05$). При поступлении в диспансер в 1 группе средние значения гемоглобина составили $136,15 \pm 2,18$ г/л, лейкоцитов – $3,8 \pm 0,82 \times 10^9$ /л, лимфоцитов – $36,43 \pm 1,96\%$, СОЭ – $18,41 \pm 3,67$ мм/ч. Во 2 группе выявлены аналогичные показатели ($p > 0,05$).

Заключение

Таким образом, установлены следующие особенности диагностики бесплодия у пациенток с ГТ. 50% женщин данной группы имели нерегулярный менструальный цикл, предъявляли жалобы на гипоолигоменорею. У них преобладал хронический аднексит. У большинства больных имелись выраженные патологические изменения маточных труб и матки. Для них характерны жалобы, специфические для туберкулеза. Показатели клинического анализа крови у этих пациенток не отличались от физиологических, за исключением низкого уровня лейкоцитов и увеличения СОЭ.



Раздел 3

Онкогинекология

ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Пашов А.И., Сивова Е.Н., Кириченко А.К., Вершинин И.В.,
Букреев А.В.**

Балтийский федеральный университет им. И. Канта

Актуальность

Гиперплазия эндометрия как возможная основа для формирования рака эндометрия, представляет важнейшую медико социальную проблему, и является одной из самых актуальных проблем современной гинекологии. Потери от злокачественных новообразований в репродуктивном возрасте (20–44 года) в женской популяции составляют 15,7%.

Цель

Оценить эффективность агонистов ГнРГ и левоноргестрелсодержащей внутриматочной системы для лечения женщин до 40 лет с атипической гиперплазией (АГЭ) и высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия (ВДА) без инвазии миометрия, с нереализованной репродуктивной функцией.

Материалы и методы

Проведено проспективное когортное исследование. Самостоятельная гормонотерапия проводилась агонистами ГнРГ в течение 6–9 месяцев с введением левоноргестрелсодержащей внутриматочной системы. Всем пациенткам проводилось гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием, МРТ, гистероскопия с раздельным выскабливанием полости матки, так же было проведено иммуногистохимическое исследование соскобов



эндометрия до и после лечения, с использованием панели антител ER, PR, Ki-67, bcl-2, p-53, E-cadherin.

Результаты

Медиана возраста пациенток в исследуемой группе составила 32 [26,7;36]. Медиана значения экспрессии ER 8,0 [7,0; 8,0]. Среднее значение экспрессии ER при АГЭ было 7,6, а при ВДА 7,5. Медиана значения экспрессии PR составила 7,5 [7;8]. Значение экспрессии PR при АГЭ был выше (7,2), чем при ВДА (7,1). Медиана значения экспрессии Ki 67 составила 40 [20;60]. Значение экспрессии Ki 67 при АГЭ был ниже (34,9), чем при ВДА (70,0), и сопоставимы с мировыми данными. Распределение экспрессии p-53 в зависимости от морфологического заключения выглядело так: при АГЭ – 17,8; при ВДА – 49,1. Среднее значение экспрессии E cadherin при АГЭ составила 2,7 баллов, а при ВДА – 1,7 баллов. Прямая корреляционная связь отмечалась в отношении экспрессии Ki 67, Bcl 2, p-53, обратная корреляционная связь наблюдалась относительно экспрессии E cadherin. Статистически значимых результатов значений экспрессии ER, PR на время достижение атрофии эндометрия нами не было выявлено ($p > 0,05$). Медиана времени достижения атрофии эндометрия при АГЭ составила 3 [3,0;6,0], а при ВДА 6 [6,0;6,0] месяцев. Нами выявлены статистически значимые отличия по времени наступления атрофии эндометрия при АГЭ и ВДА ($p < 0,001$). У пациенток с АГЭ и ВДА, которым проводилось органосохраняющее лечение атрофия эндометрия была достигнута в 50/50 ($100,0 \pm 0,0\%$) случаев. Пятилетняя выживаемость составила 100,0%. Данных за рецидив заболевания не выявлено. У 8/50 ($16,0 \pm 4,9\%$) женщин наступила беременность после лечения.

Заключение

Показатели экспрессии маркеров Ki 67, Bcl 2, p-53 при ВДА в 2 раза превышали показатели экспрессии данных маркеров при АГЭ. На фоне проводимого лечения значения экспрессии исследуемых маркеров снижались в 10–12 раз. Таким образом, комбинированное гормональное лечение влияет на процессы регуляции клеточного цикла и апоптоза. Наши данные позволяют сделать вывод, что проведение иммуногистохимического исследования соскобов эндометрия перед решением вопроса о способе последующего лечения является необходимым, с целью подтверждения морфологического диагноза, дифференциальной диагностики, уточнения дифференцировки опухоли и возможного прогноза заболевания.



УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Шехтер М.С., Салов И.А., Елисеев А.А., Морозова В.А.

СГМУ

Актуальность

Рак шейки матки стабильно занимает второе место после рака эндометрия среди всех злокачественных заболеваний репродуктивной системы. Основным клиническим проявлением ракового поражения внутренних гениталий является маточное кровотечение.

Цель

Целью нашего исследования являлась усовершенствование методики рентгеноэндоваскулярной окклюзии внутренних подвздошных артерий и её ветвей с использованием левостороннего кубитального доступа.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 14 больных с диагнозом РШМ IIb-4 стадии с геморрагическим синдромом, которым выполнялось РЭО внутренней подвздошной артерий и её ветвей. Операция РЭО выполнялась на передвижном ангиографическом комплексе «Eurocolumbus TR3D». Основная группа – 7 пациентов, которым РЭО выполнялась левосторонним плечевым доступом. Производилась пункция левой плечевой артерии на 2–3 см проксимальнее локтевого сгиба, устанавливался интродюсер, затем катетер на стандартном проводнике продвигался по току крови через подключичную артерию в нисходящую грудную, затем брюшную аорту до бифуркации брюшной аорты. Ангиография позволяла определить вариант анатомии аорто-подвздошного артериального сегмента. Выполнялась катетеризация и эмболизация маточной артерии с двух сторон. Эмболизация маточных артерий микросферами. Эмболизация внутренних подвздошных артерий – спиралями. Группа сравнения – 7 пациенток, которым РЭО выполнялась бедренным доступом по стандартной методике Сельдингера. В основной группе с помощью левостороннего кубитального доступа во всех 7 случаях удалось выполнить катетеризацию и эмболизацию внутренней подвздошной артерии с обеих сторон и селективной катетеризации маточной артерии. Во всех 7 случаях для выполнения операции был использован один диагностический катетер и диагностический проводник. Среднее время выполнения операции – 40 минут. Гемостаз давящей повязкой на локтевую область. Время гемостаза 10 минут. Больным разрешалось вставать через 2 часа. В группе сравнения у 3 пациенток операция была выполнена по классической методике. Среднее время вмешательства составило 50 минут. У 2 пациенток потребовалась 2-сторонняя катетеризация бедренной артерии, что увеличило время операции до 1,5 часов.



Результаты

При использовании метода отметились такие недостатки как: 1) плохая управляемость катетером, 2) увеличение времени выполнения манипуляции в два раза 3) использование второго бедренного доступа. Выполнение РЭО с помощью левого кубитального доступа представляется более простой методикой по сравнению с бедренным. При левом кубитальном доступе для проведения катетера через плечевую артерию требуется преодолеть один угол, близкий к 90° . Дальнейшая траектория движения катетера близка к прямой линии, что значительно облегчает дистальное позиционирование катетера и снижает риск миграции эмболизирующего материала, повышая тем самым селективность процедуры.

Заключение

Применение бедренного доступа требует смены катетеров и проводников, использования специальных приемов, что увеличивает время вмешательства, повышает риск повреждения интимы и перфорации сосуда, увеличивает лучевую нагрузку, что в совокупности позволяет нам рассматривать доступ через левую плечевую артерию как оптимальный.



Раздел 4

Репродуктология

ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ КАК НОВЫЙ СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

**Александрова Н.В., Шубина Е.С., Екимов А.Н., Кулакова Е.В.,
Мукосей И.С., Кодылева Т.А., Макарова Н.П., Трофимов Д.Ю.**

ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова

Актуальность

В ходе преимплантационного генетического скрининга (ПГС) анализируется хромосомный набор эмбриона. Проводится селекция эмбрионов с нормальным набором хромосом, увеличивая вероятность наступления успешной беременности.

Цель

Целью данного исследования было оценить возможность проведения ПГС с использованием полупроводникового NGS и сравнить результаты, получаемые с помощью секвенирования с результатами используемого в настоящий момент метода сравнительной геномной гибридизации array-CGH, основанного на платформе Agilent.

Материалы и методы

В работе были использованы образцы 38 биопсированных эмбрионов, полученных от пациентов, проходящих лечение бесплодия методом ЭКО с применением ПГС. Сравнительная геномная гибридизация генетического материала эмбриона проводилась с использованием оборудования фирмы Agilent (США). Полногеномную амплификацию ДНК исследуемых клеток проводили с помощью набора для проведения WGA-PCR PicoPlex SingleCell WGA Kit (Rubicon Genomics, США) 28 образцов и набора для проведения MDA GenetiSure Pre-Screen Amplification and Labeling Kit (Agilent, США) 10 образцов. Приготовление библиотек проводили с помощью Ion Xpress Plus Fragment Library Kit согласно протоколу производителя. Мультиплексное секвенирование (30 образцов/чип) проводилось на платформе



Ion Proton Torrent с наборами Ion PI™ Sequencing 200 Kit v3 и чипами Ion PI™ Chip v2 (Life Technologies Thermo Fisher). Анализ данных проводился по разработанному авторами протоколу.

Результаты

Каждый образец был проанализирован двумя методами array-CGH и NGS. Как показали результаты исследования, по данным сравнительной геномной гибридизации 25 образцов имели нормальный кариотип (65,7%) и в 13 эмбрионах (34,3%) были выявлены анеуплоидии, из которых в 4 случаях были выявлены множественные хромосомные перестройки. Полное совпадение результатов NGS и сравнительной геномной гибридизации отмечено у 36 эмбрионов результаты. В оставшихся 2 случаях наблюдались расхождения результатов: 47, XXY в обоих случаях по результатам aCGH и 46, XY и 46, XX по результатам NGS (5,2%). В нашей работе также использованы образцы от одних и тех же эмбрионов, пробиопсированных дважды и амплифицированные с помощью разных методов амплификации – WGA-PCR и MDA. Совпадение результатов составило 100%.

Заключение

В данной работе представлены результаты первого в России пилотного исследования, оценивающего возможность использования полупроводникового NGS в качестве ПГС и полученные данные сопоставлены с результатами метода array-CGH. Различия в результатах скрининга двух не совпадающих эмбрионов могут объясняться как более высокой разрешающей способностью использованного метода NGS, так и разными подходами к интерпретации получаемых результатов. Использование разных методов полногеномной амплификации в свою очередь может влиять на уровень шума и точность получаемых результатов. Необходимо продолжить исследование с целью выбора оптимального метода полногеномной амплификации, оценки возможности и необходимости детекции мозаичных образцов, а также оценки минимально необходимого покрытия при секвенировании.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Боровиков И.О., Губина М.Г., Арутюнян Г.А.

Кубанский государственный медицинский университет

Актуальность

Особую опасность представляет заражение вирусом простого герпеса (ВПГ) у беременных. Результатом данного процесса является невынашивание беремен-



ности, раннее отхождение околоплодных вод, внутриутробное инфицирование. В последние годы выявлены новые мутантные штаммы вирусов нечувствительные к классическим антивирусным веществам (нуклеоаналогам). В то же время они оказались чувствительны к глицирризиновой кислоте (ГК). ГК относится к классу киназных ингибиторов, развитие толерантности вирусов к которым затруднено, кроме того, активированная ГК является выраженным иммуностимулятором, влияя как на гуморальные, так и клеточные факторы иммунитета.

Цель

Разработка нового комплекса подготовки к беременности женщин, больных рецидивирующим генитальным герпесом (РГГ), с сочетанием системной традиционной противовирусной терапии в комплексе с препаратом активированной глицирризиновой кислоты (гель «Кольпоцид»).

Материалы и методы

Наблюдалось 90 женщин, больных РГГ, у которых, после окончания курса терапии, в течение 12 месяцев произошло оплодотворение с последующим успешным рождением ребенка. Все пациентки с обострением ГГ были разделены на две группы: I группа (30 больных) – получавших противовирусную терапию ацикловиром в дозе 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней; II группа (30 больных) – которой в комплексное лечение кроме этиотропной была добавлена топическая терапия препаратом глицирризиновой и липотейхоевой кислот – «Кольпоцид-гель» (2 раза в сутки местно в течение 10 дней). Диагностику инфицированности ВПГ проводили комплексно: 1) прямая микроскопия; 2) реакция прямой иммунофлуоресценции; 3) метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для суждения о клиническом состоянии больной проведена интегральная субъективно-объективная балльная оценка (0 баллов – отсутствие симптома, 1 балл – средняя степень выраженности симптома, 2 балла – выраженная симптоматика). Оценка проводилась до начала терапии, на 5 сутки и через 6 месяцев после окончания терапии. Регистрация интегральной субъективно-объективной балльной оценки проводилась по формуле согласно методам вариационной статистики.

Результаты

В ходе изучения клинических проявлений в I и II группах, через 5 дней после окончания терапии в обеих группах отмечено достоверное ($P < 0,001$) снижение суммы баллов клинической оценки, но, если в I группе данный показатель снизился в 3,2 раза, то во II группе, сумма балльной оценки снизилась в 7,5 раза. В течение последующих 6 месяцев динамического наблюдения за состоянием пациентов исследуемых групп выявлено, что рецидивирование заболевания по сумме баллов ($2,36 \pm 0,19$ против $0,83 \pm 0,11$ баллов соответственно; $P < 0,001$, т.е. в 2,5 раза чаще) происходило в I группе. Проведено динамическое наблюдение за всеми пациентками, прошедшими предгравидарную подготовку. Выявлено, что в I группе, во время беременности обострения ГГ наблюдались у 41,7% женщин, а во II группе, оно зарегистрировано только у 9,0% беременных. Наличие УЗ-маркеров внутриутробной инфекции выявлено у 53,6% беременных I и у



18,3% – II группы. Наличие признаков реализации внутриутробной инфекции было отмечено у 38,3% новорожденных I и у 12,3% – II группы.

Заключение

Применение системной противовирусной терапии на фоне патогенетически обоснованной терапии глицирризиновой кислотой (гель «Кольпоцид») позволяет повысить клиническую эффективность лечения больных рецидивирующим генитальным герпесом и провести более успешную предгравидарную подготовку.

РОЛЬ КАЧЕСТВА ЭМБРИОНОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ХЕТЧИНГА БЛАСТОЦИСТ ЧЕЛОВЕКА В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Ибрагимова Э.О., Макарова Н.П.

ФГБУ НЦАГИП

Актуальность

Во время преимплантационного развития эмбрион человека находится внутри гликопротеиновой оболочки, которая называется блестящей оболочкой. Для имплантации эмбрион должен покинуть блестящую оболочку. Этот процесс обозначается термином хетчинг (англ. hatching – вылупление). Отсутствие самостоятельного хетчинга может являться одной из причин неудачи имплантации в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Цель

Оценить роль качества эмбрионов в эффективности самостоятельного хетчинга бластоцист человека в программах ВРТ.

Материалы и методы

В данной работе было изучено 62 бластоцисты, донированных на проведение научных исследований. Морфологическая оценка эмбрионов проводилась по классификации Гарднера отдельно для степени зрелости бластоцисты, качества внутренней клеточной массы (ВКМ) и качества трофктодермального слоя. Наличие или отсутствие самостоятельного хетчинга регистрировал эмбриолог на 6-е сутки культивирования эмбрионов (через 24 часа после оценки морфологии).

Результаты

В исследование было включено 62 бластоцисты, из них 15 (24,2%) оказались способны к самостоятельному хетчингу.



Доля бластоцист второй степени зрелости (полость бластоцисты больше половины объема эмбриона) составила 3,2% (n=2), третьей (полная бластоциста) – 9,7% (n=6), четвертой (рисширенная бластоциста) – 72,5% (n=45), пятой (трофэктодерма начинает проникать через блестящую оболочку) – 3,2% (n=2), шестой (бластоциста покинула блестящую оболочку) – 11,3% (n=7).

Внутренняя клеточная масса категории А (плотно упакованная ВКМ с большим количеством клеток) – 38,7% (n=24), В (более свободная группировка среднего количества клеток ВКМ) – 40,3% (n=25), С (незначительное количество клеток ВКМ) – 21% (n=13).

Трофэктодермальный слой категории А (много клеток, формирующих ТЭ) – 37,1% (n=23), В (немного клеток, формирующих ТЭ) – 29,0% (n=18), С (незначительное количество больших клеток) – 33,9% (n=21).

Было оценено влияние степени зрелости бластоцисты, качества внутренней клеточной массы и качества трофэктодермального слоя по классификации Гарднера на способность бластоцист к самостоятельному хетчингу. Все три составляющие оценки бластоцисты по шкале Гарднера были значимо выше в группе успеха хетчинга: $p=0,0001$ для степени зрелости бластоцист, $p=0,0226$ для качества ВКМ, $p=0,0001$ для качества ТЭ.

Заключение

Эффективность хетчинга бластоцист человека в программах ВРТ является более высокой у эмбрионов хорошего качества при оценке по Гарднеру (степень зрелости бластоцисты, качество внутренней клеточной массы и качество трофэктодермального слоя).

ИСХОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ

Махмадалиева М.Р., Мюллер В.С.

ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта

Актуальность

Вместе с проблемой бесплодия в последние годы отмечается неуклонный рост ожирения. По предварительным данным в России не менее 30% трудоспособного населения имеют избыточную массу тела и 25% – ожирение. Эти данные в совокупности с данными других стран позволяют говорить о существовании глобальной «эпидемии» ожирения.

Вопросы вынашивания беременности у пациенток с ожирением актуально и ныне. Особенно важны они при составлении программ для экстракорпорального оплодотворения. Ожирение приводит не только к нарушению репродуктивной функции, но и к отрицательному влиянию при лечении бесплодия.



Цель

Провести сравнительный анализ показателей, отражающих влияние степени ожирения на результат ЭКО в группах женщин с нормальной ($\leq 24,9$ кг/м²), избыточной массой тела (25–29,9 кг/м²) и ожирением (≥ 30 кг/м²).

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй болезни 78 пациенток с трубно-перитонеальным и мужским факторами бесплодия, проходивших лечение в отделении вспомогательных репродуктивных технологий НИИ АГиР им. Д.О. Отта в период с 2012 по 2016 год.

В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) были сформированы 3 группы пациенток: группа I – с нормальной (n=22), группа II – с избыточной массой тела (n=32) и группа III – с ожирением (n=24).

Результаты

Исследуемые группы не различались по возрасту, причинам бесплодия, продолжительности стимуляции суперовуляции гонадотропинами и количеству переносимых эмбрионов.

Была отмечена следующая частота наступления клинической беременности у пациенток с ожирением – 10 (27%), женщин с избыточной массой – 12 (40%), а у женщин с нормальной массой тела – 24 (42,8%) случаев.

После использования ВРТ беременность закончилась родами у пациенток из первой группы в 12 (31,8%) случаях, из второй группы – в 4 (16,1%) и у женщин с ожирением в 6 (25%) случаях.

Заключение

Поскольку избыточный вес негативно влияет на эффективность программ ЭКО, следует рекомендовать обязательное снижение массы тела до начала лечения бесплодия инвазивными и дорогостоящими методами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Сыркашева А.Г., Андреева М.Г., Ильина Е.О., Казакова В.В.,
Долгушина Н.В., Калинина Е.А.**

ФГБУ НЦАГИП

Актуальность

Возраст женщины является одним из основных факторов, определяющих эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Индивидуальный выбор рационального протокола овариальной стимуляции



у женщин старшего репродуктивного возраста, заведомо имеющих сниженные шансы на наступления беременности и живорождение, является актуальной проблемой современной репродуктивной медицины.

Цель

Оценить влияние различных протоколов стимуляции яичников на результаты программ ВРТ у женщин старшего репродуктивного возраста (37 лет и старше).

Материалы и методы

В исследование были включены 182 женщины старшего репродуктивного возраста, которым были назначены различные протоколы стимуляции яичников. Все пациентки были разделены на группы в зависимости от выбранного протокола: группа 1–45 пациенток с протоколом с антагонистами гонадотропин релизинг-гормона (ГнРГ), ежедневными формами гонадотропинов (в подгруппе 1а в качестве триггера был использован препарат хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), в подгруппе 1б – агонист ГнРГ). Группа 2–44 пациентки с «длинным» протоколом с агонистами ГнРГ, группа 3–48 пациенток в «модифицированном» естественном цикле, группа 4–34 пациентки, с протоколом с антагонистами ГнРГ и корифоллитропином альфа.

Результаты

При оценке эффективности различных протоколов овариальной стимуляции отмечено, что частота наступления беременности была сравнима в группах 1а, 1б и 2, и значительно ниже в группах 3 и 4. Выявлена более низкая частота наступления беременности при применении корифоллитропина альфа в протоколе с антагонистами ГнРГ: беременность наступила у 4 женщин (из 34) в группе 4 и у 13 (из 56) в группе 1. Отношение шансов наступления беременности при применении ежедневных форм гонадотропинов составило 2,3 (95% ДИ 0,61; 10,39).

При этом в группах 2 и 3 отмечалась высокая частота ранних репродуктивных потерь, вследствие чего частота живорождения была значительно выше в группах 1а и 1б, по сравнению с другими группами.

При применении протокола с антагонистами ГнРГ и ежедневными формами гонадотропинов роды живым плодом произошли у 9 женщин (из 56 женщин в группе 1), а при применении «длинного» протокола с агонистами ГнРГ – у 3 женщин (из 44 женщин в группе 2). Таким образом, ОШ живорождения в группе женщин старше 37 лет при применении протокола с антагонистами составило 2,6 (95% ДИ 0,59; 15,89).

Применение программы ЭКО в естественном цикле имело наименьшую эффективность по сравнению с другими протоколами стимуляции. Беременность наступила у 2 женщин из 48 в группе 3, и у 30 женщин из 134 при применении любого из протоколов. Своевременные роды наступили у 2 женщин из 48 в группе 2, у 14 женщин из 134 при применении любого из протоколов. Таким образом, у женщин старшего репродуктивного возраста ОШ наступления беременности



в циклах с применением стимуляции по сравнению с естественным циклом составило 6,6 (95% ДИ 1,8; 42,4); ОШ своевременных родов – 2,7 (95% ДИ 0,7; 17,9).

Заключение

Наиболее эффективным в данной когорте пациенток явился протокол с антагонистами ГнРГ и ежедневными формами гонадотропинов: при его применении шансы живорождения были в 2,6 раза выше, чем при использовании «длинного» протокола с агонистами ГнРГ. Представляется интересным дальнейшее изучение качества ооцитов и эмбрионов (прежде всего, риска анеуплоидии) у женщин старшего возраста при применении различных протоколов стимуляции суперовуляции.

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ПЕРЕНОСА ОДНОГО ЭМБРИОНА – ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Усова М.А., Тюмина О.В., Моисеева И.В., Власов Д.Н.

ГБУЗ «Самарский областной центр планирования семьи»

Актуальность

С каждым годом значительно увеличивается количество родов после ВРТ. В 2013 г из 2 млн родов в РФ их доля составила 1,1%, в Самарской области – 1,56%. В мире после применения ВРТ родилось уже более 5,5 млн детей. По данным регистра РАРЧ в 2013 г. в России после ЭКО состоялось 13585 родов, из них 2951 – двумя и более плодами, что составило 22%. При этом риски развития осложнений у матери и ребенка при многоплодной беременности в 2–4 раза превышает таковой при одноплодной беременности. Все большее число клиник переходят к селективному переносу одного эмбриона. По литературным данным кумулятивная частота наступления беременности при селективном переносе одного эмбриона в сочетании с программой криоконсервации эмбрионов достигает 47–53%, что соответствует частоте наступления беременности при переносе двух эмбрионов.

Цель

Оценить результативность программ ЭКО и ЭКО/ИКСИ в ГБУЗ «Самарский областной центр планирования семьи и репродукции» (СОЦП) при вынужденном и селективном переносе одного эмбриона.

Материалы и методы

В ГБУЗ СОЦП тенденция к переносу одного эмбриона началась с 2012 г. При этом доля таких циклов неуклонно росла и составила соответственно 7,9, 15 и 21% в 2012, 2013, 2014 и 2015 годах. Кроме того, с 2013 г. мы не производим перенос 3-х и более эмбрионов. В анализ вошли результаты циклов ЭКО и ИКСИ, прошедших в 2013–2015 годах в ГБУЗ СОЦП, в которых проводился селективный или вынужденный перенос одного эмбриона. Количество циклов при вынужденном и селективном переносе за 3 года составило соответственно



238 и 242 цикла. Средний возраст пациенток составил 35,3 и 33,1 лет, доля пациенток старше 38 лет – 34 и 13% соответственно. Показаниями к селективному переносу одного эмбриона были возраст женщины < 35 и > 40 лет, рубец на матке, первая или вторая программа ЭКО, наличие более одного эмбриона хорошего и отличного качества, успешные программы ЭКО в анамнезе, риск невынашивания многоплодной беременности, желание пациентов. Перенос эмбрионов проводился на 2 и 3 сутки при вынужденном переносе одного эмбриона и на 5 сутки культивирования – при селективном.

Результаты

Частота наступления клинической беременности (ЧКБ) при вынужденном переносе одного эмбриона и кумулятивная ЧКБ при селективном переносе одного эмбриона составила соответственно 19,7 и 59%. При этом частота вынашивания составила 87,3% при среднем показателе 78,6% в 2015 г. Доля многоплодных беременностей в 2015 г. снизилась по сравнению с 2014 г. с 24 до 17%. Перспективным направлением снижения многоплодия является также сочетание селективного переноса одного эмбриона с преимплантационным генетическим скринингом при наличии показаний к нему. За указанный временной интервал нами было проведено 30 циклов ПГС, закончившихся 17 переносами эмбрионов. Было получено 9 клинических беременностей (частота клинических беременностей 52,9%), родилось 4 здоровых ребенка, 5 женщин вынашивают беременность (частота вынашивания беременности 100%).

Заключение

Селективный перенос одного эмбриона позволяет снизить число многоплодных беременностей без снижения общего процента беременности, что значительно уменьшает риски развития осложнений как со стороны матери, так и со стороны будущего ребенка. Преимплантационный генетический скрининг дает возможность для отбора эуплоидных эмбрионов с высокой вероятностью имплантации, что позволяет повысить результативность программ ВРТ, снизить частоту ранних репродуктивных потерь и повысить частоту вынашивания беременности.



Раздел 5

Неонатология

КОРРЕЛЯЦИЯ ФЕКАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ С СОСТАВОМ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ

**Богачева Н.А., Зубков В.В., Припутневич Т.В., Подуровская Ю.Л.,
Буров А.А.**

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Актуальность

Пребывание новорожденного ребенка с пороками развития в хирургическом стационаре сопряжено с активной колонизацией слизистых оболочек специфичной госпитальной микрофлорой. Своевременное выявление патогенных микроорганизмов позволяет проводить рациональную противомикробную терапию и уменьшает осложнения. Однако не всегда патогенная микробная колонизация приводит к развитию воспалительных состояний, в частности, развитию некротизирующего энтероколита. Раннее обнаружение катара кишечника в послеоперационном периоде может улучшить прогноз течения заболевания.

Цель

Оценить информативность комбинации тестов (кальпротектина, трансферрина, гемоглобина) для неинвазивной диагностики воспалительных изменений кишечника новорожденных с гастрошизисом в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

В проспективном исследовании, у 22 доношенных новорожденных с гастрошизисом, с момента рождения проводился последовательный забор кала (88 образцов) с целью количественного определения кальпротектина, трансферрина и гемоглобина методом иммуноферментного анализа.

Кальпротектин является кальций и цинк-связывающим белком в человеческих нейтрофилах и используется в качестве диагностического метода воспалительных заболеваний кишечника у детей и взрослых. Трансферрин и гемоглобин в кале относятся к тестам на определение скрытой крови в кале.



Результаты

У всех новорожденных с гастрошизисом в первые сутки жизни (до операции) роста патогенной микрофлоры не выявлено, показатели кальпротектина (154 мг/кг, 3–264), трансферрина (28 нг/мл, 0–49) и гемоглобина (37 нг/мл, 0–93) оставались в пределах допустимых значений.

На 7 сутки жизни у 10 (45,5%) детей отмечался рост патогенной микрофлоры в кале: грамотрицательные микроорганизмы (*E.cloacae*, *Ps.aeruginosa*), грамположительные (*St.epidermidis*, *E.faecalis*) и *Malassezia furfur*.

У 6 (27,0%) новорожденных рост патогенных грамотрицательных микроорганизмов (*E.cloacae*) сопровождался повышением трансферрина до 296 нг/мл (132–471), гемоглобина до 267 нг/мл (126–492) и кальпротектина до 345 мг/кг (100–493) при отсутствии достоверных клинико-лабораторных маркеров воспалительного процесса. У одного ребенка (4,5%) при обнаружении *Malassezia furfur* в кале, лейкопении в клиническом анализе крови показатели трансферрина были 3440 нг/мл, гемоглобина 166 нг/мл при невысоких значениях кальпротектина (110 мг/кг) и других клинико-лабораторных маркеров.

На 14 сутки жизни рост грамотрицательных микроорганизмов (*E.cloacae*, *Ps.aeruginosa*, *E.coli*, *Kl.pneumonia*) отмечался у 14 (64%) новорожденных, грамположительных (*St.epidermidis*, *E.faecalis*) у 6 (27%) новорожденных. Фекальные биомаркеры были повышены у всех детей (6), в кале которых отмечался рост *Kl.pneumonia*: кальпротектин до 305–566 мг/кг, трансферрин до 50–139 нг/мл. Повышение гемоглобина не отмечалось.

После 21 суток жизни (24–28) у 3 (14%) новорожденных с ростом *Kl.pneumonia* в кале, в сочетании с *E.cloacae* был диагностирован некротизирующий энтероколит 2а стадии. При этом повышение кальпротектина было до 1003–2245 мг/кг, гемоглобина до 284–455 нг/л и трансферрина до 905–1113 нг/л за 1–2 дня до развития клинической картины НЭК.

Заключение

Анализ проведенного исследования показал, что значительное повышение уровня фекальных биомаркеров отмечалось у детей с некротизирующим энтероколитом непосредственно перед развитием заболевания обусловленным колонизацией кишечника *Kl.pneumonia* в сочетании с *E.cloacae*. При колонизации кишечника *Malassezia furfur* определялись высокие значения трансферрина в кале при незначительном повышении кальпротектина и гемоглобина, что может говорить о большей чувствительности первого из биомаркеров.

Таким образом, определение фекальных биомаркеров может быть полезно для диагностики воспалительных состояний кишечника.

Учитывая отсутствие эталонных значений и интерпретации показателей кальпротектина, трансферрина и гемоглобина у новорожденных с пороками развития по литературным данным, необходимо проведение дальнейшего исследования.



СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕИНВАЗИВНОГО МОНИТОРИНГА

Боронина И.В., Ошанова Л.С., Попова И.Н., Пачин Д.А.

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Актуальность

Нарушения гемодинамики сопровождают любую тяжелую патологию, в том числе периода новорожденности. В последние десятилетия наблюдается повышенный интерес к неинвазивным методикам исследования гемодинамики. Особую актуальность неинвазивный гемодинамический мониторинг имеет в неонатальной практике. Одной из таких методик является оценка показателей центральной гемодинамики с помощью аппарата USCOM — ультразвукового монитора неинвазивного контроля параметров сердечного выброса.

Цель

Изучение параметров гемодинамики новорожденных при поступлении в ОРИТ с помощью ультразвукового монитора неинвазивного контроля сердечного выброса – USCOM.

Материалы и методы

Обследовано 26 детей, проведено 85 исследований гемодинамики аппаратом USCOM. Группу исключения составили дети с врожденными пороками сердца. Возраст пациентов составлял двое – трое суток, все они нуждались в проведении искусственной вентиляции легких. Группу доношенных составили 14 детей, средняя масса 3464 ± 287 грамм, срок гестации $39,1 \pm 0,7$ недель. Оценка по шкале TRIPS 22 ± 2 балла. В группе недоношенных детей (12 человек) средняя масса составила 1820 ± 534 гр. при сроке гестации $32,1 \pm 2,6$ недель. Оценка по шкале TRIPS $24 \pm 1,3$ балла. Большая часть детей имели сочетанную патологию. Тринадцать доношенных новорожденных и одиннадцать недоношенных с этапа родильного дома получали эмпирически подобранную гемодинамическую поддержку.

Несмотря на стабильное состояние пациентов при поступлении в ОРИТН, гемодинамические показатели, оцененные с помощью аппарата USCOM, были различными.

Результаты

В группе доношенных и недоношенных детей гипердинамический тип кровообращения отмечался у двенадцати новорожденных с повышением сердечного индекса и индекса объема выброса. Дети при поступлении получали гемодинамическую поддержку в виде дофамина от 2,5 до 10 мкг/кг/мин, добутамина от 3 до 15 мкг/кг/мин или сочетание препаратов. У девяти новорожденных выявлен нормодинамический тип кровообращения, гемодинамическая поддержка осуществлялась добутином в дозе 5 мкг/кг/мин, у одного ребенка добутамин сочетался с дофамином. Под контролем ультразвукового монитора USCOM дозировки инотропных и вазоактивных препаратов были снижены, у двенадцати ново-



рожденных препараты отменены через несколько часов после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Гиподинамический тип кровообращения отмечался у четырех пациентов из группы доношенных детей и одного пациента из группы недоношенных. При обследовании выявлено снижение сердечного индекса, индекса объема выброса. Трое детей продолжили получать кардиотоническую поддержку, скорректированную под контролем аппарата USCOM. Двое новорожденных в данной группе при поступлении не получал гемодинамической поддержки, но после оценки показателей гемодинамики был назначен добутамин в дозе 5 мкг/кг/мин.

Заключение

Исследование гемодинамического профиля аппаратом USCOM позволяет оптимизировать кардиотоническую поддержку у новорожденных в критическом состоянии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ В ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

**Буров А.А., Никифоров Д.В., Ковалева Е.Н., Сократова Т.А.,
Подуровская Ю.Л., Пырегов А.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н.**

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Актуальность

Легочная гипертензия, наряду с гипоплазией легких, является фактором, определяющим летальность и течение до-/послеоперационного периодов у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ).

Цель

Оценка эффективности высокой торакальной эпидуральной аналгезии (ЭА) у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжи (ВДГ) в терапии легочной гипертензии в периоперационном периоде.

Материалы и методы

В рамках исследования за период 2015–2016 гг. в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных отдела неонатологии и педиатрии ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России проведено лечение 25 новорожденных с ВДГ, у которых в периоперационном периоде диагностирована системная/супрасистемная легочная гипертензия по данным ЭХО-КГ. С целью послеоперационного обезболивания в день операции была выполнена



продленная эпидуральная аналгезия эпидуральным катетером BBraun (игла 20G, 24G катетер) из поясничного доступа (L3-L4) на глубину $6,5 \pm 0,8$ см. Для введения в эпидуральное пространство использовался анестетик ропивакаин 0,2%. В дополнение к стандартному набору исследований проводилась ультразвуковая верификация положения эпидурального катетера на УЗ-аппарате Siemens ACUSON S2000 с помощью линейного датчика. Длительность процедуры составила максимум 144 ± 20 часов.

Результаты

Было установлено, что у всех детей, получивших ЭА уменьшилась потребность в необходимости использования наркотических анальгетиков (фентанил, морфин) на 37% во время операции и на 78% в послеоперационном периоде. Все дети получали комплексную стандартную терапию легочной гипертензии – ингаляция оксида азота $15,8 \pm 3,6$ ppm и перорально силденафил в дозировке $2,1 \pm 0,9$ мг/кг/сут. В группе детей, получавших в послеоперационном периоде продленную ЭА, отмечается уменьшение давления в легочной артерии на $26,8 \pm 5,7$ мм рт. ст. Также в данной группе отмечается снижение необходимости проведения ИВЛ на $3,8 \pm 0,7$ суток.

Заключение

Применение продленной ЭА в послеоперационном периоде у новорожденных с ВДГ в составе комплексной терапии легочной гипертензии способствует снижению степени легочной гипертензии на 45,8% по сравнению со стандартной терапией.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В «КРАЕВОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ» (ПЦ)

Данильченко И.М., Гучетль Б.Н., Дудина Л.Г., Борблик Е.В., Москаленко Е.А.

ГБУЗ ДККБ Перинатальный центр г. Краснодар

Актуальность

Врождённые пороки – результат нарушения внутриутробного развития плода, которые формируются при нарушении онтогенеза под влиянием вредоносного фактора.

Цель

Цель исследования – провести анализ структуры врождённых пороков развития (ВПР) в ПЦ.



Материалы и методы

За 1 год работы ПЦ родилось 5,5% – новорождённых с ВПР, среди которых были дети с множественными пороками развития (МВПР), таким образом, частота всех форм пороков составила 6,3%. Определялась структура и частота встречаемости отдельных ВПР.

Результаты

Первое место делят врождённые пороки сердца (ВПС) – 25,2% и пороки мочевой системы (МВС) – 25%. На 2-м месте ВПР органов брюшной полости – 13%, на 3-м пороки центральной нервной системы (ЦНС) – 10%. Затем врождённые деформации костно – мышечной системы – 7,8%, ВПР половых органов – 6%, ВПР лица и шеи, слухового прохода – 4,8%, ВПР органов дыхания – 3,4%, хромосомные аномалии – 2,8% и ВПР лимфатической системы – 1,7%.

Структура ВПС: Лидируют дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 84,5%. Коарктация аорты – 4,7%. Тетрада Фалло – 3,5%. Открытый атриовентрикулярный канал (АВК) – 3,5%.

12% детей с ВПС, нуждались в экстренном переводе в центр грудной хирургии.

Структура пороков МВС: Первое место в структуре это гидронефротическая трансформация почек – 62%. Экстренной хирургической коррекции не требовалось.

Среди пороков развития органов брюшной полости преобладали атрезии кишечника – 31%. 8,8% – нуждались в экстренном хирургическом лечении. Структура пороков ЦНС: Самая распространённая патология – это кисты различной локализации – 40% и Агенезии мозолистого тела – 20%. Структура ВПР костно – мышечной системы: Чаще встречались: врождённая косолапость – 19,2% и полидактилия – 18,5%. Структура ВПР половых органов: На первом месте гипоспадии – 57% и кистозная аномалия развития яичника – 38%. Структура врождённых пороков лица, шеи, слухового прохода: Расщелины твердого и мягкого неба, губ преобладали – 82,3%. Структура пороков развития органов дыхания: у большинства новорождённых этой группы диагностировались диафрагмальные грыжи – 50%, кисты и секвестрация лёгких – 41,7%.

70% детей с синдромом Дауна были с сочетанными ВПР. Новорождённые с врождёнными лимфангиомами потребовали хирургического лечения в 50% случаев.

Заключение

Выводы:

1. Расположение ПЦ на территории Детской краевой клинической больницы, позволяет проводить новорождённым с ВПР своевременную диагностику и хирургическую коррекцию.
2. Новорождённым, не требующим экстренной хирургической помощи, проводится квалифицированная консультация краевых специалистов с определением сроков хирургической коррекции.
3. Наиболее распространёнными ВПР являются пороки сердечно – сосудистой системы и пороки мочевыводящей систем.



АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ НАЛОЖЕНИЯ ВАКУУМ – ЭКСТРАКТОРА

**Данильченко И.М., Дашьян Т.М., Нестерова А.Б., Москаленко Е.А.,
Минасян Л.Г.**

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница». Министерство здравоохранения
Краснодарского края. Перинатальный центр (ПЦ). Город Краснодар.

ГБУЗ ДККБ Перинатальный центр г. Краснодар

Актуальность

Вакуум-экстракция – родоразрешающая операция, при которой плод искусственно извлекают через естественные родовые пути с помощью специального аппарата – вакуум-экстрактора.

Цель

Оценить состояние детей в раннем неонатальном периоде, рождённых с применением вакуум – экстракции.

Материалы и методы

Было проанализировано 107 историй развития новорожденных, рожденных при помощи вакуум – экстрактора с силиконовой чашечкой, за 2014-2015 годы в Перинатальном центре г. Краснодара. Показания для ВЭ и техника выполнения операции проводились в соответствии с Методическим письмом от 2012 года.

Результаты

С оценкой 8–8 баллов по шкале Апгар родилось 13% детей;
с оценкой 7–7 и 7–8 баллов по Апгар родилось 70%; с оценкой 6–7 баллов по Апгар родилось – 12,3% новорождённых; с оценкой 5–7 баллов по Апгар родилось – 1,9%; на 2–5 балла по Апгар родилось 2,8%.

Все дети были доношенные массой от 2900 до 4400 грамм.

На основании этих данных можно сделать заключение, что 75,7% детей этой группы родились в гипоксии легкой степени, 18,6% новорождённых потребовали оказания реанимационной помощи в родильном зале, из них 5,6% перенесли тяжелую гипоксию и получали лечение в реанимационном отделении.

В результате анализа НСГ были получены следующие данные: диффузное повышение эхогенности мозговой паренхимы обнаружены у 25,23% новорожденных. На основании заключения КТ головного мозга диагностировано 8 субарахноидальных кровоизлияний – 7,47%. В 67,3% данные НСГ соответствовали возрастной норме.

71,04% были выписаны на педиатрический участок на седьмые сутки. В 28,96% случаев потребовался перевод на второй этап выхаживания. Выделялась группа детей, которые родились с помощью вакуум – экстракции в очень тяжелом состоянии за счёт дыхательной недостаточности, у них кроме неврологического диагноза, конкурирующим была внутриутробная инфекция – 3,7% случаев.



Акушерский анамнез у всех родильниц был отягощен (угрозы прерывания, урогенитальная инфекция (УГИ), пиелонефрит, ОРВИ и ФПН).

Заключение

Выводы:

1. Вакуум экстракция плода является эффективным и относительно безопасным методом экстренного родоразрешения при наличии к нему показаний и условий.
2. Целесообразно вести наблюдение за данной группой в палате интенсивной терапии даже при оценке 8–8, 7–8 баллов по шкале Апгар в течении суток после рождения, провести скрининг НСГ.
3. При отягощенном акушерском анамнезе (угрозы прерывания, УГИ, пиелонефрит, ОРВИ и ФПН) применении метода вакуум – экстракции по слабости родовой деятельности и наличии хронической гипоксии имело место рождение детей в наиболее тяжелом состоянии, требующих респираторной поддержки и длительного пребывания в стационаре.

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК: 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Челак А.О., Панин А.П.,
Филиппова Е.А., Машинец Н.В., Пыков М.И., Демидов В.Н.,
Адамян Л.В.**

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Актуальность

В последние годы увеличивается частота пренатального выявления яичниковых образований у плода уже при сроке беременности 27–33 недель.

Цель

Обобщить и систематизировать особенности диагностики и опыт наблюдения плодов и новорожденных девочек с объемными образованиями яичников, уточнить показания и обосновать тактику хирургического лечения.

Материалы и методы

С января 2006 по март 2016 года наблюдали 102 беременности у женщин 22–35 лет, в ходе которых по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) выявлены кистозные образования яичников у плодов женского пола. Новорожденных девочек наблюдали в неонатальных отделениях Центра, проведена диагностика в объеме УЗИ органов малого таза. Хирургическое вмешательство при неос-



ложненных кистах диаметром более 50 мм и при осложненных кистах выполняли лапароскопическим доступом.

Результаты

Кистозные образования брюшной полости у 102 плодов женского пола выявляли при первичном исследовании в сроках $32,0 \pm 1,8$ недель гестации, при этом односторонние кистозные образования у 100 плодов (100/102; 98%), двусторонние – 2 наблюдения (2/102; 2%). Анехогенное содержимое кисты – 62 случая (62/102; 61%) расценивали как неосложненное течение заболевания. Наличие в просвете гиперэхогенных включений, мелкодисперсной подвижной взвеси или четкого уровня разделения жидкой и плотной части содержимого у 40 плодов (40/102; 39%) считали свершившимся осложнением (перекрут кисты или кровоизлияние в нее). Размер кистозных образований до 30 мм – 12 наблюдений (12/102; 11,8%), более 60 мм – 11 наблюдений (11/102; 10,8%), остальные кисты средних размеров 30–60 мм – 79 случаев (79/102; 77,4%). Размеры кистозных образований с признаками внутриутробных осложнений превышали 45 мм (36/40; 90%).

Киста яичника при первичном УЗИ обнаружена у 100 пациенток (100/102; 98%). В двух наблюдениях при рождении образование выявить не удалось (2/102; 2%). Неосложненные кисты яичника – 58 (58/102; 57%), среди них диаметром до 50 мм – 47 (47/58; 81%), остальные 11 – кисты крупных размеров, максимально до 110 мм (11/58; 19%). Признаки осложнений у 44 пациенток (44/102; 43%), представлены уровнем взвеси в просвете образования и отсутствием кровотока прилежащей ткани яичника у 40 девочек, ячеистой структурой кисты (последствия кровоизлияния) у 2 пациенток, последствия внутриутробного разрыва оболочек кисты – 2. Размеры осложненных образований в среднем 55 ± 15 мм.

Консервативное наблюдение 47 пациенток с кистами яичника диаметром до 50 мм подтвердило спонтанный регресс образований в течение 6–12 месяцев после рождения (50/102; 49%). Хирургическое лечение лапароскопическим доступом у 52 новорожденных девочек (52/102; 51%): 41 осложненных (41/52; 79%) и 11 неосложненных крупных кист яичника (11/52; 21%). При неосложненной кисте – краевое удаление оболочек с сохранением здоровой ткани яичника. Осложненные кисты – перекрут основания маточной трубы с некрозом придатков матки и несущим кисту яичником (31/41; 75,6%), перекрут маточной трубы с полной односторонней самоампутацией придатков и свободным расположением некротизированного комплекса (9/41; 22%) и кровоизлияние в просвет среднего размера кисты (1/41; 2,4%). Плотные спайки зоны перекрута с петлями кишечника у 15 пациенток. Выполняли мобилизацию и резекцию некротизированных придатков матки.

Заключение

УЗИ является ценным информативным методом выявления кист яичника у плодов и новорожденных детей. При неосложненных кистах до 50 мм показано наблюдение, более 50 мм и осложненных кистах – хирургическое вмешательство лапароскопическим доступом.



МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ УСТОЙЧИВОСТИ К β -ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ *KLEBSIELLA* *PNEUMONIAE*, ВЫДЕЛЕННЫХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дубоделов Д.В., Шубина Е.С., Гордеев А.Б., Любасовская Л.А.,
Родченко Ю.В., Припутневич Т.В., Трофимов Д.Ю.

ФГБУ

Актуальность

По данным микробиологического мониторинга, проводимого в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОХРИТН) ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, среди условно-патогенных энтеробактерий, с которыми связано развитие инфекционных-воспалительных заболеваний, на долю *K. pneumoniae* приходится до 48%. Особую озабоченность вызывает распространение в неонатальных отделениях штаммов *K. pneumoniae*, устойчивых к карбапенемам, и продуцентов β -лактамаз расширенного спектра (БЛРС), доля которых по нашим данным составляет 18% и 41%, соответственно.

Цель

Целью исследования было изучение генов резистентности к β -лактамным антибиотикам штаммов *K. pneumoniae*, выделяемых у новорожденных ОХРИТН ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

Материалы и методы

Изучение молекулярных механизмов устойчивости штаммов *K. pneumoniae* к бета-лактамным антибиотикам проводилось помощью биоинформатического анализа данных полногеномного секвенирования.

Результаты

Обнаружены гены, ответственные за синтез следующих типов β -лактамаз: SHV, OXA, CTX-M, TEM, при этом только у трех штаммов (18,8%) отмечено наличие одного гена резистентности, у большинства штаммов – по 2–5 различных гена. У всех штаммов обнаружены гены бета-лактамаз SHV-типа.

Наибольшее распространение имели гены, обуславливающие устойчивость к пенициллинам: blaSHV-11 – 81%, blaTEM-1 – 56%, blaOXA-1 – 18,75%, blaSHV-1 – 12,5%, blaSHV-83 – 6,25%.

Среди генов резистентности к цефалоспорином I-IV поколения наибольшее распространение имели гены CTX-M-типа, отвечающие за продукцию БЛРС – 56% (9/16), которые были представлены генами blaCTX-M-15 и blaCTX-M-3. Реже обнаруживали другие гены, отвечающие за выработку БЛРС – ген blaOXA-36 обнаружен у двух штаммов (12,5%), по одному штамму содержали гены blaSHV-38 и blaOXA-2 (6,25%).

У одного из трех устойчивых к карбапенемам штаммов обнаружен ген карбапенемазы blaOXA-48, у двух других штаммов гены карбапенемаз не обнаружены.



Заключение

Гены антибиотикорезистентности плазмидной локализации способны к горизонтальному переносу, что может приводить к их быстрому распространению среди различных видов микроорганизмов, давая им значимые преимущества для распространения в госпитальной среде. Мониторинг распространения генов БЛРС и карбапенемаз в стационаре должен быть обязательной составляющей микробиологического мониторинга, что требует интеграции методов ПЦР-диагностики в повседневную практику современной микробиологической лаборатории.

Разработка и внедрение в клиническую практику тест-систем для определения генов резистентности позволит более точно назначать антибиотикотерапию конкретному пациенту и прогнозировать эффективность применения в стационаре антибиотиков разных групп.

Работа выполнена в рамках соглашения о предоставлении субсидии № 14.607.21.0019 Минобрнауки РФ «Разработка молекулярно-генетических тест-систем для оценки патогенности и резистентности возбудителей нозокомиальных и оппортунистических инфекций у матери и новорождённого» (Шифр 2014-14-579-0001-065)

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

**Заикина А.Н., Данильченко И.М., Дудина Л.Г., Гриценко С.П.,
Юдина Е.В.**

ГБУЗ ДККБ Перинатальный центр г. Краснодар

Актуальность

Метод ЭКО относится к методам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), которые используют в случае, когда лечение бесплодия средствами «первой линии» (индукция овуляции, внутриматочная инсеминация, оперативное лечение) не приносит результатов.

Цель

Оценить состояние здоровья детей, рождённых в результате ВРТ ЭКО в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы

За 2015 год в ПЦ родилось 312 детей, рожденных с помощью ЭКО (из них 61 двоен, 1 тройня). Было проанализировано 200 историй развития новорожденных.

Результаты

По гестационному возрасту дети распределились следующим образом: 27–28 недель – 2,5%, 30–32 неделя – 15%, 33–36 неделя – 11,5%, доношенных детей – 71%.



Градация по массе тела:

1000–1500 грамм – 9%,
1500–2000 грамм – 7,5%,
2000–2500 грамм – 20%,
2500–3000 грамм – 26%,
3000–3500 грамм – 27,5%,
3500–4000 грамм – 9%,
более 4000 грамм – 1%.

Распределение по нозологиям: асфиксию при рождении перенесли 11,5%;

Церебральная ишемия I степени – 13%;

Церебральная ишемия II степени – 4%;

Внутриутробная гипотрофия I степени – 5%;

Внутриутробная гипотрофия II степени – 6,5%;

Респираторный дистресс-синдром новорождённых (РДСН) – 9%;

Неонатальная желтуха у 9%;

Внутриутробная пневмония – 4%.

Здоровыми родилось 38% детей.

Выписаны домой в удовлетворительном состоянии 77%, переведены в отделения второго этапа – 5%, в отделение реанимации – 18%.

Заключение

Заключение:

1. Большая часть детей, рождённых в результате ЭКО это доношенные новорождённые с весом более 2500 г.
2. 49,5% родились здоровыми, 77% выписаны домой в удовлетворительном состоянии.
3. Процент многоплодных беременностей при ЭКО достаточно высокий – 25%.

ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ И ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Каримова Л.К., Гайнетдинова Д.Д.

Детская республиканская клиническая больница

Актуальность

Основными факторами риска перивентрикулярных кровоизлияний (ПВК) являются искусственное оплодотворение, недоношенность, низкий балл по шкале Апгар, проведение сердечно-легочной реанимации новорожденного, а также осложнения в течение беременности: гестоз, преэклампсия, гиперкоагуляционный синдром (ГКС) и прием беременной женщиной антиагрегантных и антико-



агулянтных препаратов. На фоне проводимой противосвертывающей терапии у беременной женщины действующие химические вещества трансплацентарно проникают в кровоток плода, повышая риск кровоизлияний, в том числе, и в головном мозге.

Цель

Изучить факторы риска ПВК у новорожденных, родившихся от беременных на фоне ГКС и противосвертывающей терапии.

Материалы и методы

Проведено обследование 140 новорожденных детей с ПВК ≥ 5 мм: 53 (37,9%) ребенка родились от беременности на фоне ГКС и противосвертывающей терапии (I группа), 87 (62,1%) детей – от матерей без ГКС (II группа). Беременные с ГКС принимали антикоагулянты (фраксипарин, клексан), ацетилсалициловую кислоту (аспирин, тромбо АСС), курантил как в виде монотерапии, так и в различных комбинациях. Для оценки состояния здоровья детей при рождении применялись общепринятые клинические методы исследования органов и систем, включая клиничко-неврологическое, лабораторное (общий и биохимический анализ крови, гемостазиограмма) и инструментальное обследование (нейросонография), а также оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни. Сведения о состоянии здоровья матерей, данные соматического и акушерского анамнеза, общий и гинекологический осмотр были использованы из сопровождающей медицинской документации при переводе новорожденного из родильного дома в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ДРКБ МЗ РТ.

Результаты

Средний возраст матерей с ГКС был $35,08 \pm 1,12$ лет (22–54 года) и был статистически значимо выше среднего возраста матерей без ГКС – $29,26 \pm 0,64$ (19–45 лет) ($p < 0,05$). У матерей с ГКС наиболее частым осложнением в 1 триместре беременности была угроза прерывания беременности, которая отмечалась в 2 раза чаще, чем у матерей без ГКС (39,6% и 19,5% соответственно; $p < 0,05$). Указания на токсикоз беременных отметило лишь 6 (11,3%) матерей с ГКС, тогда как более трети женщин без ГКС страдали токсикозом в первом триместре. Половина матерей I группы (50,9%) во 2-м и 3-м триместре беременности страдали гестозом и/или преэклампсией, что достоверно превышало число женщин II группы с указанием на эту форму патологии беременности во 2-м и 3-м триместре (18,4%) ($p < 0,05$). Соответственно, и гипоксия плода в 3-м триместре по данным кардиотокографии и ультразвукового исследования плода у беременных с ГКС, даже на фоне противосвертывающей терапии, отмечалась достоверно чаще, чем в группе женщин без ГКС (35,8% и 10,3% соответственно; $p < 0,05$).

Заключение

Полученные в ходе исследования предварительные результаты свидетельствуют о том, что несмотря на коррекцию ГКС противосвертывающими препаратами у матерей во время беременности она часто сопровождается различными осложнениями (угрозой прерывания беременности, гипоксией плода, гестозом/преэклампсией), которые можно рассматривать как факторы риска ПВК на фоне ГКС.



ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Кириллова Е.А., Рюмина И.И.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика
В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Актуальность

Сравнение эффективности вскармливания новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) и детей с соответствующими для гестационного возраста масса-ростовыми показателями, родившихся на 33–36 неделе гестации.

Цель

Определить особенности вскармливания недоношенных детей со ЗВУР, родившихся на 33–36 неделе гестации.

Материалы и методы

Был проведен проспективный анализ 136 новорожденных детей, родившихся с ГВ 33–36 недель в период с декабря 2013 по июнь 2015 гг. В исследуемую группу (I) было включено 55 новорожденных с масса-ростовыми показателями при рождении ниже 10 перцентиля (ЗВУР). Контрольную группу (II) составили 81 новорожденных с масса-ростовыми показателями соответствующими ГВ. Проводился еженедельный учет суточных питательных нутриентов (белков, жиров, углеводов и энергии), измерение антропометрических показателей. Определение состава тела методом воздушзамещающей плетизмографии проводилось с 34 недель ПКВ. Статистический анализ полученных результатов был проведен с помощью пакета программ STATISTICA 7.0

Результаты

Стартовая дотация жидкости, белков, жиров, углеводов и энергии в 1 сутки жизни не отличалась между группами. К 7 суткам жизни дотация объема жидкости ($160,3 \pm 17,9$ мл/кг/сут), белка ($3,5 \pm 0,7$ г/кг/сут), углеводов ($13,1 \pm 2,6$ г/кг/сут) и энергии ($110,4 \pm 17,9$ ккал/кг/сут) в группе детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития была достоверно выше, чем в контрольной группе. В контрольной группе суточная дотация жидкости составила $149,9 \pm 14,5$ мл/кг/сут, белка $3,2 \pm 0,6$ г/кг/сут, углеводов $11,9 \pm 2,2$ г/кг/сут и энергии $103,4 \pm 15,0$ ккал/кг/сут. Однако в дальнейшем нутритивный статус новорожденных в обеих группах не отличался. Достижение массы тела при рождении в исследуемой группе происходило быстрее (к $8,8 \pm 3,1$ дню), чем в контрольной (к $10,3 \pm 3,3$ дню). Процент жировой массы у детей со ЗВУР был достоверно меньше, чем у детей из контрольной группы на протяжении всего наблюдения и составил в основной группе $6,3 \pm 5,5\%$ в ПКВ 34–35 нед и $11,0 \pm 2,4\%$ в ПКВ 38–39 нед, в контрольной группе $8,6 \pm 4,1\%$ и $15,9 \pm 4,9\%$ соответственно. Частота постнатальной гипотрофии на момент выписки из стационара в основной группе составила 53,7%, в контрольной 9,8%.



Заключение

Учитывая сохраняющуюся высокую частоту ЗВУР и большую частоту постнатальной гипотрофии среди данной группы пациентов, необходимо совершенствование нутритивной поддержки и оптимизация нутритивного статуса.

ЧАСТОТА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

**Морозова Н.Я., Виноградова М.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л.,
Дегтярев Д.Н.**

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Актуальность

В патогенезе большинства тяжелых состояний периода новорожденности большое значение имеют нарушения свертывания крови. Внутрисосудистый тромбоз лежит в основе формирования опасных для жизни состояний, приводящих к развитию инфарктов, инсультов, легочной эмболии и тромбоза глубоких вен. Эти заболевания составляют 25% всех смертей в мире. Приобретенные тромбозы наиболее часто связаны с ДВС-синдромом и катетеризацией сосудов.

Цель

Оценить частоту тромботических осложнений после хирургического вмешательства у детей в периоде новорожденности.

Материалы и методы

За период с 2010 по 2015 гг. в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных отдела неонатологии и педиатрии ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России было прооперировано 971 новорожденных ребенка с пороками развития. Все дети находились в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, нуждались в проведении раннего хирургического вмешательства в связи с наличием врожденных пороков развития: врожденная диафрагмальная грыжа, гастрошизис, омфалоцеле, пороки развития легких и почек, объемные образования различных локализаций (тератома, лимфангиома, нейробластома), различные виды атрезии кишечника. Лечение тромботических осложнений во всех случаях назначалось после консультации гематолога, и заключалось в назначении нефракционированных гепаринов под контролем гемостазиограммы с последующим переходом на низкомолекулярные гепарины, коррекция дефицита факторов свертывания осуществлялась свежезамороженной плазмой, а восполнение дефицита естественных антикоагулянтов препаратами антитромбина III. Методы верификации тромботических осложнений: УЗ-доплерометрия и МРТ с контрастированием сосудов.



Результаты

За изученный пятилетний период тромботические осложнения отмечены в 14 случаях, что составило 1,5% от общего числа прооперированных новорожденных. Летальность новорожденных детей с развившимися тромботическими осложнениями в послеоперационном периоде составила 72%. Из числа детей с тромботическими осложнениями недоношенные составили 29%, доношенные – 71%. Тромботические осложнения чаще всего развивались у детей со следующими врожденными пороками развития: врожденная диафрагмальная грыжа – 50%, гастрошизис – 7%, нейробластома – 7%, синдром Ледда – 7%, удвоение подвздошной кишки – 7%. При этом дети с подтвержденным врожденным сепсисом составили 22%. По локализации тромботических осложнений выявлены: тромбоз верхней и нижней полых вен – 64%, сагиттального и поперечного синуса – 29%, мезентериальных сосудов – 29%, подключичной вены – 14%, яремной вены – 21%, сосудов брыжейки – 14%, воротной вены – 14%, почечных сосудов – 7%. В единичных случаях тромботические осложнения развивались на фоне врожденного дефицита естественных антикоагулянтов и мультигенной тромбофилии. В большинстве случаев (72%), тромботические осложнения являлись катетер-ассоциированными.

Заключение

Критические состояния у новорожденных всегда сопровождаются изменениями динамического равновесия между свертывающей и противосвертывающей системами. На этом фоне хирургическое вмешательство может послужить дополнительным активирующим фактором внутрисосудистого тромбообразования. В большинстве случаев тромботические осложнения являются катетер-ассоциированными, в высоком проценте случаев отмечается летальный исход. Поэтому требуются дальнейшие исследования указанной формы патологии у детей в периоде новорожденности, нуждающихся в проведении раннего хирургического вмешательства.

СУБКОНЪЮНКТИВАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ – МАРКЕР ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС)?

**Москаленко Е.А., Власова Е.А., Данильченко И.М.,
Буртасенкова И.Н.**

ГБУЗ ДККБ Перинатальный центр, г. Краснодар

Актуальность

Субконъюнктивальные кровоизлияния – маркер перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС)?



Субконъюнктивальные кровоизлияния (гипосфагма - кровотечение под конъюнктиву) в некоторых источниках рассматриваются как вариант нормы, но также кровоизлияния в наружные оболочки глаза новорожденного расценивают как родовую травму или проявление асфиксии.

Цель

Целью нашей работы являлось:

1. определить наличие неврологической симптоматики у новорожденных с субконъюнктивальными кровоизлияниями.
2. Ответить на вопрос: «Можно ли считать субконъюнктивальные кровоизлияния маркером перинатального поражения ЦНС?».

Материалы и методы

Было проанализировано 49 историй развития новорожденных с данной проблемой вне зависимости от тактики родоразрешения.

Проводились офтальмоскопия и неврологический осмотр в ранний неонатальный период, также повторный осмотр после его окончания. Оценивались следующие параметры: оценка по Апгар, росто-весовые показатели, срок гестации, неврологическая симптоматика, данные нейросонографии (НСГ), окончательный клинический диагноз при выписке, осмотр окулиста, наличие сопутствующих заболеваний.

Результаты

Результаты исследований и их обсуждение:

Все дети были доношенные массой тела от 3040 грамм до 3860 грамм

С оценкой не менее 7 баллов (б.) по шкале Апгар родилось 94% детей; с оценкой 6-7б. – 6%;

Данные НСГ без особенностей были получены у 65% новорождённых;

Перивентрикулярная ишемия у 20,3% детей;

Субэпандимальные кисты были обнаружены у 14,7% обследованных;

Клинический диагноз:

Церебральная ишемия 1 степени (лёгкая) в 24,6% случаев.

Асфиксия при рождении у 6% новорождённых.

Кефалогематомы образовались в 18,4% случаев.

Неонатальная желтуха развивалась у 12,3% детей.

С диагнозом: Здоровы были выписаны 35,2% новорождённых.

При офтальмоскопии (с использованием 1% раствора Медриацила) было выявлено отсутствие поражений сетчатки как при первом, так и при повторном обследовании при наличии субконъюнктивальных кровоизлияний после рождения.

В неврологическом статусе спустя 1 месяц было отмечено:

Здоровых – 34,5%; Мышечная дистония – 41,3%;

Кефалогематома – 6%;

Перинатальная энцефалопатия, синдром двигательных нарушений – 12,2%;

Установочная кривошея – 6,0%;



Таким образом, 30,6% составили дети с перинатальным поражением ЦНС (Гипоксически – травматическое поражение ЦНС – 6%, Церебральная ишемия I степени – 24,6%).

В месячном возрасте этот процент детей значительно увеличился до 53,5%. Мышечная дистония – 41,3%; Перинатальная энцефалопатия, синдром двигательных нарушений – 12,2%.; Кефалогематомы, потребовавшие хирургического вмешательства составили 6%.

Заключение

Результаты исследования показали, что процент детей с дисфункцией ЦНС увеличился на 27% после окончания неонатального периода при повторном осмотре через 1 месяц по сравнению с ранним неонатальным периодом. Следовательно, субконъюнктивальные кровоизлияния можно считать косвенным маркером перинатального поражения ЦНС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТИЗОВАННОГО ПОДХОДА К ВСКАРМЛИВАНИЮ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Нароган М.В., Грошева Е.В., Рюмина И.И., Орловская И.В.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Актуальность

С 2015 года были приняты новые стандартизованные методы вскармливания глубоко недоношенных детей. С 1-х суток жизни доза парентерально вводимых аминокислот составляла 3 г/кг/сутки, жиров – 2–3 г/кг/сутки, глюкозы 5–6 мг/кг/минуту. Приоритетом пользовалось раннее энтеральное питание (ЭП) грудным молоком/молозивом. При хорошем усвоении ЭП увеличивалось на 20–30 мл/кг/сутки у детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и на 10–20 мл/кг/сутки у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Цель

Оценить клиническую эффективность новых стандартизованных подходов к вскармливанию глубоко недоношенных детей.

Материалы и методы

Были включены дети, родившиеся до 32 недели гестации, с массой тела менее 1500 г. Исключались пациенты с хирургическими болезнями, не связанными с НЭК, генетическими заболеваниями и тяжелой формой гемолитической болезни. Группу 1 составили 52 ребенка (27 – с ОНМТ, 25 – с ЭНМТ), родившиеся в 2015 г. Во 2 группу вошло 45 детей (26 – с ОНМТ, 19 – с ЭНМТ), родившихся



в 2014 г. Гестационный возраст в группах составил $28,8 \pm 0,2$ и $29,3 \pm 0,3$ недель, масса тела при рождении – 1117 ± 41 и 1134 ± 42 г, соответственно.

Результаты

В 2015 г. начало ЭП стало более ранним, медиана составила 7,5 часов (min 3,5 – max 23) против 12 часов (6–48) в 2014 г., $p < 0,05$. Достижение 150 мл/кг/сутки ЭП также осуществлялось достоверно раньше: 12 суток (6–48) в 1 группе против 17 (13–44) – во 2. При этом частота НЭК имела тенденцию к снижению. В 2015 г. частота НЭК 1–2 по Бэллу составляла 15%; НЭК 3 – 0%. В 2014 г. НЭК 1–2 развился в 25% случаев, НЭК 3 – в 2%. На этом фоне наблюдалась тенденция к увеличению частоты эпизодов дисфункции ЖКТ (54% – в 1 группе, 32% – во 2), которые потребовали индивидуальной коррекции режима ЭП.

Потеря массы тела в группах не различалась, 96% детей теряли менее 15% от первоначальной массы в обеих группах. Восстановление массы тела после 14 суток встречалось реже в 2015 году – у 4% против 11% в 2014.

Частота искусственного вскармливания в 2015 г. имела тенденцию к снижению, составляя 23% против 27% в 2014 г., при этом «исчезновения молока» в 2015 году не наблюдалось, тогда как в 2014 г. эта причина прекращения лактации регистрировалась в 15% случаев. В 2015 г. причинами искусственного вскармливания были: серьезные заболевания матери (50%) и социально-психологические (50%). Частота вскармливания только фортифицированным грудным молоком (без докорма формулой) к выписке была в 2,3 раза выше в 2015 году (28% против 12%).

Существенное улучшение постнатального роста было отмечено в 2015 году у детей с ОНМТ, без внутриутробной гипотрофии.

Заключение

Применение современных стандартизованных протоколов вскармливания глубоко недоношенных детей, основанных на раннем введении нутриентов при парентеральном питании и раннем начале ЭП с приоритетом на вскармливании грудным молоком, позволяет снизить частоту НЭК, достигнуть более раннего полного ЭП, увеличить процент грудного вскармливания и улучшить результаты постнатального роста.

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ УЗ-ДЕНСИТОМЕТРИИ

**Нароган М.В., Шарафутдинова Д.Р., Кухарцева М.В., Дегтярев Д.Н.,
Грошева Е.В., Рюмина И.И., Крохина К.Н., Болмасова А.В.,
Ионов О.В.**

ФГБУ НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России

Актуальность

УЗ-денситометрия, в связи с отсутствием радиационного облучения, является перспективным неинвазивным методом для оценки костной плотности у глубоко



недоношенных детей, относящихся к группе высокого риска по развитию метаболической болезни костей.

Цель

Целью исследования было оценить возрастную динамику костной плотности у глубоко недоношенных детей с помощью УЗ-денситометра.

Материалы и методы

С помощью УЗ-денситометра Omnisense 7000 (Sunlight, Израиль) проводилось количественное измерение скорости звука в м/с, распространяющегося вдоль диафиза большеберцовой кости, на основании которого с использованием программного приложения PREMIER вычислялся Z-показатель и значение соответствующего центиля (%). В исследование включено 49 детей, родившихся на сроках гестации 25–31 неделя с массой тела при рождении менее 1500 грамм (1129 ± 42 г), из них 4/8% были с малой массой к сроку гестации. УЗ-измерение костной плотности осуществлялось с 1 недели жизни и далее каждые 2 недели до 2,5–3 месяцев жизни. Первое исследование выполнено в возрасте $4,3 \pm 0,4$ дней, 2-е – в $16,0 \pm 0,6$ дней, 3-е – в $29,8 \pm 0,3$ дня, 4-е – в $43,0 \pm 0,4$ дня, 5-е – в $59,6 \pm 1,2$ дней и 6-ое – в возрасте $82,0 \pm 3,5$ дней жизни. Данные представлены в виде $M \pm m$, статистическая обработка осуществлялась общепринятыми методами.

Результаты

При первом исследовании показатели костной плотности составили 3090 ± 27 м/с ($83,2 \pm 4,7\%$), при 2-м – 2994 ± 22 м/с ($57,3 \pm 5,3\%$), при 3-м – 2993 ± 19 м/с ($50,5 \pm 4,4\%$), при 4-м – 2922 ± 20 м/с ($30,8 \pm 3,4\%$), при 5-м – 2816 ± 37 м/с ($13,7 \pm 4,2\%$), при 6-м – 2717 ± 64 м/с ($7,0 \pm 2,8\%$). Наиболее низкие значения костной плотности менее < 2700 м/с (0 центиль, $Z < -2,7$) были выявлены у 9 детей: у 2-х с 1,5 месяцев жизни, у 5 – с 2-х месяцев жизни и у 2-х – в возрасте 2,5–3 месяцев жизни. Большинство детей (8 из 9) родились – с ЭНМТ. Один ребенок отличался наименьшими показателями костной плотности изначально – с 1-й недели жизни. У 5-х пациентов проводилось длительное парентеральное питание более 3-х недель, причем у 2 из них состояние осложнилось холестазом. У 5 детей отмечалась бронхолегочная дисплазия (БЛД), проводилась терапия глюкокортикоидными и диуретиками. Кроме того 5 детей получали противосудорожную терапию. У 2-х детей наблюдалась длительная дисфункция ЖКТ и, в связи с этим трудности проведения оптимального энтерального питания. У 5 детей имелось сочетание вышеперечисленных факторов, ухудшающих минерализацию костей.

Заключение

Таким образом, показатели костной плотности, полученные при УЗ-денситометрии, у глубоко недоношенных детей характеризовались постепенным снижением, как абсолютных, так и относительных значений к возрасту 2–3 месяцев. Наиболее выраженное снижение костной плотности наблюдалось при сочетании нескольких факторов, таких как ЭНМТ, парентеральное питание более 3-х недель, тяжелая форма БЛД, применение нескольких препаратов, ухудшающих минерализацию костей (кофеин, глюкокортикоиды, противосудорож-



ные, диуретики), недостаточное энтеральное питание. Проведенное исследование показало необходимость динамического наблюдения за состоянием костной плотности у глубоко недоношенных детей из группы высокого риска по развитию остеопении недоношенных.

РЕНТГЕНОСИМИОТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Овсянников Д.Ю.

РУДН

Материалы и методы

Рентгенология – это морфология, рентгенологическое выздоровление всегда отстает от клинического!

Трактовка рентгенологических данных возможна только в контексте клинических (клинико-рентгенологические критерии заболеваний)!

Критерии диагноза БЛД

- искусственная вентиляция легких и/или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовые катетеры (nCPAP),
- терапия кислородом более 21% в возрасте 28 дней и более,
- симптомы дыхательной недостаточности, бронхиальной обструкции в возрасте 28 дней жизни и старше,
- рентгенографические изменения (интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения) РРО, 2008

Стадии течения БЛД*

Гистологически (сосудистые изменения):

Резкое сужение просвета артерий и вен, за счет пролиферации мышечной оболочки ее отека и разволокнения, периваскулярного фиброза.

Резко выраженный фиброз стенок альвеол с формированием альвеолярно – паренхиматозного блока.

Предполагаемая модель патогенеза классической БЛД

1-нормальный ацинус;

2 - различная степень окклюзии бронхиол;

3а – ацинус перерастянут; 3б- септальный фиброз;

3с – атрофия ацинуса

Рентгенология

Радиологические изменения заболевания часто накладываются на явления интерстициальной эмфиземы, постепенно сливаясь с одним из двух типов изменений, которые являются прогностически значимыми в 28 дней жизни.

1. Гомогенное затемнение без грубой сетчатости



2. Грубая сетчатость и линейные уплотнения с мелкими полупрозрачными кистами

1 тип прогностически более благоприятный.

Показания к назначению дексаметазона

длительная зависимость от ИВЛ (более 7 сут);

неудачные попытки экстубации;

$FiO_2 > 35-50\%$;

необходимость высокого пикового давления на вдохе PIP при ИВЛ;

среднее давление в дыхательных путях MAP $> 7-10$ см вод.ст;

рентгенологические данные, свидетельствующие о снижении прозрачности легочной ткани

Рентгенографическая оценка тяжести БЛД*

Рентгеносемиотика классической БЛД недоношенных

Простая рентгенологическая шкала оценки БЛД по A. Greenough (1999)

Задержка развития ацинуса при новой БЛД

1

2

3

1 – нормальный ацинус;

2 – уменьшенное количество альвеол с истонченными септами;

3 – равномерный, минимально выраженный септальный фиброз

Основные отличия классической и новой форм БЛД

Морфология БЛД

Рентгеносемиотика БЛД

Показания для КТ у детей с БЛД

при проведении дифференциальной диагностики с другими бронхолегочными заболеваниями, например, ИЗЛ;

при повторных пневмотораксах;

при задержке клинического выздоровления и персистенции респираторных симптомов, не объяснимых тяжестью БЛД;

при необходимости верификации хронического заболевания легких в исходе БЛД, например, при подозрении на развитие облитерирующего бронхиолита;

для исключения врожденных пороков развития легких.

Рентгенология ЛГ у детей с БЛД

§ Изменения сердечно-сосудистой системы:

кардиомегалия;

выбухание дуги легочной артерии

§ Обеднение легочного сосудистого рисунка по периферии, расширение сосудов и корней легких.

Критерии ЛГ по высокоразрешающей компьютерной томографии (n=14)

§ Обеднение легочного сосудистого рисунка по периферии;

§ Расширение сосудов легких;

§ Увеличение соотношения сегментарная артерия/бронх более 1;

§ Расширение ствола легочной артерии.



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО КОНСИЛИУМА ПО ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ

**Подуровская Ю.Л., Демидов В.Н., Гус А.И., Дорофеева Е.И.,
Буров А.А., Зарецкая Н.В., Шетикова О.В., Михайлова О.И.,
Зубков В.В., Шмаков Р.Г.**

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Актуальность

Врожденные пороки развития являются одной из основных причин детской заболеваемости, инвалидности, перинатальной и ранней детской смертности. До 5–6% новорожденных по данным исследований имеют различные врожденные пороки развития.

Цель

Целью настоящей работы является повышение уровня антенатальной диагностики врожденных пороков развития у плода, оценка прогноза и возможности хирургической коррекции имеющейся патологии у новорожденного.

Материалы и методы

На базе ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России с 2005 года проводится перинатальный консилиум пациенткам с антенатально установленными пороками развития у плода. В состав консилиума входят: неонатальный хирург, специалист ультразвуковой диагностики, врач-генетик, акушер-гинеколог. В зависимости от сроков беременности по результатам консилиума планируется госпитализация пациентки на родоразрешение в Центре с последующим хирургическим лечением новорожденного.

Результаты

За период с 2005 по 2015 год в Центре на пренатальном консилиуме консультировано 3400 беременных. Количество пациенток при этом увеличивается прогрессивно ежегодно, так за 2014 год консультацию посетило 296 беременных. Являясь федеральным, Научный центр принимает на консультацию и лечение пациентов из всех регионов России: традиционно преобладает ЦФО (в среднем 42%), однако другие регионы так же занимают весомые позиции.

В общей структуре выявляемой патологии плода наиболее тяжелыми являются множественные пороки развития, особенно в сочетании с хромосомными аномалиями (всего консультировано 425 беременных, что составило 12,5% от общего количества врожденных пороков развития). Поэтому при постановке диагноза на ранних сроках беременности обязательным является дополнительная консультация генетика и проведение инвазивной пренатальной диагностики. По результатам полученных данных определяется прогноз для жизни ребенка и даются рекомендации беременной. Окончательное решение о сохранении беременности принимается пациенткой.



Точность пренатальной диагностики в Центре находится на высоком уровне, степень диагностических ошибок не превышает мировые статистические показатели (не более 3–4%).

Заключение

в настоящее время, учитывая достижения неонатальной хирургии, возможности оказания помощи новорожденным очень велики. Но при этом следует уделить особое внимание наиболее ранней пренатальной диагностике пороков развития, что бы в максимально ранние сроки разработать алгоритм ведения потенциальных пациентов.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 3 ЛЕТ ЖИЗНИ

Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Филиппова Е.А., Албегова М.Б.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава Российской Федерации

Актуальность

В последние годы отмечается тенденция к росту желчнокаменная болезни (ЖКБ) у детей, что, прежде всего, связано с широким применением ультразвуковых методов визуализации (УЗИ), позволяющей диагностировать бессимптомную форму заболевания.

Цель

Проанализировать факторы риска развития ЖКБ у детей раннего возраста. Описать клиничко-лабораторные и ультразвуковые характеристики ЖКБ. Оценить эффективность использования УДХК в качестве консервативного лечения.

Материалы и методы

Динамическое наблюдение 17 детей первых трех лет жизни с ЖКБ за период 2013–2016 г. Основным методом диагностики ЖКБ являлось УЗИ брюшной полости. Проводилась оценка анамнестических данных, клиническое обследование, исследование биохимического анализа крови. Главным маркером эффективности использования УДХК являлось динамическое УЗИ брюшной полости.

Результаты

Тяжелая перинатальная патология отмечалась у 9 из 17 детей (53%), 5 детей (29,4%) родились глубоконедоношенными, 3 (17,6%) на 33–34 недели гестации, один из них имел ГБН по резус-фактору. Врожденные пороки развития ЖКТ отмечались у 2 (11,8%). Синдром Дауна – у 1 (5,9%), синдром Швахмана-Даймонда – у 1 (5,9%), 4 (11,8%) не имели соматической патологии. Первые признаки ЖКБ



у всех детей выявлены при УЗИ брюшной полости в возрасте от 1 до 27 месяцев (5,6+6,6). Симптоматическая ЖКБ отмечалась у 2 детей (11,8%). Большинство детей (15,88,2%) имели бессимптомную ЖКБ. Незначительное повышение показателя общего билирубина и синдром цитолиза выявлен у 3 детей (17,6%). Повышение ГГТ отмечались у 1 (5,9%). Показатель холестерина в пределах нормы был у всех детей, повышение триглицеридов у 5 (29%). При УЗИ у всех детей размеры печени были не увеличены. Деформация желчного пузыря (ЖП) отмечалась у 9 (53%), 7 (41%) имели уплотнение/утолщение стенок ЖП. У 10 (59%) желчные конкременты располагались в полости ЖП, у 7 (41%) – в пришеечной области, у 2 (11,8%) найдены конкременты в холедохе. Количество конкрементов более 2 наблюдались у 9 (53%), у 8 (47%) – один конкремент. Размеры конкрементов варьировали от 2 до 13 мм (5,3+2,6 мм). Расширение холедоха и внутрипеченочного желчного протока выявлено у 1 ребенка (5,9%). В качестве стартовой терапии 15 (88%) детей получали УДХК в средней дозе 18+7,5 мг/кг/сутки. Растворение конкрементов с последующей контрольной ремиссией через 6 месяцев отмечалось только у 2 (17,7%) через 8,3+0,3 месяцев от начала лечения. Еще у 1 (5,9%) отмечалось растворение конкрементов, однако через 3 месяца на фоне отмены УДХК выявлен рецидив ЖКБ. УЗИ динамика отсутствовала у 6 (35%), увеличение размеров/количества конкрементов отмечалось у 4 (23,5%) и уменьшение размеров/количества конкрементов – у 4 (23,5%) детей. Одному ребенку в связи с осложнением в виде расширения внутрипеченочного желчного протока и отсутствием динамики по размерам конкрементов в возрасте 1 года проведена холецистэктомия.

Заключение

Факторами риска для формирования ЖКБ у детей первых трех лет жизни являются: недоношенность, тяжелая перинатальная патология, врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта, ГБН. В данной возрастной группе преобладает бессимптомная ЖКБ. Ведущим методом визуальной диагностики является УЗИ. Эффективность использования УДХК является сомнительной в большинстве случаев и требует дальнейшего исследования.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Рюмина И.И., Гаврилова М.Г., Кесслер Ю.В., Зубков В.В.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность

Диагноз инфекции мочевых путей (ИМП) один из наиболее часто встречаемых инфекционных диагнозов в структуре заболеваемости новорожденных.



Основными критериями диагностики является бактериурия, достоверность такого критерия, как лейкоцитурия, является сомнительной.

Цель

Определить особенности клинической картины и критерии диагностики ИМП у новорожденных.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 173 новорожденных детей, родившихся в период с января 2014 года по декабрь 2015 года, у которых был выставлен диагноз ИМП. Проводили бактериологическое исследование мочи и подсчет клеток в мочевоом осадке.

Результаты

У 68,8% диагноз ИМП была основным инфекционным диагнозом, у 31,2% ИМП была сопутствующим диагнозом, у 6,8% новорожденных ИМП развивалась на фоне пиелозктазии.

В клинической картине преобладали неспецифические признаки: гипертермия (28%), синдром срыгивания (24%), гипербилирубинемия (12%), синдром угнетения (12%), термолабильность (5%), синдром возбуждения (3%), патологическая потеря веса (7%), гипергликемия (1%), гипогликемия (1%). У 39,9% детей клинических проявлений не отмечалось, диагноз был поставлен на основании лейкоцитурии. Бактериурия, как основной критерий ИМП определялась в 89,8%. У 52,0% новорожденных не отмечалось каких-либо изменений в клиническом анализе крови, повышенный СРБ был у 17% новорожденных, ПКТ у 5%, воспалительные изменения в клиническом анализе крови отмечались у 30% новорожденных. При бактериологическом исследовании мочи наиболее часто встречались *Enter.faecalis* (44,5%), *E.coli* (33,0%), *Staph.epidermidis* (29,5%), *Klebsiella pneumoniae* (16,2%). Все дети получали антибактериальную терапию. 53,1% детей получали антибактериальную терапию препаратами из группы защищенных пенициллинов перорально.

Заключение

Основными возбудителями ИМП у новорожденных являются микроорганизмы кишечной группы. Отсутствие четких критериев диагностики и диссоциация между чувствительностью и специфичностью основных признаков (лейкоцитурией и бактериурией), требует разработки новых критериев диагностики ИМП, что способствует снижению полипрагмазии у новорожденных.



ПОКАЗАТЕЛИ УГЛУБЛЕННОЙ ОЦЕНКИ КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Сократова Т.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Актуальность

Лабораторное исследование кислотно-основного состояния (КОС) и газового состава крови является рутинным видом обследования в отделениях реанимации новорожденных.

Цель

Оценка клинической информативности лабораторных параметров и рассчитанных индексов, характеризующих проникновение в кровь, транспортировку и потребление тканями кислорода у детей с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ) в критическом состоянии в периоперационном периоде.

Материалы и методы

В период 2015 года в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных отдела неонатологии и педиатрии ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России обследованы 20 новорожденных с ВДГ. 18 детям (17 детей с лево – и 1 ребенок с правосторонней ВДГ) в возрасте от 2 до 6 суток жизни была проведено оперативное лечение – пластика соответствующего купола диафрагмы. 14 детей было выписано, 6 – умерло в возрасте от 1,5 до 15 суток жизни. В периоперационном периоде исследование КОС и кислородного статуса артериальной и капиллярной крови проводилось на аппарате Radiometr ABL 800flex с интервалом 4–6 раз в сутки. Помимо стандартных показателей (pH, pO₂; pCO₂; BE), исследовались расчетные показатели кислородного статуса (ctO₂, p50, IO).

Результаты

Средняя продолжительность ИВЛ составила 10,1±5,9 дней. IO перед операцией составил 24,5±31,9 и после операции – 7,0±2,6. Данная разница в показателях обусловлена тяжестью детей, умерших в предоперационном периоде и детей, которым проводилась процедура В-А ЭКМО. Среднее значение p50 в пред- и послеоперационном периоде составило 24,4±4,9 и 22,6±4,6. Статистически значимой разницы между показателями stO₂ в пред- и послеоперационном периоде не выявлено (19,4±4,2 и 21,8±4,9). У всех детей отмечается четкая корреляция значений IO и p50. Были выявлены выраженные изменения фракций Hb, как уменьшение оксигемоглобина (FO2Hb) и повышение дезоксигемоглобина (FNHB), одновременно с повышением IO, предшествующие клиническому ухудшению состояния, позволяющие корректировать терапию.



Заключение

В результате проведенного исследования выявлена обратная зависимость р50 от IO. Взаимосвязь данных показателей не меняется в до и послеоперационном периоде. Корреляций между концентрацией кислорода в артериальной крови и индексом оксигенации не выявлено. Также концентрация кислорода в артериальной крови не влияет на показатель р50. Снижение фракции оксигемоглобина является одним из предикторов нарастания дыхательной недостаточности.

ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Сухих Г.Т., Силачев Д.Н., Плотников Е.Ю., Ионов О.В., Буров А.А., Зоров Д.Б., Зубков В.В.

ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Разработка и внедрение новых технологий в неонатальной практике в настоящее время еще не решили проблему диагностики и терапии многих серьезных заболеваний у новорожденных детей, приводящих к тяжелым поражениям органов и систем, инвалидности. Количество новорожденных детей, требующих реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, постоянно увеличивается. Одним из перспективных способов терапии таких патологий, наряду с общепринятыми, является трансплантация стволовых или прогениторных клеток в качестве комплексной терапии. В неонатологии применение клеточных технологий для минимизации негативных последствий ишемии или воспалительных процессов у новорожденных имеет крайне высокие терапевтические перспективы. Однако, для наиболее эффективного применения клеточной терапии необходима всесторонняя характеристика типа используемых клеток, их происхождения, дозы, оптимального времени и способа их введения. Особое внимание следует уделять паракринным механизмам терапевтического действия стволовых клеток, например, мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток (ММСК), которые способны выделять ряд биологически активных веществ, обладающих свойствами иммуномодуляторов и нейротрофинов.

Цель

Изучить компоненты, определяющие положительный эффект клеточной терапии применительно к терапии церебральных нарушений у новорожденных.

Материалы и методы

В рамках ограниченных клинических исследований была проведена оценка безопасности и эффективности клеточной терапии в комплексном лечении паци-



ентов с перинатальной гипоксически-ишемической энцефалопатией. В исследование было включено 5 детей от 1 до 30 суток жизни, средняя масса тела составила 2500 ± 70 гр, длина 38 ± 3 см, сроком гестации от 33-38 недель с тяжёлыми поражениями головного мозга (ишемия мозга 3 степени). У большинства (3 ребенка) пациентов заболевание было осложнено развитием некротизирующего энтероколита (НЭК) 2–3 степени.

Результаты

После комплексного обследования и письменного информированного согласия родителей пациентам было проведено от 1 до 5 внутривенных трансплантаций ММСК, полученных из пупочного канатика, в дозе 50 ± 10 млн клеток в 10 мл физиологического раствора. Положительная динамика была выявлена у всех пациентов, получивших клеточную терапию. Улучшение в неврологическом статусе характеризовалось стабилизацией неврологического статуса, восстановлением работы кишечника, причем 2 ребенка были прооперированы по поводу НЭК.

Заключение

Безопасность и эффективность клинического применения клеточных технологий еще должны быть подтверждены в хорошо спланированных контролируемых клинических испытаниях, прежде чем они будут распространены в качестве рутинной терапии в клинической практике.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ

Ушакова Л.В., Быкова Ю.К., Филиппова Е.А., Амирханова Д.Ю.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность

Перинатальный ишемический инсульт представляет собой опасное для жизни новорожденного заболевание, сопровождающееся тяжелой неврологической симптоматикой с нарушением витальных функций, требующее наблюдения за ребенком в ОРИТН. Ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи может рассматриваться как метод диагностики сосудистой патологии при ишемических инсультах у новорожденных детей.

Цель

определить основные клиничко-инструментальные предикторы заболевания для своевременной диагностики и лечения артериального и венозного инсультов у новорожденных детей.



Материалы и методы

Исследование 20 новорожденных детей с перинатальными ишемическими инсультами в период 2011–2015 годы. Из исследования исключены дети с геморрагическим поражением ЦНС и дети со сроком гестации менее 36 недели (38,9 ± 2,4 нед). Диагноз установлен при проведении комплексного клинико-инструментального исследования.

Результаты

Из 20 новорожденных детей с ишемическими инсультами у 13 (65%) детей диагностирован артериальный ишемический инсульт в каротидном бассейне кровоснабжения с образованием очагов подкорковой (47%) и корково-подкорковой локализации (36,8%) соответствующих кровоснабжению ветвей СМА и лентикуло-стриарных артерий, с преимущественным поражением левого полушария. У 52,6% случаев очаги имели смешанный ишемически-геморрагический характер. У 7 пациентов (35%) венозные инфаркты отмечались в бассейне как поверхностных, так и глубоких вен мозга. МР-АГ исследование сосудов головного мозга не выявило признаков гемодинамических стенозов, аневризм или артерио-венозных мальформаций. Особенности развития Виллизиева круга выявлены у 3 (15%). НСГ-исследование при артериальном ишемическом инсульте (n=13, 100%) выявляло очаговые изменения на 3–4 сутки от начала клинических проявлений, и были представлены зонами повышенной эхогенности без четких контуров с признаками гиперперфузии в зоне инфаркта. В последствии, после фазы гиперперфузии, у 77% (n=10) наблюдалась длительная вазоконстрикция в питающем сосуде. Диагностическими критериями осложненного ЦСВТ и венозного инсульта (n=7, 100%) явились обтурация тромбом сагиттального синуса (n=3) и яремной вены (n=1), патологический кровоток по глубоким венам мозга (n=5), двусторонние ВЖК кровоизлияния II степени (n=3), двусторонние глубинные венозные инфаркты и отек глубинных структур мозга (n=2). Все случаи подтверждены с помощью МРТ с МР-АГ.

Манифестация артериального ишемического инсульта дебютировала на 3 ± 1,58 сутки жизни, венозного – на 11,7 ± 9,03, что связано с различными этиологическими факторами заболевания. Наиболее частыми симптомами в дебюте инсульта были судорожный синдром (50%), с развитием пареза на стороне, где отмечались судороги, двигательные нарушения (65%) и синдром угнетения функции ЦНС (45%).

Заключение

Высокая разрешающая способность современной ультразвуковой аппаратуры в сочетании с безопасностью исследования позволяют использовать УЗИ с доплерографией сосудов головы и шеи в качестве первой линии диагностики артериальных и венозных инсультов у новорожденных детей. Это особенно актуально для детей находящихся в условиях реанимации. Совокупность клинической картины заболевания и данных УЗИ позволяют провести своевременную диагностику ишемических инсультов у новорожденных детей, определить необходимость и эффективность терапии, оценить прогноз заболевания.



ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС) У НОВОРОЖДЁННЫХ

Юдина Е.В., Заикина А.Н., Данильченко И.М., Москаленко Е.А.

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница». Министерство здравоохранения
Краснодарского края. Перинатальный центр. Город Краснодар
ГБУЗ ДККБ Перинатальный центр, г. Краснодар

Актуальность

Исключительно большое значение в патологии детского возраста играют внутриутробные инфекции. Поражение ЦНС-наиболее тяжелое последствие внутриутробной инфекции, вызванной ассоциацией перинатальных патогенов.

Цель

Определение характера поражения ЦНС у новорождённых детей, от матерей с высоким инфекционным индексом.

В большинстве случаев ЦНС новорождённого вовлекается в патологический процесс в виде общей неспецифической реакции, как проявление инфекционного токсикоза. В более тяжёлых ситуациях генерализованная инфекция приводит к вторичным повреждениям головного мозга, воздействуя на церебральные сосуды и нарушая мозговое кровоснабжение.

Материалы и методы

Сравнивались две группы новорождённых, от матерей с инфекционным анамнезом: 1-я группа – с поражением ЦНС и контрольная, в которой поражение ЦНС не отмечалось, выявлялись следующие синдромы поражения ЦНС:

- синдром возбуждения 15,6%
- синдром угнетения 28,9%
- гипертензионно-гидроцефальный синдром 3,6%
- неонатальные судороги 4,8%

В анализе данных НСГ у новорождённых выделенных групп регистрировалось следующие признаки:

- Ишемические поражения 37,3%.
- Гиперэхогенные сигналы в таламусах 10,8%.
- ВЖК1 степени 1,2%.
- ВЖК 2 степени 3,6%.
- СЭ кровоизлияния 3,6%.
- Вентрикулодилатация 26,5%.
- Агенезия мозолистого тела 3,6%.
- Отек мозга 1,2%.



Результаты

Таким образом у детей, рождённых от матерей с высоким инфекционным индексом в неврологическом статусе преобладает синдром угнетения, в НСГ-картине – ПВ-ишемия, что свидетельствует о том, что любая инфекция в антенатальном периоде сопровождается гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС у новорождённых. Данные проявления поражения ЦНС отмечались у детей, матери которых имели в анамнезе ассоциации урогенитальных инфекций и в этой же группе обследованных родоразрешение чаще происходило оперативным путём. Это подтверждает, что вирусно – бактериальная инфекция, которая в последнее время превалирует над моноинфекцией, протекает более тяжело, вызывая у новорождённых общую интоксикацию и сосудистую дезадаптацию, наиболее выраженную в сосудах головного мозга, а это приводит к гипоксически – ишемическим или гипоксически – геморрагическим повреждениям мозговой ткани с излюбленной локализацией в перивентрикулярной зоне.

Заключение

1. Частота и тяжесть поражения ЦНС у новорождённых напрямую зависит от наличия внутриутробного инфицирования плода.
2. В этиологической структуре перинатальных поражений ЦНС важная роль принадлежит ассоциациям инфекционных агентов.
3. Детей, рождённых женщинами с хронической плацентарной недостаточностью на фоне инфекции необходимо выделять в группу высокого риска по реализации внутриутробного инфицирования.
4. Родоразрешение беременных с высоким инфекционным индексом чаще происходило оперативным путём.



Раздел 6

Общественное здравоохранение и образование

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Большакова П.Н.

НУОВППО «Тираспольский межрегиональный университет»

Актуальность

Проблема табакокурения (ТК) женщин репродуктивного возраста весьма актуальна и имеет большое социальное значение в связи с повреждающим воздействием табачного дыма на развитие плода и ребёнка. ТК во время беременности - один из важнейших предотвратимых факторов риска неудачного исхода беременности для матери и плода. Концентрация СО в табачном дыме превышает содержание никотина в 10–20 раз (Сахарова Г.М. и соавт., 2013). Токсическое действие СО обусловлено его большим сродством к гемоглобину, чем у кислорода и тесной связью с фетальным гемоглобином, приводящей к функциональной анемии, стимуляции эритропоэза, повышению гематокрита и вязкости крови матери и плода, снижению перфузии плаценты и замедлению роста плода (Lai MC et al., 2015).

Цель

Оценка эффективности программы прекращения внутриутробного курения у беременных с никотиновой зависимостью в г. Слободзея.

Материалы и методы

Проведено проспективное когортное исследование 110 беременных, наблюдавшихся в женской консультации г. Слободзея в 2015–16 гг. Исследуемую группу составили 57 беременных с ТК до и во время настоящей беременности, разделённых на 2 подгруппы. I а подгруппа – женщины с ТК в течение всей беременности



($n=26$). I б подгруппа – беременные, прекратившие курение в I триместре ($n=31$). Контрольная группа – 53 женщины без ТК в анамнезе. Критерии включения в исследование: согласие беременной на участие в программе, одноплодная беременность, курение всю беременность или в I триместре. Критерии исключения: многоплодная беременность и тяжелая соматическая патология. Проведено анкетирование и мониторинг уровня СО в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора PiCOSimple Smokerlyzer. Статистическая обработка результатов осуществлялась традиционными методами параметрической статистики.

Результаты

Возраст обследуемых не имел статистически значимых различий и составил 18–41 год. Большая часть женщин I а и I б подгрупп проживала в неблагополучной социально-бытовой среде, не работала и не имела высшего образования. Женщины с ТК до беременности менее 10 сигарет в сутки чаще отказывались от курения в I триместре. Беременные, курившие более 10 сигарет в сутки, уменьшали количество выкуриваемых сигарет с ростом срока беременности, благодаря активному психосоциальному вмешательству медицинских работников после визуализации и трактовки показателей монооксида углерода. В I а подгруппе средний стаж курения составил $10,37 \pm 1,18$ лет. Отказывались от курения в основном беременные с меньшим стажем $8,21 \pm 1,03$ лет. Продолжавшие курить, под влиянием соответствующей информации снижали среднее число выкуриваемых сигарет и задерживали время начала курения утром. Отказ от ТК у женщин I б подгруппы занимал около 8 недель. В I а подгруппе все 100% партнёров курили, против 27,4% и 14,2% во II б подгруппе и группе сравнения соответственно. Средний уровень СО курящих мужей I а и II б подгрупп статистически значимо ($p < 0,05$) превышал соответствующий показатель контрольной группы. Выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия среднего уровня СО женщин I а подгруппы по сравнению с контрольной группой. В то же время уровень СО женщин II б подгруппы статистически значимо не отличается от показателей контрольной группы.

Заключение

Таким образом, под влиянием информации о методах уменьшения частоты курения и количества сигарет происходит снижение пренатального воздействия табака. Настоящее исследование – базис для внедрения антитабачных программ в кабинетах планирования семьи и при антенатальной помощи.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ: ОЦЕНИТЬ, СОХРАНИТЬ, ПРЕУМНОЖИТЬ

Бондаренко А.С., Мингалева Н.В.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ, МЗ РФ г. Краснодар, МБУЗ г. Сочи Городская поликлиника №4

Актуальность

Стратегией развития здравоохранения Краснодарского края до 2020 года определены задачи, связанные с сохранением репродуктивного здоровья женского



населения. С учётом реализации поставленных целей, за последние годы отмечается положительная динамика многих показателей в системе родовспоможения, что свидетельствует об эффективности принимаемых мер в службе родовспоможения. Наряду со стабильным числом нормальных родов, доля женщин с экстрагенитальной патологией постоянно растёт. В структуре данной патологии лидирует анемия, далее идут болезни системы кровообращения, венозные осложнения и болезни мочеполовой системы. Этот факт можно объяснить как снижением индекса здоровья, так и улучшением диагностики в амбулаторно-поликлиническом звене, преемственности в работе женских консультаций, стационаров, участковой сети. Однако эти улучшения не отразились на эффективности такого раздела как профилактическая работа.

Цель исследования

Эксплицировать зависимость эффективности профилактики заболеваний репродуктивной системы женщин от существующих скрининговых программ: диспансеризации и профилактических осмотров населения.

Материалы и методы

Проанализированы посещения с целью проведения профосмотров у женщин репродуктивного возраста за период 3 года – 93843 случаев. Клинические исследования проводились при профилактических осмотрах на базе МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1».

Результаты исследования и обсуждение: Для исследования было взято 2 группы женщин: 1 группа – 8713 женщин, осмотренных с профилактической целью в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 15.05.12 г. № 543 н и приказом МЗ РФ от 06.12.12 г. № 1011н за 3 года. 2 группа - 2873 женщины – осмотренные в соответствии с приказом МЗ РФ от 03.12.12г. № 1006н и приказом МЗ и СР РФ от 03.03.11 г. № 163 н за 3 года.

Общее число посещений в целом за 3 года по диспансеризации (2 гр.) составило 23,5% (22041 посещений) от общего числа посещений (93843 посещения).

Первичная заболеваемость в целом по всем нозологическим формам, в расчете на 1000 женщин фертильного возраста в 1 гр. составила в двое больше (246,3 в 1 гр. против 132,7 во 2 гр.).

В структуре первичной заболеваемости по итогам диспансеризации лидируют болезни эндокринной системы (показатель 42,0), затем идут болезни костно-мышечной (29,7) и пищеварительной (15,6) систем. По итогам профосмотров – болезни мочеполовой (63,4) системы, затем – болезни органов дыхания (62,1) и болезни костно-мышечной (27,2) системы.

Причины недостаточной выявляемости первичной заболеваемости при диспансеризации состоят по нашему мнению в том, что в данном случае обследование проводилось рутинными методами, затрагивало определенные категории женщин, которые, как правило, на момент прохождения медосмотра активно жалоб не предъявляли и по всей видимости не были настроены на диагностику и последующее лечение. Основной объем диагностических исследований по этим приказам начинается с 39 лет и практически не затрагивает репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста с 18 до 38 лет включительно.



Представленные данные убедительно говорят о том, что оценку состояния здоровья женщины, тем более репродуктивного, по итогам скрининга дать чрезвычайно сложно. Проводимые скрининговые мероприятия не давали объективной оценки состояния репродуктивного здоровья женщины, так как объем обследования фактически заканчивается на уровне шейки матки, молочная железа обследуется только у определенной возрастной категории женщин, а матка, основной репродуктивный орган женщины, оказывается за чертой скрининга в связи с отсутствием УЗИ матки и придатков.

Выводы

Необходимо совершенствование скрининговых программ: включение регулярного проведения УЗИ матки и придатков, молочных желез всем женщинам старше 18 лет. Целесообразно также разработать алгоритмы маршрутизации пациенток по результатам профосмотров. Информацию о выявленных соматических заболеваниях и подозрениях на наличие заболеваний репродуктивной системы передавать на участок ЖК.

Совершенствование профилактической работы возможно на основе ее дальнейшей институализации, что предполагает передачу функций социальных субъектов, ответственных за профилактику, от индивидов (в настоящее время – врачи акушеры-гинекологи, как это предусмотрено их Должностными инструкциями) к организациям, а именно – женским консультациям.

СОЦИАЛЬНЫЕ ДИСПОЗИЦИИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И ПАЦИЕНТОК В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бондаренко А.С., Мингалева Н.В., Катриченко У.М.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ, МЗ РФ
г. Краснодар
МБУЗ г.Сочи Городская поликлиника №4

Актуальность

Наличие достаточного числа нормативных документов, регламентирующих деятельность по проведению профилактических осмотров в акушерстве и гинекологии не возмещает отсутствия концептуальной базы этого направления (Приказ МЗ и СР РФ от 15.05.12 г. № 543 н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Приказ МЗ РФ от 06.12.12 г. № 1011 н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра», Приказ МЗ РФ от 03.12.12 г. № 1006 н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»).



Взаимоотношение врачей и пациенток, их личные установки в вопросах профилактики трудно поддаются формализации и не могут регулироваться нормативными документами, особое значение приобретает рассмотрение роли врача и пациента как агентов профилактики в исследовательском поле социологии медицины.

Цель исследования

Изучить ролевой статус и взаимоотношения врача и пациентки как факторы, определяющие эффективность профилактической работы в акушерско-гинекологической практике и разработать рекомендации по их оптимизации.

Материалы и методы

Проведено анонимное анкетирование врачей акушеров-гинекологов ($n=300$), в т.ч. клинических ординаторов ($n=26$) и синхронное анкетирование 500 женщин, обратившихся в смотровой кабинет, женскую консультацию и взрослую поликлинику МБУЗ г. Сочи «Городская больница №1».

Результаты исследования и обсуждение: Как показало исследование, более трети респондентов-врачей отмечают несерьезное отношение женщин к своему здоровью и некомплаентность пациенток (32,7%), почти половина (47,3%) демонстрирует истинность своей установки на заботу о здоровье, но 36,3% врачей принципов профилактической медицины к сожалению в полной мере не разделяют. Врачи не проявили осведомленность в установках пациенток – на вопрос о том, интересуются ли их пациентки вопросами здорового образа жизни, ответили только 5,3% опрошенных акушеров-гинекологов. Все указанные трудности действительно при реализации профилактического направления акушерско-гинекологической деятельности, поэтому мы сопоставили ответы на некоторые вопросы с результатами анкетирования женщин, чтобы выяснить отношение пациенток к этой проблеме. Только 5,6% респондентов-врачей ответили на вопрос о регулярности обращений пациенток к врачам, при этом большинство (4%) считает такие посещения регулярными. Что касается самих пациенток, то из 500 опрошенных нами женщин регулярно посещают врача 116 (23,2%), а 141 (28,2%) делают это лишь при наличии жалоб. Как видим, врачи недостаточно владеют информацией по этому вопросу или не хотят ею делиться, а пациентки вообще отрицают факт собственной некомплаентности. Длительное господство патерналистской модели врачевания в отечественной медицине создало установку на личную ответственность врачей за все, что происходит с их пациентами, поэтому нерегулярность посещений они подсознательно считают своей виной и не дают достоверного ответа на поставленный вопрос.

Врачи акушеры-гинекологи в 74,7% случаев считают, что пациентки удовлетворены их работой, 14,3% – что не удовлетворены. Что же касается пациенток, то положительные оценки дали 86,6%, отрицательные -3,8%, причем организация работы медучреждения вызывает больше претензий (41,5%), чем работа врачей (34,5%), младшего и среднего медицинского персонала (24,0%).

Расхождения в позициях врачей и их пациенток отмечены нами в вопросе отношения к здоровью. Женщины в вопросе охраны здоровья рассчитывают, прежде всего на себя самих (63%), но многие (21,8%) доверяют в этом вопросе



лечащему врачу, 16,6% респонденток возлагают ответственность за свое здоровье на «здравоохранение в целом», демонстрируя дезориентированность в данном вопросе, ведь здравоохранение, как социальный институт, обладает безликостью, где персональная ответственность за персональное здоровье не возможна. Респондентки никак не связывают функцию охраны здоровья с таким социальным агентом, как работодатель, хотя из 47,6% тех, кто постоянно испытывает стресс, одна четвертая (12,2%) испытывали его на работе. Интересно, что пациентки не считают ответственными за свое здоровье членов семьи – этот фактор указали только 2,8% респондентов, а врачи акушеры-гинекологи, наоборот, считают семью вторым по значимости агентом ответственности за репродуктивное здоровье женщин (32,7%), хотя на первое место в этом вопросе также ставят самих пациенток (63%), свою ответственность в этом вопросе они оценивают выше, чем их пациентки (29,7%), оценки ответственности самих женщин за свое здоровье – 63% полностью совпали у врачей и пациенток. Получается, что врачи большую ответственность возлагают на семью и себя самих, а пациентки ждут более активной работы от конкретного медицинского учреждения.

Выводы

Профилактическая работа в области охраны репродуктивного здоровья обеспечивается усилиями медицинских работников и усилиями самих пациенток, их взаимодействие будет эффективно только в том случае, если и врач, и пациентка разделяют здоровьесберегающие установки. Если для врача такие установки входят в профессиональные обязанности, то пациентки свободны в своем выборе модели поведения. Врач, не может заставить их поступать определенным образом, но может убедить, если сам рассматривает профилактику как личную максимум деятельности, умеет оценить позицию и личность пациентки для построения правильной модели взаимоотношений. У пациенток установки на профилактику формируются тогда, когда у них есть желание общаться с врачом, когда они удовлетворены его работой. Врачам акушерам-гинекологам необходимо при оформлении информированного согласия больше внимания уделять предоставлению информации, учитывать предпочтения пациентов в выборе модели взаимоотношений с врачом (на избыточность информации жалуются приверженцы патерналистской модели, а на ее недостаток – сторонники контрактной и коллегиальной модели). Хотя сами пациентки не подозревают о своих предпочтениях, врачу крайне полезно обладать такой информацией и использовать ее для оптимизации контакта с пациенткой и повышения уровня комплаентности.

ПРЕДОТВРАТИМОСТЬ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ

Фролова О.Г., Гусева Е.В., Рябинкина И.Н., Гребенник Т.К.

ФГБУ

Актуальность

Анализ предотвратимости материнских потерь имеет значение при разработке мер их профилактики. При экспертной оценке причин случаев материн-



ской смерти в субъектах Российской Федерации оценивается предотвратимость каждого случая, что определяет актуальность данной работы.

Цель

Представить анализ предотвратимости причин материнской смерти за 2014–2015 гг.

Материалы и методы

Анализ проводился по данным карт донесений о случаях материнской смерти (учетная форма № 003/у-МС).

Результаты

Материнская смертность в 2014 г. составила по данным Минздрава 11,9 на 100000 живорожденных. Анализ предотвратимости материнской смертности показал, что к предотвратимым причинам были отнесены 12,9%, к условно предотвратимым – 44,0% и к непредотвратимым – 43,1% случаев. Среди отдельных причин наибольший процент приходился на условно предотвратимые причины – в целом 44,0% (66,7% – внематочная беременность; 68,6% – отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства; 62,5% – осложнения анестезии; 60% – разрывы матки; 50% – акушерские кровотечения). Предотвратимые причины (12,9% от общего числа) составили: внематочная беременность – 33,3%; прочие причины – 50%; осложнения анестезии – 25,0%; акушерские кровотечения – 23,3%; сепсис и разрыв матки – 20,2%. Как предотвратимыми причинами не были зарегистрированы: тромбоэмболия легочной артерии, эмболия околоплодными водами, воздушная эмболия. К непредотвратимым в 100% случаев была отнесена воздушная эмболия, в 90% – тромбоэмболия легочной артерии, в 87,5% – эмболия околоплодными водами, в 56,3% – экстрагенитальные заболевания, в 26,7% – акушерские кровотечения.

В 2015 году материнская смертность сократилась: общее число умерших составило 206 (показатель 10,8 на 100000 живорожденных).

Изменилась предотвратимость материнских потерь. К предотвратимым экспертные комиссии регионов отнесли 31 случай (15,0%), к условно предотвратимым 86 (41,8%), к непредотвратимым 89 (43,2%). По сравнению с 2014 г. несколько возросло число предотвратимых причин, снизилось – условно предотвратимых. Доля непредотвратимых причин практически не изменилась. Среди предотвратимых причин наибольший процент (60%) приходится на разрыв матки; по 57,1% – на внематочную беременность и осложнения анестезии. Прочие причины составили 33,3% акушерские кровотечения 27,0%, отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства – 28,6%.

Перечень предотвратимых причин практически не изменился (не зарегистрирован сепсис).

Среди условно предотвратимых причин – наибольший удельный вес пришелся на сепсис – 66%, прочие причины – 66,7%, отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства – 57,1%, акушерские кровотечения – 46,0%, внематочная беременность – 42,9%, экстрагенитальные заболевания – 41,6%.



Непредотвратимые причины с высоким уровнем оценки остались прежними: тромбоэмболия легочной артерии – 81,8%, эмболия околоплодными водами – 94,1%, экстрагенитальные заболевания – 55,8%.

Относительно низкий процент непредотвратимости имели следующие причины: сепсис (28,6%), акушерские кровотечения (27%), разрыв матки – 20,0%.

Заключение

Анализ предотвратимости причин материнской смертности позволяет оценить динамику повышения качества медицинской помощи при основных видах акушерской и экстрагенитальной патологии, а также необходимость внедрения новых профилактических, диагностических и лечебных технологий, позволяющих снизить материнские потери.



Содержание

Раздел 1

Акушерство

-
- 3** **ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННЫХ,
ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ**
Андреева М.В., Фетисова Е.С., Бычкова Н.Е.

-
- 4** **СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ
РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**
Атласов В.О., Боязитова Т.Д., Долгов Г.В., Ярославский К.В.

-
- 6** **ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У
ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**
Ахмедов Ф.К., Курбонова З.Ш., Хикматова Н.И.

-
- 7** **ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ
У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ
ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**
Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Курбонова З.Ш., Хикматова Н.И.



**9 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Бахтина Т.П., Подкаменева Т.В., Маслова Д.В.

**10 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РДСВ У БЕРЕМЕННЫХ
С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Бахтина Т.П., Арзаева Н.К.

**12 ЭФФЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ
ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.
ФАКТОРЫ РИСКА**

Бекенбаева Ж.К., Марат А.М., Укыбасова Т.М.

**13 ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Борщева А.А., Перцева Г.М., Василега К.М., Ширейко Т.А.

**15 АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ
ТЕРАПИЯ РДС ПЛОДА: «УКОРОЧЕННЫЕ»
СХЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ**

*Буштырев В.А., Чернавский В.В., Баранов А.П., Гугуева А.В.,
Абзианидзе К.И.*



**16 ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА СОСТОЯНИЯ
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ
ПОЛИМОРФИЗМОВ**

*Буштырев В.А., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Бордаева О.Ю.,
Афанасьева Г.В., Баранов А.П.*

**18 ЗНАЧЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
У БЕРЕМЕННЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ**

Ваганова Я.А., Сусллова Г.А., Гайдуков С.Н.

**19 ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ К ВИТАМИНУ Д
В МИОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОК
С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Васильева Э.Н., Гунин А.Г., Денисова Т.Г., Герасимова Л.И.

**21 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, СИНДРОМОМ
ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА НА ФОНЕ И БЕЗ
АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ**

Горюнова А.Г., Симонова М.С., Мурашко А.В.

**22 ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ
ПРОДУКЦИИ ПЕРФОРИНА
ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫМИ КЛЕТКАМИ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ПУПОВИННОЙ
КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Дзоз Л.С., Кравцова Н.В., Курманова А.М., Базылбекова З.О.,
Тохтакулинова Г.К., Жиенбаев К.Р., Бекмухамбетов Е.Ж.*



**24 ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МАТКИ У ЖЕНЩИН СО СТРЕМИТЕЛЬНЫМИ
РОДАМИ**

Железова М.Е., Зефирова Т.П.

**25 СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ
У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ПОЧЕК**

*Зайдиева Я.З., Логутова Л.С., Никольская И.Г., Прокопенко Е.И.,
Ветчинникова О.Н., Горенкова О.С., Кручинина Е.В., Микерова Н.В.,
Крупская М.С.*

**27 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
АННЕКСИНА ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ РАННИХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

*Зенкина З.В., Линде В.А., Друккер Н.А., Шкотова Е.О.,
Дурницына О.А., Григорянц А.А.*

**28 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО
КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ
ГЕМОКОНЦЕНТРАЦИИ**

Зефирова Т.П., Сабиров И.Х., Железова М.Е.

**30 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОГО
СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ
ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ**

Иванцов Н.С., Стрельникова Н.П., Аладжева Н.А.



**31 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ
БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА**

Ихтиярова Г.А., Хасанов Х.Ш., Асланова М.Ж.

**32 ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ МАССЫ
ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА ВЫНАШИВАНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Карахалис Л.Ю., Стебло Е.И.

**34 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ
В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРЬЯ. СТРУКТУРА
ПАТОЛОГИИ, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

Коваленко М.А., Кравченко Е.Н.

**36 БОЛЕУТОЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ СО ШВАМИ
НА ПРОМЕЖНОСТИ В РАННЕМ
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Кубищкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С.

**37 РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ
В МОДИФИКАЦИИ ПРОДУКЦИИ
АМИНОКИСЛОТ И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ
ПРОЦЕССОВ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ
ДИАБЕТЕ**

*Кудаев А.Е., Крукиер И.И., Ходарева Н.К., Барсукова Л.П.,
Дегтярева А.С., Круглова С.В., Никашина А.А., Дурницына О.А.*



**39 ЗАВИСИМОСТЬ ТКАНЕВОГО ГАЗООБМЕНА
ОТ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У БЕРЕМЕННЫХ
И РОЖЕНИЦ С АНЕМИЕЙ**

Лысенко Л.В., Салов И.А.

**40 ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ
РОДОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Малышкина А.И., Назарова А.О., Жолобов Ю.Н.

**42 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ
КОРРЕКЦИИ КОРОТКОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Марат А.М., Укыбасова Т.М., Бекенбаева Ж.К.

**43 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ФЛЕБОТРОМБОЗОМ
В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
БОЛЬНИЦЫ**

Морозова В.А., Салов И.А., Шехтер М.С.

**45 СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ НА ИНФЕКЦИИ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Науменко Н.С., Белова А.В., Асцатурова О.Р., Никонов А.П.



**46 ВЛИЯНИЕ АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО ТОНУСА
БЕРЕМЕННОЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ НА РАЗВИТИЕ ДИСКООРДИНАЦИИ
РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Непco Ю.Р., Пенжоян Г.А.

**48 ОСОБЕННОСТИ ГЛИКЕМИИ В РОДАХ ПРИ
ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН
С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Непco Ю.Р., Пенжоян Г.А.

**49 ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ВРОЖДЁННОГО
ИММУНИТЕТА В ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧКАХ ПРИ
ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Ляпин В.М.,
Щёголев А.И.*

**51 СТРУКТУРА ПРИЧИН ОСТРОЙ МАССИВНОЙ
КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ
РОДАХ**

Новикова В.А., Каменская Г.В.

**52 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ
ПРЕЭКЛАМПСИИ**

*Новикова В.А., Пенжоян Г.А., Шаповалова О.А., Пшидаток Б.,
Пенжоян И.Л., Надеина С.А., Юсупова З.С.*



**54 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СОЧЕТАННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У БЕРЕМЕННЫХ**

*Новикова С.В., Торшина З.В., Бирюкова Н.В., Рязанцева Е.В.,
Игнатьева М.А.*

**55 РАННЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ КАК ФАКТОР
РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

Панова И.А., Рокотьянская Е.А., Сытова Л.А.

**57 К ВОПРОСУ О РОДАХ ПРИ ТАЗОВОМ
ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА**

Перцева Г.М., Борщева А.А., Ширейко Т.А.

**58 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Репина Н.Б., Бен Салха Мехди

**60 ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕРОДОВЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Салов И.А., Михайлова Ю.В., Суворова Г.С.



**61 ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО И МАТЕРИНСКОГО
ТРАВМАТИЗМА У РОЖЕНИЦ С КЛИНИЧЕСКИ
УЗКИМ ТАЗОМ**

Салов И.А., Суворова Г.С., Михайлова Ю.В.

**63 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА
У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ**

Саркисова Л.В., Ихтиярова Г.А.

**64 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ
ГЕМОДИНАМИКИ И ГЕМОСТАЗА
У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ФОНЕ
ОЖИРЕНИЯ**

Саркисова Л.В., Пулатова Р.А.

**66 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И РАННЯЯ
ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ
РОСТА ПЛОДА**

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Дериш К.Ф.

**68 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАТЕТЕРА FOLLEY
В СОЧЕТАНИИ С ПРОСТАГЛАНДИНАМИ ПРИ
ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ВО II
ТРИМЕСТРЕ**

Сударева С.А., Ефремова Е.Г., Голованова В.А., Жежа С.В.



**69 МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
СНИЖЕНИЯ**

Упрямова Е.Ю., Гридчик А.Л., Самко А.А., Федотова А.В.

**70 БИСОПРОЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ**

Цигулева О.А., Арутюнян Н.С.

**72 ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

Чернобай Е.Г., Пенжоян Г.А., Скопец В.В.

**74 МОДИФИКАЦИЯ ТРОФИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ
ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ЕЕ ВЛИЯНИЕ
НА РАЗВИТИЕ ГИПОТРОФИИ ПЛОДА**

*Шкотова Е.О., Линде В.А., Друккер Н.А., Зенкина З.В.,
Дурницына О.А., Григорянц А.А.*

**75 НОВЫЕ РОССИЙСКИЕ МОДИФИКАЦИИ
АКУШЕРСКИХ ПЕССАРИЕВ-СОХРАНЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ
ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Шнейдерман М.Г.

**77 ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ ПОДРОСТКАМ ДЛЯ
СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

*Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т.,
Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.*



Раздел 2

Гинекология

**79 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ
НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО
ЭНДОМЕТРИОЗА**

Артюшков В.В., Пономарев В.В.

**80 ПРИМЕНЕНИЕ ТАРГЕТНЫХ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ
В КОМПЛЕКСЕ НЕЙРО-РЕФЛЕКТОРНЫХ
И НАТУРОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА**

Арутюнян А.Ф., Гайдуков С.Н., Костюшов Е.В., Лунева О.М.

**82 БЕССИМПТОМНОЕ ВПЧ-НОСИТЕЛЬСТВО
И ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ЦЕРВИКАЛЬНОГО
ПОРАЖЕНИЯ (ОСОБЕННОСТИ
ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ)**

Боровиков И.О., Холина Л.А., Назаренко Е.И.

**83 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ,
ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
АДЕНОМИОЗА**

Гайдуков С.Н., Арутюнян А.Ф., Костюшов Е.В., Лунева О.М.



**85 ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ
СПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ
В МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ.
ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ
РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ
ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН**

Гусак Ю.К., Тарасов В.Н., Назимова С.В., Глуховец И.Б., Гусак Н.Ю.

**87 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ ПРИ БОЛЕВОМ
СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ
САЛЬПИНГООФОРИТОМ**

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С., Кубицкая Ю.В.

**88 ВОЗМОЖНОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ
ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН
КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА**

Карагезян К.М., Салов И.А.

**90 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНИЛЬНЫХ
ВАГИНИТОВ**

Коробкова Е.А.

**91 ВЛИЯНИЕ САЛЬПИНГЭКТОМИИ
НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ**

Куприянова И.И., Петров И.А., Тихоновская О.А., Логвинов С.В.



**93 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ
ТЕРАПИИ СЕЛЕКТИВНЫМ МОДУЛЯТОРОМ
ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА РОСТ
МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ**

*Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Воронин Д.Н., Малышкина Д.А.,
Кирсанов Д.Н., Нагорный С.Н.*

**94 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИТА
У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ
АНАМНЕЗОМ**

Мальцева Л.И., Цыплаков Д.Э., Шарипова Р.И.

**96 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ
К РАЗВИТИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА**

Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Погосян Ш.М., Хлебкова Ю.С.

**97 МЕТОДИКА «САКРОСПИНАЛЬНАЯ
ГИСТЕРОПЕКСИЯ CYRENE®» ДЛЯ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ИЗОЛИРОВАННОГО АПИКАЛЬНОГО
ПРОЛАПСА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ**

Никитин А.Н., Ищенко А.И., Александров Л.С.

**99 МЕТОДИКА OPUR® ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ**

Никитин А.Н., Ищенко А.И., Александров Л.С.



**100 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМПЛАНОНА ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА В СРАВНЕНИИ
С МЕДРОКСИПРОГЕСТЕРОНОМ**

Петров Ю.А., Арндт И.Г.

**101 ВЛИЯНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ
НА ДИТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПОДКОЖНОГО КОНТРАЦЕПТИВА,
СОДЕРЖАЩЕГО ЭТОНОГЕСТРЕЛ**

Петров Ю.А., Арндт И.Г.

**103 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО
ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО
ПРОЛАПСА**

Пономарев В.В., Артюшков В.В.

**104 ПАРАЗИТАРНАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ
ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК
С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ**

Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В., Басова Т.А.

**106 ОЦЕНКА КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТОМ ПО ДАННЫМ
КУЛЬТУРАЛЬНОГО И СЕРОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЙ**

Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В., Басова Т.А.



**107 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Салов И.А., Аржаева И.А.

**109 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ
МИОМЭКТОМИЯ С ВРЕМЕННОЙ
ДВУСТОРОННЕЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННИХ
ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Седнев О.В., Пашов А.И., Нашемук З.Р.

**110 СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОЙ
ЖЕНЩИНЫ, СТРАДАЮЩЕЙ ОСТРЫМ
САЛЬПИНГООФОРИТОМ**

Сороченко А.А., Новикова В.А., Князева Н.А., Шахбазова В.А.

**112 ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КЛЕТОЧНО-ИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ
С АУТОЛОГИЧНЫМ КЛЕТОЧНЫМ
МАТЕРИАЛОМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА**

*Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С.,
Ищенко А.А.*

**114 ЭКСПРЕССИЯ ИНГИБИТОРА
ЦИКЛИН-ЗАВИСИМОЙ КИНАЗЫ P16INK4A
В ЭУТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ БОЛЬНЫХ
С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ
ЭНДОМЕТРИОЗОМ И БЕСПЛОДИЕМ**

Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Коган И.Ю.



**115 ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИОПАТИИ ПРИ
НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Торчинов А.М., Миронов А.В., Галачиев О.В., Османова С.Р.

**117 НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВ
И УГЛЕВОДОВ У БОЛЬНЫХ
С ГИПОЭСТРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ
АНОВУЛЯЦИИ (ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)**

*Чагай Н.Б., Кузюбердина И.В., Прохоренко-Коломойцева И.И.,
Казакова Л.М., Буняева Е.М., Фурсова Н.А.*

**118 ПАТОФИЗИОЛОГИЯ СИНДРОМА
ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ)
ПРЕДПОЛАГАЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА
РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДДМЖ)**

*Чагай Н.Б., Кузюбердина И.В., Прохоренко-Коломойцева И.И.,
Казакова Л.М., Буняева Е.М., Фурсова Н.А.*

**120 ОПЫТ РАБОТЫ СИСТЕМЫ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
У ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕЧЕБНОЙ
ГИМНАСТИКИ**

Чистякова И.А., Ипатова М.В., Козырева О.В.

**121 КЛИНИКО – БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Шатунова Е.П., Каганова М.А.



**123 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПТИВА,
СОДЕРЖАЩЕГО ДИЕНОГЕСТ, В ЛЕЧЕНИИ
ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

Шатунова Е.П., Каторкина Е.С., Дахнюк С.Е.

**124 ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК
С ГЕНИТАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Юдин С.А., Андреева М.В., Лукичева Я.Ю., Матинян Г.К., Тучина А.В.

Раздел 3

Онкогинекология

**126 ИССЛЕДОВАНИЕ
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ
ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ
ГОРМОНОТЕРАПИИ
АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ
И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИА
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Пашов А.И., Сивова Е.Н., Кириченко А.К., Вершинин И.В., Букреев А.В.

**128 УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ
РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ
ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

Шехтер М.С., Салов И.А., Елисеев А.А., Морозова В.А.



Раздел 4

Репродуктология

130 ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ КАК НОВЫЙ СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

*Александрова Н.В., Шубина Е.С., Екимов А.Н., Кулакова Е.В.,
Мукосей И.С., Кодылева Т.А., Макарова Н.П., Трофимов Д.Ю.*

131 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Боровиков И.О., Губина М.Г., Арутюнян Г.А.

133 РОЛЬ КАЧЕСТВА ЭМБРИОНОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ХЕТЧИНГА БЛАСТОЦИСТ ЧЕЛОВЕКА В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Ибрагимова Э.О.,
Макарова Н.П.*



**134 ИСХОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН
С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ**

Махмадалиева М.Р., Мюллер В.С.

**135 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ
ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН
СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Сыркашева А.Г., Андреева М.Г., Ильина Е.О., Казакова В.В.,
Долгушина Н.В., Калинина Е.А.*

**137 РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ПЕРЕНОСА ОДНОГО
ЭМБРИОНА – ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ**

Усова М.А., Тюмина О.В., Моисеева И.В., Власов Д.Н.

Раздел 5

Неонатология

**139 КОРРЕЛЯЦИЯ ФЕКАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ
С СОСТАВОМ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ
У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ**

*Богачева Н.А., Зубков В.В., Припутневич Т.В., Подуровская Ю.Л.,
Буров А.А.*



**141 СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ
НОВорожденных в КРИТИЧЕСКОМ
СОСТОЯНИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
НЕИНВАЗИВНОГО МОНИТОРИНГА**

Боронина И.В., Ошанова Л.С., Попова И.Н., Пачин Д.А.

**142 ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ
в ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
у НОворожденных с ВРОЖденной
ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ**

*Буров А.А., Никифоров Д.В., Ковалева Е.Н., Сократова Т.А.,
Подуровская Ю.Л., Пырегов А.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н.*

**143 АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ
ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ в «КРАЕВОМ
ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ» (ПЦ)**

*Данильченко И.М., Гучетль Б.Н., Дудина Л.Г., Борблик Е.В.,
Москаленко Е.А.*

**145 АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ,
РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ НАЛОЖЕНИЯ ВАКУУМ –
ЭКСТРАКТОРА**

*Данильченко И.М., Дашьян Т.М., Нестерова А.Б., Москаленко Е.А.,
Минасян Л.Г.*

**146 КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ
у НОворожденных ДЕВОЧЕК: 10-ЛЕТНИЙ
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Челак А.О., Панин А.П.,
Филиппова Е.А., Машинец Н.В., Пыков М.И., Демидов В.Н.,
Адамян Л.В.*



**148 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ
УСТОЙЧИВОСТИ К β -ЛАКТАМНЫМ
АНТИБИОТИКАМ KLEBSIELLA PNEUMONIAE,
ВЫДЕЛЕННЫХ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Дубоделов Д.В., Шубина Е.С., Гордеев А.Б., Любасовская Л.А.,
Родченко Ю.В., Припутневич Т.В., Трофимов Д.Ю.*

**149 АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

*Заикина А.Н., Данильченко И.М., Дудина Л.Г., Гриценко С.П.,
Юдина Е.В.*

**150 ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЙ
СИНДРОМ И ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА
ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ
У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Каримова Л.К., Гайнетдинова Д.Д.

**152 ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

Кириллова Е.А., Рюмина И.И.

**153 ЧАСТОТА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ,
ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

*Морозова Н.Я., Виноградова М.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л.,
Дегтярев Д.Н.*



**154 СУБКОНЪЮНКТИВАЛЬНЫЕ
КРОВОИЗЛИЯНИЯ – МАРКЕР
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС)?**

*Москаленко Е.А., Власова Е.А., Данильченко И.М.,
Буртасенкова И.Н.*

**156 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТИЗОВАННОГО
ПОДХОДА К ВСКАРМЛИВАНИЮ ГЛУБОКО
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Нароган М.В., Грошева Е.В., Рюмина И.И., Орловская И.В.

**157 ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА КОСТНОЙ
ПЛОТНОСТИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ
ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ УЗ-ДЕНСИТОМЕТРИИ**

*Нароган М.В., Шарафутдинова Д.Р., Кухарцева М.В., Дегтярев Д.Н.,
Грошева Е.В., Рюмина И.И., Крохина К.Н., Болмасова А.В.,
Ионов О.В.*

**159 РЕНТГЕНОСИМИОТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ
ДИСПЛАЗИИ**

Овсянников Д.Ю.

**161 АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО
КОНСИЛИУМА ПО ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ
РАЗВИТИЯ**

*Подуровская Ю.Л., Демидов В.Н., Гус А.И., Дорофеева Е.И.,
Буров А.А., Зарецкая Н.В., Шетикова О.В., Михайлова О.И.,
Зубков В.В., Шмаков Р.Г.*



**162 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ
И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ
ПЕРВЫХ 3 ЛЕТ ЖИЗНИ**

Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Филиппова Е.А., Албегова М.Б.

**163 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ
ПУТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Рюмина И.И., Гаврилова М.Г., Кесслер Ю.В., Зубков В.В.

**165 ПОКАЗАТЕЛИ УГЛУБЛЕННОЙ ОЦЕНКИ
КИСЛОРОДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ
С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ
В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Сократова Т.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.

**166 ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ
ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС**

*Сухих Г.Т., Силачев Д.Н., Плотников Е.Ю., Ионов О.В., Буров А.А.,
Зоров Д.Б., Зубков В.В.*

**167 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ
ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ**

Ушакова Л.В., Быкова Ю.К., Филиппова Е.А., Амирханова Д.Ю.



**169 ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
В ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ (ЦНС) У НОВОРОЖДЁННЫХ**

Юдина Е.В., Заикина А.Н., Данильченко И.М., Москаленко Е.А.

Раздел 6

**Общественное
здравоохранение
и образование**

**171 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
БЕРЕМЕННЫХ С НИКОТИНОВОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Большакова П.Н.

**172 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ:
ОЦЕНИТЬ, СОХРАНИТЬ, ПРЕУМНОЖИТЬ**

Бондаренко А.С., Мингалева Н.В.

**174 СОЦИАЛЬНЫЕ ДИСПОЗИЦИИ ВРАЧЕЙ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И ПАЦИЕНТОК
В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Бондаренко А.С., Мингалева Н.В., Катриченко У.М.



176 ПРЕДОТВРАТИМОСТЬ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ

Фролова О.Г., Гусева Е.В., Рябинкина И.Н., Гребенник Т.К.



Список авторов

Александрова Н.В., Шубина Е.С., Екимов А.Н., Кулакова Е.В., Мукосей И.С., Кодылева Т.А., Макарова Н.П., Трофимов Д.Ю.	130
Андреева М.В., Фетисова Е.С., Бычкова Н.Е.	3
Артюшков В.В., Пономарев В.В.	79
Арутюнян А.Ф., Гайдуков С.Н., Костюшов Е.В., Лунева О.М.	80
Атласов В.О., Боязитова Т.Д., Долгов Г.В., Ярославский К.В.	4
Ахмедов Ф.К., Курбонова З.Ш., Хикматова Н.И.	6
Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Курбонова З.Ш., Хикматова Н.И.	7;
Бахтина Т.П., Арзаева Н.К.	10
Бахтина Т.П., Подкаменева Т.В., Маслова Д.В.	9
Бекенбаева Ж.К., Марат А.М., Укыбасова Т.М.	12
Богачева Н.А., Зубков В.В., Припутневич Т.В., Подуровская Ю.Л., Буров А.А.	139
Большакова П.Н.	171
Бондаренко А.С., Мингалева Н.В.	172
Бондаренко А.С., Мингалева Н.В., Катриченко У.М.	174
Боровиков И.О., Губина М.Г., Арутюнян Г.А.	131
Боровиков И.О., Холина Л.А., Назаренко Е.И.	82
Боронина И.В., Ошанова Л.С., Попова И.Н., Пачин Д.А.	141
Борщева А.А., Перцева Г.М., Василега К.М., Ширейко Т.А.	13
Буров А.А., Никифоров Д.В., Ковалева Е.Н., Сократова Т.А. Подуровская Ю.Л., Пырегов А.В., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н.	142
Буштырев В.А., Чернавский В.В., Баранов А.П., Гугуева А.В., Абзианидзе К.И.	15
Буштырев В.А., Чернавский В.В., Гугуева А.В., Бордаева О.Ю., Афанасьева Г.В., Баранов А.П.	16
Ваганова Я.А., Сулова Г.А., Гайдуков С.Н.	18
Васильева Э.Н., Гунин А.Г., Денисова Т.Г., Герасимова Л.И.	19
Гайдуков С.Н., Арутюнян А.Ф., Костюшов Е.В., Лунева О.М.	83
Горюнова А.Г., Симонова М.С., Мурашко А.В.	21



Гусак Ю.К., Тарасов В.Н., Назимова С.В., Глуховец И.Б., Гусак Н.Ю.	85
Данильченко И.М., Гучетль Б.Н., Дудина Л.Г., Борблик Е.В., Москаленко Е.А.	143
Данильченко И.М., Дашьян Т.М., Нестерова А.Б., Москаленко Е.А., Минасян Л.Г.	145
Дзоз Л.С., Кравцова Н.В., Курманова А.М., Базылбекова З.О., Тохтакулинова Г.К., Жиенбаев К.Р., Бекмухамбетов Е.Ж.	22
Долгушина Н.В., Сыркашева А.Г., Романов А.Ю., Ибрагимова Э.О., Макарова Н.П.	133
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Челак А.О., Панин А.П., Филиппова Е.А., Машинец Н.В., Пыков М.И., Демидов В.Н., Адамян Л.В.	146
Дубоделов Д.В., Шубина Е.С., Гордеев А.Б., Любасовская Л.А., Родченко Ю.В., Припутневич Т.В., Трофимов Д.Ю.	148
Железова М.Е., Зефирова Т.П.	24
Зайдиева Я.З., Логутова Л.С., Никольская И.Г., Прокопенко Е.И., Ветчинникова О.Н., Горенкова О.С., Кручинина Е.В., Микерова Н.В., Крупская М.С.	25
Заикина А.Н., Данильченко И.М., Дудина Л.Г., Гриценко С.П., Юдина Е.В.	149
Зенкина З.В., Линде В.А., Друккер Н.А., Шкотова Е.О., Дурницына О.А., Григорянц А.А.	27
Зефирова Т.П., Сабиров И.Х., Железова М.Е.	28
Иванцов Н.С., Стрельникова Н.П., Аладжева Н.А.	30
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С., Кубицкая Ю.В.	87
Ихтиярова Г.А., Хасанов Х.Ш., Асланова М.Ж.	31
Карагезян К.М., Салов И.А.	88
Карахалис Л.Ю., Стебло Е.И.	32
Каримова Л.К., Гайнетдинова Д.Д.	150
Кириллова Е.А., Рюмина И.И.	152
Коваленко М.А., Кравченко Е.Н.	34
Коробкова Е.А.	90
Кубицкая Ю.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Обухова Г.С.	36
Кудаев А.Е., Крукиер И.И., Ходарева Н.К., Барсукова Л.П., Дегтярева А.С., Круглова С.В., Никашина А.А., Дурницына О.А.	37
Куприянова И.И., Петров И.А., Тихоновская О.А., Логвинов С.В.	91
Лысенко Л.В., Салов И.А.	39



Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Воронин Д.Н., Малышкина Д.А., Кирсанов Д.Н., Нагорный С.Н.	93
Малышкина А.И., Назарова А.О., Жолобов Ю.Н.	40
Мальцева Л.И., Цыплаков Д.Э., Шарипова Р.И.	94
Марат А.М., Укыбасова Т.М., Бекенбаева Ж.К.	42
Махмадалиева М.Р., Мюллер В.С.	134
Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Погосян Ш.М., Хлебкова Ю.С.	96
Морозова В.А., Салов И.А., Шехтер М.С.	43
Морозова Н.Я., Виноградова М.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.	153
Москаленко Е.А., Власова Е.А., Данильченко И.М., Буртасенкова И.Н.	154
Нароган М.В., Грошева Е.В., Рюмина И.И., Орловская И.В.	156
Нароган М.В., Шарафутдинова Д.Р., Кухарцева М.В., Дегтярев Д.Н., Грошева Е.В., Рюмина И.И., Крохина К.Н., Болмасова А.В., Ионов О.В.	157
Науменко Н.С., Белова А.В., Асцатурова О.Р., Никонов А.П.	45
Непсо Ю.Р., Пенжоян Г.А.	46
Непсо Ю.Р., Пенжоян Г.А.	48
Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Ляпин В.М., Щёголев А.И.	49
Никитин А.Н., Ищенко А.И., Александров Л.С.	97
Никитин А.Н., Ищенко А.И., Александров Л.С.	99
Новикова В.А., Каменская Г.В.	51
Новикова В.А., Пенжоян Г.А., Шаповалова О.А., Пшидаток Б., Пенжоян И.Л., Надеина С.А., Юсупова З.С.	52
Новикова С.В., Торшина З.В., Бирюкова Н.В., Рязанцева Е.В., Игнатьева М.А.	54
Овсянников Д.Ю.	159
Панова И.А., Рокотьянская Е.А., Сытова Л.А.	55
Пашов А.И., Сивова Е.Н., Кириченко А.К., Вершинин И.В., Букреев А.В.	126
Перцева Г.М., Борщева А.А., Ширейко Т.А.	57
Петров Ю.А., Арндт И.Г.	100
Петров Ю.А., Арндт И.Г.	101



Подуровская Ю.Л., Демидов В.Н., Гус А.И., Дорофеева Е.И., Буров А.А., Зарецкая Н.В., Шеткина О.В., Михайлова О.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г.	161
Пономарев В.В., Артюшков В.В.	103
Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Филиппова Е.А., Албегова М.Б.	162
Репина Н.Б., Бен Салха Мехди	58
Рюмина И.И., Гаврилова М.Г., Кесслер Ю.В., Зубков В.В.	163
Салов И.А., Аржаева И.А.	107
Салов И.А., Михайлова Ю.В., Суворова Г.С.	60
Салов И.А., Суворова Г.С., Михайлова Ю.В.	61
Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В., Басова Т.А.	104
Салов И.А., Турлупова Т.И., Паршин А.В., Басова Т.А.	106
Саркисова Л.В., Ихтиярова Г.А.	63
Саркисова Л.В., Пулатова Р.А.	64
Седнев О.В., Пашов А.И., Нашемук З.Р.	109
Сократова Т.А., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.	165
Сороченко А.А., Новикова В.А., Князева Н.А., Шахбазова В.А.	110
Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Дериш К.Ф.	66
Сударева С.А., Ефремова Е.Г., Голованова В.А., Жежа С.В.	68
Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Лյндуп А.В., Александров Л.С., Ищенко А.А.	112
Сухих Г.Т., Силачев Д.Н., Плотников Е.Ю., Ионов О.В., Буров А.А., Зоров Д.Б., Зубков В.В.	166
Сыркашева А.Г., Андреева М.Г., Ильина Е.О., Казакова В.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А.	135
Толибова Г.Х., Траль Т.Г., Коган И.Ю.	114
Торчинов А.М., Миронов А.В., Галачиев О.В., Османова С.Р.	115
Упрямова Е.Ю., Гридчик А.Л., Самко А.А., Федотова А.В.	69
Усова М.А., Тюмина О.В., Моисеева И.В., Власов Д.Н.	137
Ушакова Л.В., Быкова Ю.К., Филиппова Е.А., Амирханова Д.Ю.	167
Фролова О.Г., Гусева Е.В., Рябинкина И.Н., Гребенник Т.К.	176
Цигулева О.А., Арутюнян Н.С.	70
Чагай Н.Б., Кузюбердина И.В., Прохоренко-Коломойцева И.И., Казакова Л.М., Буняева Е.М., Фурсова Н.А.	117



Чагай Н.Б., Кузюбердина И.В., Прохоренко-Коломойцева И.И., Казакова Л.М., Буняева Е.М., Фурсова Н.А.	118
Чернобай Е.Г., Пенжоян Г.А., Скопец В.В.	72
Чистякова И.А., Ипатова М.В., Козырева О.В.	120
Шатунова Е.П., Каганова М.А.	121
Шатунова Е.П., Каторкина Е.С., Дахнюк С.Е.	123
Шехтер М.С., Салов И.А., Елисеев А.А., Морозова В.А.	128
Шкотова Е.О., Линде В.А., Друккер Н.А., Зенкина З.В., Дурницына О.А., Григорянц А.А.	74
Шнейдерман М.Г.	75
Юдина Е.В., Заикина А.Н., Данильченко И.М., Москаленко Е.А.	169
Юдин С.А., Андреева М.В., Лукичева Я.Ю., Матинян Г.К., Тучина А.В.	124
Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.	77



Благодарность Спонсорам

Генеральный Спонсор



Главные Спонсоры



Спонсоры



Спонсор регистрации



ИЗОПРИНОЗИН Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. Торговое наименование препарата: **ИЗОПРИНОЗИН** Международное непатентованное или группировочное наименование: **Изопренонозин** Фармакотерапевтическая группа: **Антигистаминные препараты** Показания к применению: **Аллергические заболевания** Противопоказания: **Беременность, период лактации, детский возраст до 3 лет** Побочные действия: **Сонливость, головная боль, сухость во рту, запоры, тошнота, рвота, диарея, кожная сыпь, зуд, крапивница, ангионевротический отек, тахикардия, повышение артериального давления, снижение артериального давления, гипотензия, головокружение, слабость, боль в суставах, обострение подагры. Срок годности: 5 лет. Условия отпуска: по рецепту. Рег. номер: П N015167/01 от 18.09.2008. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции к препарату.**



ПАЦИЕНТКИ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ!

Полный курс **Изопринозина** помогает избавиться от вируса папилломы человека и осложнений ПВИ.*^{1,2}

ИЗОПРИНОЗИН. ЗАВЕРШЕННЫЙ ОБРАЗ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ

**ДОВОДИТЕ
ДО КОНЦА!**

1. Женская консультация. 2014; 03: 22. 2. А.А.Хрянин. Consilium Medicum. 2015; 06: 61–66.

* Снижает риск развития и рецидива дисплазии шейки матки и риск малигнизации патологического процесса

За дополнительной информацией обращаться: Общество с ограниченной ответственностью «Тева»
Россия, 119049, Москва, ул. Валуева, д. 35 | Тел. +7.495.6442234 | Факс +7.495.6442235/36 | www.teva.ru
ISPR-RU-00180-DOK-PHARM-14022018 реклама