Москва
4–7 апреля 2016

Всероссийский конгресс
с международным участием

Амбулаторно-поликлиническая практика: диагностика, лечение, профилактика

Сборник тезисов

Всероссийский конгресс с международным участием
«Амбулаторно-поликлиническая практика: диагностика, лечение, профилактика»
Сборник тезисов
М., 2016– 212с.

Министерство Здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Российское общество акушеров-гинекологов

Российское общество по контрацепции

Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

Под редакцией:

академика РАН Г.Т. Сухих

профессора В.Н. Прилепской

Составитель сборника к.м.н. Цаллагова Е.В.

Предназначен для акушеров-гинекологов, онкогинекологов, иммунологов, педиаторов, инфекционистов, врачей общего профиля и др.

ISBN 978-5-906484-16-1
©«МЕДИ Экспо», 2016

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФОНА МАТЕРИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ИСХОД РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА

Албутова М.Л., Богомолова И.А., Михеенко А.А., Андреева Г.Е., Григорьева Н.В.

г. Ульяновск
ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), представляют в настоящее время актуальную медицинскую и социальную проблему. По данным ВОЗ, в мире ежегодно ИППП заболевают 250 млн человек, а количество уже инфицированных превышает 1 млрд.

Одним из аспектов, обусловливающих высокую значимость ИППП, является их влияние на течение беременности, ее исходы и состояние здоровья новорожденного.

Infections, transmissible sexual a way (IPPP), present the medical and social issue of the day presently. From data there is CARTFUL, in the world annual IPPP fall ill 250 million persons, and amount already infected exceeds a 1 milliard One of aspects, stipulating high meaningfulness of IPPP, there is their influence on the flow of pregnancy, its ends and state of health of new-born.

Введение. В настоящее время проблема распространенности хронических ИППП среди беременных является очень острой. Носителями вируса герпеса являются 70% населения, ЦМВ – 80%, высока заболеваемость кандидозом, хламидиозом, токсоплазмозом. Часто ИППП протекают бессимптомно и выявляются при плановом обследовании во время беременности.

Целью работы явилось изучение влияния инфекционного фона матери на течение беременности, исход родов и состояние плода.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 60 историй родов обсервационного отделения №1 за 2015 год.

Результаты. Большинство женщин были в возрасте 18–28 лет и составили 58%, средний возраст обследованных составил 26,9 лет. У 92% женщин роды закончились в срок, преждевременные роды составили 8%. Из анамнеза у 50% женщин беременность закончилась родами, у 18% медицинскими абортами, у 16% выкидыши, у 14% замершей беременностью. Среди перенесенных заболеваний в анамнезе были ОРВИ и составили 98,0%. Из гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания: кольпиты-52,0%, эрозия шейки матки 34%, аднекситы 12%. В структуре ИППП на первом месте были ЦМВ и ВПГ и составили 56%, 54%, кандидоз в 20%, хламидиоз 18,0%, токсоплазмоз 12%. При бактериологическом исследовании содержимое из влагалища преобладали возбудители кандиды 20,%, 14% гемолитический стафилококк, при бактериоскопическом исследовании маз-

ков выявлена смешанная и кокковая флора. Течение родов осложнилось: раннее излитие околоплодных вод – 26%, преждевременное излитие вод – 20%, дискоординация родовой деятельности 12%, травмы мягких тканей родовых путей – 6%, из них разрывы шейки матки 4%, влагалища 2%. Среди оперативных вмешательств у 42% женщин была произведена амниотомия, у половины женщин 50% с целью обезболивания родов использовалась эпидуральная анестезия. У первородящих и повторнородящих быстрые роды составили 12%, остальные роды нормальные и составили 88%. Самостоятельно роды закончились 72% случав, 28% случаев операцией кесарево сечение, показаниями к операции явились ПОНРП – 22%, клинически узкий таз 17%, несостоятельный рубец на матке – 13%, в остальных случаев по сочетанным показаниям. Послеродовый период осложнился гематометрой матки у 10%, среди них у 8% женщин произведена вакуум-аспирация полости матки. В большинстве случаев дети родились без асфиксии и составили 96%, 4% детей родились в асфиксии легкой степени. В 90% случаев дети имели вес с 2500 до 4000 кг, недоношенные дети составили 2%. Большинство детей в 90% случаев на 4–5 сутки выписаны домой, а в 10% случаев (5 детей) переведены в отделение патологии новорожденных с диагнозом: внутриутробная пневмония, дыхательная недостаточность III степени, ИВЛ, морфофункциональная незрелость; гипоксическое поражение ЦНС II степени, синдром угнетения; конъюгационная желтуха; неонатальная желтуха, гипертрофическая кардиопатия; кефалогематома.

Выводы. В анамнезе большой процент женщин имели выкидыши (16%) и замершие беременности (14%). Высокий процент экстрагенитальных заболеваний, в первую очередь мочевыводящей системы (16%). В структуре ИППП на первом месте были ЦМВ и ВПГ и составили 56%, 54%, кандидоз в 20%, хламидиоз 18,0%, токсоплазмоз 12%. В бакпосеве преобладали Candida albicans (20%), Staphylococcus haemolyticus (14%), Staphylococcus aureus (8%). Гестационный пиелонефрит наблюдался в 6%, угроза прерывания беременности – 38%, многоводие – 8%, раннее и преждевременное излитие ОПВ – 46%. Очень часто (86%) развивалась ХФПН, и как следствие, хронической внутриутробной гипоксии плода.

Заключение. Следовательно, наличие инфекционного фона матери неблагоприятно влияет на течение беременности, на исход родов и состояние плода. Поэтому необходимо выявление и лечение хронических инфекций до наступления беременности.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Албутова М.Л., Трубникова Л.И., Аспатурян А.Р., Идрисова Г.Ш., Кобякова З.И.

г. Ульяновск
ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет

HIV infection – chronic infectious disease: caused by the human immunodeficiency virus (HIV) and is characterized by impairment of the immune system, leading to the development of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and death of the patient.

Вич-инфекция – хроническая инфекционная болезнь: вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и характеризуется поражением иммунной системы, приводящим к развитию синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД) и смерти больного.

На данный момент в мире уже более 50 млн. человек инфицированы ВИЧ или больны СПИДом. Ежегодно в мире умирают более 2 млн. ВИЧ-инфицированных и примерно столько же появляется новых заряженных.

Целью работы явилось изучение особенности течения беременности и родов у ВИЧ- инфицированных женщин.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 69 историй родов женщин, родивших в обсервационном отделении №2 МУЗ ГБ №1 за 2015 год.

Результаты. Среди исследуемых основную часть составляли женщины в возрасте от 25 до 39 лет (41%). Средний возраст составил 23,5 лет.

Характерно, что основным путем передачи ВИЧ-инфекции явился половой путь (90%). В (59%) случаев ВИЧ-инфицированны были оба половых партнера, о чем беременные были осведомлены до наступления данной беременности. Все беременные были в латентной стадии ВИЧ-инфекции, хотя только 38,5%женщин были инфицированы в период от 1 до 5 лет, длительность заболевания у остальных беременных давность заболевания была большей.

Среди экстрагенитальных заболеваний преобладали ожирение (20%), миопия (12%), патология щитовидной железы (10%), 33% женщин в анамнезе указывали на эррозию шейки матки, 8% на воспаление придатков матки, кольпиты неспецифической этиологии составили 46%. При ПЦР обследовании было показано наличие сопутствующей вирусной инфекции у преимущественного числа беременных – цитомегаловирус выявлен у 35% женщин, вирус простого герпеса – у 28% женщин.

Среди осложнений беременности ХФПН – 29%: из них 5% Хр. в/у гипоксия плода, 19% многоводие, 13% – СЗРП, гестоз (преэклампсия) – 23%., анемия – 25%.

В настоящее время вакцины, способной предотвратить заражение ВИЧ и лекарства, способного уничтожить ВИЧ в организме, не существует.

Нашим пациенткам во время беременности и родов назначали антиретровирусную терапию с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ. Эти препараты обладают высокой способностью проникать через плацентарный барьер и высокой биодоступностью, они безопасны для женщины, плода и новорожденного: зидовудин, фосфазид, ламивудин, невирапин, саквинавир, ритонавир, ставудин.

Течение родов осложнилось преждевременными (46%) и ранним 10% излитием околоплодных вод. У 82% женщин были самостоятельные роды, у 18% произвели кесарево сечение, показаниями к операции явились дискоординированная родовая деятельность, несостоятельный рубец на матке, поперечное положение первого плода при двойне. У 92% женщин роды завершились в срок, преждевременные роды составили 8,%. Послеродовый период осложнился анемией у 59% родильниц, гематометра отмечена у 5%, этим женщинам произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки. У 3% детей диагностирована асфиксия легкой степени, недоношенные дети составили 13%. Всем новорожденным с 8 часов жизни во внутрь назначался сироп Ретровир каждые 6 часов в течение 6 недель с целью профилактики ВИЧ-инфекции. В 97% случаев все дети находились на искусственном вскармливании, только в 3% случаев естественное вскармливание. Большинство детей (35) на 4–5 сутки выписаны домой, а 4 детей переведены в отделение патологии новорожденных с диагнозом: недоношенность – 13%, внутриутробная пневмония, инфицирование – 5%, гипотрофия плода – 2,5%.

Выводы. Таким образом, профилактика вертикальной передачи ВИЧ, ранние выявления, лечение инфекций, вирусных гепатитов, и ИППП является одним из слагаемых предупреждения внутриутробной патологии у детей, рожденных женщинами с ВИЧ – инфекцией.

Заключение. Во время беременности, родов и в послеродовом периоде требуются консультирование и поддержка по вскармливанию новорожденных детей, направленные на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН

Алимбарова Л.М.[1], Лазаренко А.А.[1], Баринский И.Ф.[1], Махмудов Ф.Р.[2]

Москва
1 ФГБУ «Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, МЗ РФ, Москва, Россия,
2 Азербайджанский медицинститут

Проведена оценка эффективности сочетанного применения противогерпетической вакцины Витагерпавак и индуктора интерферона Гиаферон у 84 женщин с рецидивирующим генитальным герпесом, позволяющая рекомендовать ее включение в комплекс мероприятий по реабилитации женщин репродуктивного возраста с урогенитальной патологией.

The efficacy of combined use of antiherpetic Vitagerpavak vaccine and interferon inducer Giaferon in 84 women with recurrent genital herpes, allow us to recommend its inclusion in a set of measures for the rehabilitation of women of reproductive age with urogenital pathology.

Генитальный герпес (ГГ) является серьезной медико-социальной проблемой, характеризуется полиморфной клинической картиной, сопровождается развитием осложнений, приводящих к нарушению функционирования репродуктивной системы. В настоящее время отмечается рост сочетанных форм ГГ с синдромом вторичной иммунной недостаточности, которые способствуют не только более тяжелому течению заболевания, но и формированию торпидности к традиционной терапии. Цель данного исследования – оценка клинико-лабораторной эффективности сочетанного применения противогерпетической вакцины (Витагерпавак) и индуктора интерферона (Гиаферон) у женщин с рецидивирующим ГГ. Материал и методы. Проведено обследование 84 пациенток в возрасте 24–42 лет с различными клиническими формами, длительностью и тяжестью течения ГГ, с лабораторными признаками комбинированного иммуноде-фицита. Для уточнения диагноза всем женщинам проводилось комплексное обследо-вание, которое включало: клинико-анамнестическое обследование, выделение и идеен-тификацию инфекционного агента из клинического материала, определение маркеров клеточного и гуморального иммунитета, выявление специфических антител к ВПГ в сыворотке крови методом ИФА с использованием наборов «Novatek» (Германия). Все пациентки были разделены на три группы: больным первой группы (28 человек) проводилась стандартная терапия ацикловиром; больным второй группы (28 человек) назначали вакцину Витагерпавак; больным третьей группы (28 человек) назначали патогенетическое лечение с включением вакцины и Гиаферона. Достоверных отличий в группах по основным характеристикам (возраст, гинекологический и акушерский анамнез, соматический статус и др.) не выявлено ($p>0,05$). Серологический анализ показал сходные показатели инфицированности ВПГ –1, –2 в исследуемых группах больных. Пациенты получали вакцину, согласно инструкции по применению, в периоде ремиссии, не ранее 5 дней после последнего рецидива. Курс вакцинотерапии составил 5 внутрикожных инъекций, которые проводили с интервалом в 7–10 дней. При сочетанном введении Гиаферон вводили по 1 суппозиторию 2 раза в день в течение 10 дней; первую инъекцию вакцины вводили на 8-е сутки терапии Гиафероном. Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом динамики субъективных жалоб, клинической картины и лабораторных критериев через 2 недели, через 3 и 6 месяцев после окончания лечения с целью оценки возможности рецидивирования. Результаты: эффективность лечения в 1 группе составила – 83,4%, во второй группе –

68%, в третьей группе – 91%. Сочетанная терапия не сопровождалась развитием поствакцинальных и аллергических реакций, осложнений. У больных всех групп до лечения содержание лимфоцитов с фенотипом CD3+,CD4+, значение иммунорегуляторного индекса (ИИ) было сниженным, а значение CD8± повышенным. Установлено, что на фоне монотерапии ацикловиром показатели клеточного иммунитета существенно не изменялись, в то время как при комплексной терапии было выявлено достоверное повышение параметров CD3+,CD4+, ИИ (CD3±39,5% vs 60,2%; CD4+ vs 43,5%, ИИ -1,06 vs 1,44 ед., ($p<0,05$)), и снижение показателей CD8+, что свидетельствовало об изменении направленности иммунного ответа с Th2-типа на Th1-тип. Полученные данные позволяют рекомендовать применение комбинированной терапии в комплексе мероприятий по реабилитации женщин репродуктивного возраста с рецидивирующим ГГ.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОМИОЗА В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ

Андреева М.В., Смолова Н.В., Матинян Г.К., Лукичева Я.Ю., Тучина А.В.

Волгоград
ВолгГМУ

Оценена динамика развития аденомиоза в сочетании с миомой матки под действием таргентных средств. В течение 6 месяцев пациентки с данной патологией принимали Индинол Форто и Эпигаллат. Результаты исследования выявили характерные качественные и количественные изменения со стороны матки, указывающие на положительный эффект при лечении этими препаратами.

We attempted to assess the dynamics of the development of adenomyosis accompanied by uterine myoma in patients receiving target therapy. After 6 months of therapy with Indinol Forto and Epigallat the patients with these diseases showed qualitative and quantitative changes in the uterus, indicating positive effects of the study drugs.

Высокая частота сочетания (до 85%) аденомиоза с миомой матки, проблемы при выборе метода лечения требуют нового патогенетического подхода к их терапии.

Цель работы: оценить эффективность лечения аденомиоза в сочетании с миомой матки препаратами Индинол Форто (индол-3-карбинол) и Эпигаллат (эпигаллокатехин-3-галлат).

Обследованы 82 пациентки с указанной патологией репродуктивного и перименопаузального возраста с отказом от гормональной терапии, без показаний к оперативному лечению. 58,5% пациенток имели узлы субсерозной локализации, 41,5% – интрамуральной. Средний диаметр узлов составил 1,95±0,32 см. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование согласно приказу МЗ РФ № 572н. Оценку степени тяжести болевого синдрома определяли по шкале ВАШ.

Все пациентки ежедневно принимали Индинол Форто по 1 капсуле 2 раза в день и Эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день в течение 6 месяцев. На основании комплексного обследования в течение полугода проводился контроль эффективности лечения.

У всех пациенток до лечения выявлены различные нарушения менструального цикла с преобладанием дисменореи (89,4%) и гиперполименореи (57,1%). 26,1% женщин страдали диспареунией. Выраженность болевого синдрома до лечения составила, в среднем, 6,4±0,2 балла. Увеличение толщины стенки матки обнаружено у 36,8% больных, увеличение объема матки – у 80,5%. По данным УЗИ, средний размер задней стенки матки на 5–7 день менструального цикла составил 21,33±1,2 мм, средний объем матки – 145,7±6,1 см^3.

После 6 месяцев терапии у 57,9% женщин произошло восстановление нормального ритма менструального цикла, уменьшение количества теряемой крови и длительности менструаций. Частота дисменореи снизилась до 36,8%. Диспареуния исчезла полностью. Выраженность болевого синдрома, в среднем, составила 1,92±0,29 балла. Патологическая симптоматика отсутствовала у 57,3% пациенток.

Отмечено уменьшение объема матки и толщины ее задней стенки у 83,2% и 91,7% больных соответственно. После курса лечения, по данным УЗИ, средний размер задней стенки матки не превышал 14,15±0,63 мм, средний объем матки составил 89,1±5,2 см^3 ($p<0,05$). Регресс эндометриоидных гетеротопий выявлен в 68,9 % случаев.

Выводы. Применение Индинола Форто и Эпигаллата в терапии пациенток с аденомиозом в сочетании с миомой матки показало их высокую лечебную эффективность. Главным условием успешного применения таргентных средств является безопасность и отсутствие побочных эффектов при их длительном использовании, что мы и получили в ходе нашей работы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ, ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ

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

Волгоград
Волгоградский государственный медицинский университет

Резюме. Представлены данные о характере генитальных инфекций и их распространенности среди беременных, городских жительниц юга России. Установлен высокий уровень этих заболеваний, осложняющих течение беременности у жительниц данного региона. Следовательно, необходимо своевременное выявление и лечение генитальных инфекций с целью предотвращения их негативного влияния на репродуктивное здоровье женского населения.

The article presents data on the types of genital infections and their prevalence among pregnant women residing in southern Russia. High levels of genital infections, which complicate the course of pregnancy in women residing in this area, have been found. We conclude that a timely diagnosis followed by an appropriate treatment is required to prevent negative effects of genital infections on the reproductive health of women.

Широкое распространение генитальных инфекций (ГИ) среди женского населения, негативное влияние их на способность к зачатию, течение беременности, родов, послеродового периода, а также на плод и новорожденного определяют значимость данной патологии.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости и характер генитальных инфекций 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. Результаты. Проведенное исследование показало, что среди опрошенных женщин нарушения менструального цикла в анамнезе встречались в 21,3% случаев. В структуре нарушений преобладали дисменорея (83,1%), олигоменорея (34,7%), гиперполименорея (27,6%). В анамнезе у 83,1% беременных наблюдались заболевания гениталий воспалительного характера. Среди них выявлены: хронический вульвовагинит различной этиологии (в 92,1% случаев), хронический сальпингоофорит (37,3%), хронический эндометрит (35,6%), спаечная болезнь органов малого таза (35,3%). При этом 83,9% беременных с ГИ ранее перенесли острый эндометрит. Установлено, что неразвивающаяся беременность чаще выявлялась у женщин с ГИ в анамнезе. Необходимо отметить, что у 29,6% пациенток неразвивающаяся беременность наблю-

далась неоднократно. Спонтанные аборты в ранние сроки беременности в анамнезе чаще происходили у женщин с ГИ (25,4%). Преждевременные роды имели место у 16,1% женщин с ГИ. Обследование больных с потерями беременности в анамнезе на наличие ГИ показало, что у большинства из них (69,5%) выявлены различные виды ГИ. Наиболее часто обнаруживались вирусные инфекции такие, как цитомегаловирус – ЦМВ (61,3%), вирусы простого герпеса обоих типов (11,2% и 14,4%), а также уреаплазменнная инфекция (28,6%), генитальный кандидоз (14,4%), хламидиоз (7,9%), Необходимо отметить, что у 56,1% пациенток была выявлена микст-инфекция, т.е. сочетание нескольких возбудителей ГИ (ЦМВ с трихомонадами; ЦМВ с уреаплазмой; ЦМВ с хламидиями, микоплазмой, уреаплазмой, вирусом генитального герпеса и т.д.).

Заключение. Выявлена высокая распространенность ГИ, в основном, смешанного характера, среди беременных, городских жительниц юга России. Установлено их негативное влияние на течение гестации, проявившееся в высокой частоте невынашивания беременности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНОНА И МЕДРОПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Арндт И.Г., Петров Ю.А.

Ростов-на-Дону
Ростовский Государственный Медицинский Университет

Проведена оценка терапевтической эффективности Импланона в сравнении с медроксипрогестероном (Депо-Провера) при лечении эндометриоза после оперативного лечения у 20 пациенток с гистологически доказанным эндометриозом. На основании проведенного исследования выбран наиболее приемлемый препарат.

Assessed the therapeutic efficacy of Implanon in comparison with medroxyprogesterone (Depo-provera) in the treatment of endometriosis after surgical treatment in 20 patients with histologically proven endometriosis. On the basis of the conducted research selected the most appropriate drug.

Проблема эндометриоза остается актуальной, потому что данное заболевание занимает 3-место в структуре гинекологических заболеваний, уступая лишь воспалительным процессам и миомам матки. Обычно лечение эндометриоза состоит из двух этапов. На первом этапе проводят хирургическое лечение, позволяющие точно установить диагноз, степень распространения процесса и репродуктивные перспективы. На втором этапе в послеопера-

ционном периоде часто назначают антигонадотропины и агонисты ГнРГ 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 исследования: оценить терапевтическую эффективность Импланона в сравнении с медроксипрогестероном (Депо-Провера) при лечении эндомертиоза после оперативного лечения.

В исследовании участвовало 20 женщин с гистологически доказанным эндометриозом после оперативного лечения. Возраст женщин был от 25 до 39 лет. Женщины были поделены на 2 группы (по 10 человек в каждой). I группа получала в послеоперационном периоде медроксипрогестерон на протяжении 6 месяцев по 50 мг 1 раз в неделю, женщинам II группы 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 6,7±0,1).

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 3,9±0,3, во второй средний бал 3,8±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.

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.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОДКОЖНОГО ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА

Арндт И.Г., Петров Ю.А.

Ростов-на-Дону
Ростовский Государственный Медицинский Университет

Проведено сравнение характера кровянистых выделений, побочных эффектов и уровня удовлетворенности между женщинами в послеродовом периоде и у женщин репродуктивного периода (отсутствие беременности в течение последних 2-х лет и более), применявшие в качестве контрацепции Импланон НКСТ.

In the work the comparison of the character of vaginal bleeding, side effects and level of satisfaction between women in the postpartum period and in women of reproductive period (no pregnancy within the last 2 years or more) used as a contraceptive Implanon.

Всем чистопрегестагенным контрацептивам свойственны нерегулярные кровянистые выделения. Патогенез обусловлен изменением эндометрия: уменьшением количества эстрогенных рецепторов, нарушением активности матриксных металлопротеаз, сосудистого эндотелиального фактора ангиогенеза. Прогестагены оказывают спазмолитическое и антикоагулянтное действие, что приводит к вазодилатации спиральных артерий и ухудшению процесса тромбообразования.

Цель исследования: сравнить характер кровянистых выделений, побочные эффекты и уровень удовлетворенности у пациенток в послеродовом периоде и у женщин репродуктивного возраста (отсутствие беременности в течение последних 2-х лет и более), применявшие в качестве контрацепции Импланон НКСТ.

Проспективное исследование было проведено у 57 женщин, которые были поделены на 2 группы. В I группу вошло 32 женщины, которые в послеродовом периоде на 28 день после родов установили Импланон НКСТ. Во вторую группу вошло 25 женщин, которые также установили Импланон НКСТ (на второй день менструального цикла), но у них отсутствовала беременность в течение последних 2-х лет и более. Результаты исследования оценивались через 6 месяцев от даты установки имплантата.

Средний возраст для I группы составил 31,2 и для II группы был 33,6. Между этими двумя группами не было различия в индексе массы тела и паритете. Большинство из двух групп раннее использовали оральные контрацептивы, как предыдущий метод контрацепции (в I группе 28 (87,5%), во II группе 23 (92%)).

Характер кровянистых выделений у I группы: нарушение менструального цикла по типу аменореи – 3 (9,3%); нарушение менструального цикла по типу полименореи – 2 (6,25%); нерегулярный менструальный цикл (с задерж-

ками) – 2 (6,25%); нарушение менструального цикла по типу метроррагии – 1 (3,125%).

Характер кровянистых выделений у II группы: нарушение менструального цикла по типу аменореи – 2 (8,0%); нарушение менструального цикла по типу полименореи – 1 (6,25%); нерегулярный менструальный цикл (с задержками) – 2 (4%); нарушений менструального цикла по типу метроррагии не выявлено.

Побочные эффекты в I группе: нагрубание молочных желез (не установлено), увеличение массы тела 3 (9,3%), головная боль 1 (3,125%).

Побочные эффекты в II группе: нагрубание молочных желез 1 (4%), увеличение массы тела 2 (8%), головная боль 3 (12%).

Несмотря на побочные эффекты, большинство женщин обеих групп устраивает этот метод контрацепции: в I группе 30 (93,75%), во II группе 22 (88%).

Таким образом, Импланон НКСТ является высокоэффективным длительным обратимым методом гормональной контрацепции. Нарушения менструальной функции были более выражены в I группе, а побочные эффекты во второй группе. Общая удовлетворенность была высокой среди всех исследуемых.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БЕЗВОДНОГО ПЕРИОДА НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ,ОСЛОЖНЕННЫМИ ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Артымук Н.В., Елизарова Н.Н.

Кемерово
ГБУЗ КЕМГМА, кафедра акушерства и гинекологии №2

Вопрос о безопасной продолжительности безводного периода (БП) для матери и плода при дородовом излитием околоплодных вод (ДИОВ) представляет научно-практический интерес. Было проведено исследование исходов недоношенной беременности у женщин Кемеровской области с ДИОВ в зависимости от продолжительности БП. В ходе исследования показаны осложнения беременности, родов и новорожденных в зависимости от длительности БП.

The question of the safe length of the latency period for neonates born by women with premature rupture of membranes is of a certain scientific and

practical value. Retrospective cohort study of outcomes of preterm pregnancies complicated by premature rupture of membranes depending on the duration of the latency period was conducted in Kemerovo region. During our study we tried to estimate complications of preterm pregnancies, preterm deliveries and the state of neonates in connection with the length of the latency period.

Цель исследования: оценить исходы недоношенной беременности у женщин с ДИОВ в зависимости от продолжительности БП.

Методы исследования: Проведено ретроспективное аналитическое исследование 117 женщин. Критерии включения: одноплодная спонтанная беременность, ДИОВ в сроке 24–36 недель. Критерии исключения: срок беременности 37 недель и более, многоплодие, беременность после ЭКО, тяжелая преэклампсия, тяжелые экстрагенитальные заболевания (СД, ХПН, ХСН, гипертиреоз).

Женщины были разделены на три группы, в зависимости от длительности БП: I группу составили 19 женщин с продолжительностью безводного периода (БП) до 2 суток; II группу – 55 женщин с БП от 2 до 7суток; III группу – 43 женщины с БП 7 суток и более. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета прикладных программ Statistica v.6.

Результаты исследования: Дискоординация родовой деятельности в группах встречалась: I – в 5,3%, во II – в 14,6% и в III – 23,3% (p I–II = 0,89; p II–III = 0,37; pI–III =0,049). Частота кесарева сечения составляла: 10,5%; 15,1%; 30,2% в группах соответственно (p I–II = 0,075; p II–III = 0,037; p I–III = 0,049). Частота хориоамнионита в I группе – 10,5%; во II группе – 5,5% и в III группе – 18,6% (p I–II = 0,079; p II–III = 0,049; p I–III = 0,089). Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 минуте статистически значимо между группами не различалась. На 5-й минуте оценка новорожденных по шкале Апгар составила в I группе – 6,83±0,9; во II группе – 7,63±0,1; в III группе – 6,5±0,3 (p I–II = 0,69; p II–III = 0,039; p I–III = 0,97). Частота реализации внутриутробной инфекции в раннем неонатальном периоде составляла: 41,1%; 40% и 58,9% в группах соответственно (p I–II = 0,79; p II–III = 0,039; p I–III = 0,049).

Выводы: женщины с ДИОВ при недоношенной беременности и БП более 7 суток относительно женщин с меньшей продолжительностью БП характеризовались более высокой частотой оперативных родов, реализации внутриутробной инфекции у новорожденных. Таким образом, подход к выбору продолжительности пролонгирования беременности при ДИОВ и недоношенной беременности должен быть индивидуальным, однако его увеличение более 7 суток должно быть строго обоснованным и проводиться под четких контролем.

СЛУЧАЙНАЯ НАХОДКА: СЕРОЗНАЯ ТРУБНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА У ПАЦИЕНТКИ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ЛЕЙОМИОМЫ ТЕЛА МАТКИ

Асатурова А.В., Ежова Л.С., Файзуллина Н.М, Андреев А.И., Могиревская О.А., Шамаракова М.В., Иванова Н.В., Азиев О.В., Щербакова Л.Н., Пороховой В.О.

ФГБУ НЦАГиП им.В.И. Кулакова, ГБУЗ ЦПСиР ДЗ г. Москвы

Представлено клиническое наблюдение пациентки с миомой матки, у которой обнаружены серозная трубная интраэпителиальная карцинома (СТИК) слева и микроскопические очаги серозной опухоли, прилежащие к поверхности правых придатков матки при отсутствии признаков инвазивного роста, с высокими уровнями экспрессии ki-67 и p53. Вероятно, выявленные особенности характеризуют начальный этап развития серозного рака, источником которого послужила СТИК.

The investigation is a case report. We present a patient who has the hysterectomy done due to uterine fibroid. Occasionally, serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) was reveled in the left fallopian tube and microscopic focuses of serous carcinoma were revealed on the surface of the right ovary and right fallopian tube without invasive growth. The epithelium of STIC was examined with p53 and Ki-67 to prove the diagnosis. We supposed that this case demonstrates the early stage of serous carcinoma with STIC as a site of origin.

Серозная трубная интраэпителиальная карцинома (англ. Serous tubal intraepithelial carcinoma STIC) является относительно редкой опухолью. До недавнего времени, низкая частота STIC коррелировала с формальным подходом к исследованию маточных труб при различных поражениях женской репродуктивной системы, направленном исключительно на констатацию их наличия. Однако, в результате многочисленных исследований, посвящённых канцерогенезу яичников, было установлено, что STIC предшествует серозной карциноме яичников: при имплантации на поверхность яичника ранее отделившихся от STIC атипических клеток происходит активация стромальных овариальных клеток и повышение секреции ими уровня стероидных гормонов, которые в свою очередь способствуют прогрессированию опухолевого роста. В связи с этим, серозная карцинома яичников прогрессирует быстрее, чем STIC. По данным ряда авторов, STIC диагностирована у 50–60 % пациенток с серозным раком яичника и у 10–15% женщин с BRCA1 и BRCA2 мутациями, подвергшихся профилактической аднексэктомии, без патологических изменений яичника. Вместе с тем, STIC изредка обнаруживается у пациенток с доброкачественной гинекологической патологией.

Вниманию представляется клиническое наблюдение пациентки 50 лет с лейомиомой матки. При морфологическом исследовании маточных труб и правого яичника в фимбриальном отделе левой маточной трубы диагностирован участок серозной интраэпителиальной карциномы, состоящий из увеличенных полиморфных клеток с гиперхромными ядрами, с глыбчатым ядерным хроматином, с увеличенным ядерно-цитоплазматическим соотношением, псевдомногорядностью эпителия, потерей полярности, отсутствием ресничек на поверхности клеток, повышенной митотической активностью. Также обнаружено до пяти микроскопических очагов серозной карциномы, окружённых фибробластоподобной стромой и прилежащих к поверхности правого яичника и правой маточной трубы при отсутствии признаков инвазии. Образцы левой маточной трубы и правого яичника с очагами опухоли были подвергнуты иммуногистохимическому исследованию с использованием моноклональных антител к p53 (clone D07, Dako Denmark) и к Ki-67 (clone MIB-1, Dako, Denmark). В препарате фимбрий левой маточной трубы в участке карциномы выраженное окрашивание p53 отмечалось в более 75% атипических клеток, высокая экспрессия ki-67. В образцах очага опухоли на «поверхности» правого яичника выявлено более 50% позитивных в отношении p53 и ki-67 клеток.

Высокий уровень экспрессии ki-67 и особенно интенсивное диффузное распределение экспрессии p53, свидетельствующее о наличие мутации в гене TP53, свойственной 95% серозных карцином высокой степени злокачественности опухолей, по-видимому, указывает на единое происхождение STIC и фрагментов опухоли, расположенной на «поверхности» яичника и правой маточной трубы. STIC, вероятно, послужила источником вышеописанных мелких очагов серозной карциномы, которые, прикрепившись к яичнику и маточной трубе, впоследствии прогрессировали в серозную карциному яичников или первичную серозную перитонеальную карциному. Последняя является редкой злокачественной опухолью брюшной полости, имеющей сходство с серозной карциномой яичников и также нередко ассоциирована с STIC.

Таким образом, тщательное морфологическое исследование маточных труб позволило выявить сопутствующую STIC и серозную карциному яичников или серозную перитонеальную карциному на доклинической стадии.

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бабаева Э.И., Вартанян С.Л., Духин А.О., Арютин Д.Г.

Москва
ГКБ 29

Эндометриоз по праву можно считать эпидемией 21 века, охватившей все слои женского населения.В марте 2013 Всемирное общество по эндометриозу приняло первый Глобальный консенсус по ведению женщин с этим заболеванием. Но до настоящего времени достоверно не изучена связь боли с тяжестью заболевания и характерологической особенностью пациента.

Endometriosis can rightly be considered the epidemic of the 21st century, swept all sectors of the female population. In march 2013 The WES published the first ever consensus on the management of endometriosis. But at present time there is no adequate pain assessment and its association with stage of disease.

В современном мире эндометриоз – это эпидемия, охватившая около 176 млн представительниц женского пола, начиная с подроскового возраста, независимо от рассовой принадлежности или социально экономического статуса.

Статистика эндометриоза неумолима: распространенность заболевания в мире составляет 2–5%;его обнаруживают у 20–40% женщин из бесплодных пар и у 52% пациенток с хронической тазовой болью.

Среди множества исследований нет достоверной оценки боли , ее связи со степенью тяжести заболевания и характерологических особенностей пациентов что дает основание для дальнейших исследований в этой области.

Цель исследования: Комплексная оценка репродуктивного здоровья пациенток с наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения.

Материалы и методы: За период с 2014–2015 г.г., контингент пациенток состоял из 75 женщин репродуктивного возраста(составил 30+1,5 года) с оперативным лечением по поводу распространенных форм наружного генитального, без тяжелых соматических заболеваний .У 48 (64%) пациентки были отмечены III–IV ст. распространения. Перед проведением оперативного лечения проводилась:

1. Определение антропометрических показателей (индекс массы тела, индекс Соловьева, измерение Калипером , размеры таза).

2. Оценка боли с помощью шкал(с помощью Визуальной аналоговой шкалы интенсивности боли и болевого опросника Мак-Гилла (Mac-Gill))

3. Анализ психоэмоционального статуса

Результаты и заключение: В ходе поведенного исследования антропометрические показатели имели тенденцию к астеническому типу телосложения, ИМТ у 28 (37,3 %) обследованных находился в границах 16–18, что является показателем дефицита массы тела , у 42 (56 %) пациенток процент жира в организме был равен 18,4–20,3 %обозначающий худощавость или же нормальное распределение жира в организме . Из общего числа обследованных женщин у 6 (12 %) отмечалось сужение таза I-IIстепени. Эмоциональные нарушения и поведенческие расстройства отмечались у 25 (33,3 %) пациенток с тенденцией к истерической психопатии, у остальных пациенток наблюдались лабильность эмоционального состояния, склонность к депрессиям.

У более чем 60 % обследованных пациенток степень тяжести заболевания имела достоверную связь с интенсивностью тазовой боли, у 51 (68%) пациенток с III–IV степенью распространенности эндометриоза наблюдались максимальные показатели боли, а 10 (13%) пациенток вовсе оценивали боль как «невыносимую».

При выборе лечебной тактики необходимо обязательно учитывать антропометрические показатели, степень тяжести заболевая, выраженность болевого синдрома, а также психоэмоциональный статус пациентки.

Таким образом, адекватный объем хирургического лечения, индивидуальная оценка болевых, антропометрических и личностных нарушений с последующей гормонотерапией позволит сохранить репродуктивное здоровье, а в дальнейшем выработать алгоритм реабилитации и улучшения качества жизни у пациенток с наружным генитальным эндометриозом. Своевременное подключение психологической коррекции эмоционального статуса пациентов в предоперационном и послеоперационном периоде позволит уменьшить их психоэмоциональное напряжение, что безусловно положительно повлияет на репродуктивное здоровье женщин.

«КЛИНИКА, ДРУЖЕСТВЕННАЯ К МОЛОДЕЖИ» И ЕЕ РОЛЬ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Желтоноженко Л.В., Яценко В.Ю.

Донецк
Дон НМУ

Создание поликлинической службы такой как «Клиника, дружественная к молодежи» («КДМ») на принципах добровольности, доступности и доброжелательности позволило снизить риски нарушения здоровья. Задача реализо-

валась путем предоставления информационно-консультационных услуг, профилактики инфекций, передающихся половым путем, незапланированной беременности и рискованного поведения.

Create outpatient services such as a «Clinic youth-friendly» («CYF») on the principles of voluntariness, availability and goodwill will reduce the risk of ill health. The task was realized through the provision of information and consulting services, prevention of infections, sexually transmitted diseases, unplanned pregnancies and risky behavior.

Работа специализированных учреждений здравоохранения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья осуществляется на высоком уровне, но их количество недостаточно для широкого охвата подростковой популяции. Создание поликлинической службы, такой как «Клиника, дружественная к молодежи» («КДМ») на принципах добровольности, доступности и доброжелательности позволило снизить риски нарушения здоровья. Задача біла реализована путем предоставления информационно-консультационных услуг, профилактики инфекций, передающихся половым путем, особенно ВИЧ-инфекции, незапланированной беременности и рискованного поведения.

Целью настоящего исследования являлось изучение проблемы контрацепции среди подростков и молодежи в практике врача-гинеколога поликлинической службы «КДМ» для повышения качества сохранения репродуктивного здоровья.

Представлены данные годового отчета «Клиник, дружественных к молодежи» г. Донецка за период 2014 г. Статистическая обработка проведена методами вариационной статистики с использованием стандартного пакета программы Excel 2010.

Удельный вес клиентов «КДМ», которым была оказана консультативная помощь за последний год, составила 81,3% (±1,4%). Так в возрастной группе 12–19 лет сексуально активные подростки составили около 60%, к 15-летнему возрасту сексуальный дебют имеют 5,6% девушек, к 17 годам – 39,4–47,8%, а к 19–81,7%. Особое внимание уделяли подросткам и молодежи групп риска: ВИЧ-положительным, «детям улицы», вовлеченным в секс-бизнес, молодежи с нетрадиционной сексуальной ориентацией, молодежи, подвергшейся насилию, подросткам из малообеспеченных семей. Более половины клиентов клиник получили консультирование по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа, чему способствовало внедрение добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию, на втором месте был вопрос контрацепции, на третьем – проблемы сексуальных отношений в подростковом возрасте. Индивидуальными формами профилактической работы «КДМ» охвачено 86,2% клиентов клиник, повторное обращение в среднем до 45%. Средний возраст сексуального дебюта у девушек в Донецке приходится на 17,4±1,5 лет. Количество родов у девушек-подростков оставалось на уровне 9,9 на 1000 у 15–17-летних; абортов у первобеременных: 14,3% девушек до 14 лет, каждая пятая девушка 15–17 лет уже имела беременность в анамнезе; количество родов у девушек до 14 лет: с 0,03 до 0,02 на 1000; количество абортов 0,03 на 1000 у девушек до 14 лет, 4,62 на 1000 у 15–17-летних.

Один из путей решения этой многогранной проблемы лежит в формировании у девушек и молодых людей ответственного отношения к своему репродуктивному здоровью путем налаженной гинекологической профилактической и лечебно-консультативной помощи в условиях поликлинической службы «Клиник, дружественных к молодежи» («КДМ»).

Клинический опыт работы гинекологов «КДМ» с подростками групп риска показывает что, любой день потенциально пригоден для начала использования КОК при условии уверенности в отсутствии беременности. В практике гинеколога «КДМ» немалая доля консультаций по контрацепции в паре, и повышенная ответственность в совокупности с грамотностью дали «достойный» плоды.

Таким образом, творческая, профессиональная профилактическая работа сотрудников «КДМ» в направление осознанного отношения подростками, молодежи проблемы и выработки навыков контрацепции, позволит сохранить репродуктивный потенциал.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕЛЕВОЙ ФОРМЫ АНЕСТЕТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ ПАПИЛЛОМ ВЛАГАЛИЩА

Бадикова Н.С., Кира Е.Ф.

Москва
НМХЦ им. Н.И.Пирогова

Применение гелевой формы комбинированного препарата, оказывающего антисептическое и местноанестезирующее действие с целью обезболивания при лазерной вапоризации папиллом влагалища является альтернативой применению инфильтрационной формы лидокаина 2%.

Application of the gel form combined medicine, providing antiseptic and local anesthetic action for the purpose of pain relief during laser vaporization of vaginal papillomas is an alternative to the application of infiltration form of lidocaine 2%.

В клиниках хирургического профиля, в стационарах «одного дня» значительная часть оперативных вмешательств, в том числе гинекологических, производится с использованием местной анестезии. На сегодняшний день в распоряжении практикующих докторов имеется множество местных анестетиков: новокаин, дикаин, лидокаин и др. Однако многие из них не всегда проявляют обезболивающее действие достаточной глубины и продолжительности; при инъекционном введении могут вызывать различные побочные явле-

ния (раздражающее действие, аллергические реакции), включая локальную (повреждение нервных проводников) и системную токсичность и др.

В работах некоторых исследователей показано, что нивелирование побочных эффектов и снижение токсичности местных анестетиков возможно за счет альтернативного инъекционного пути введения препаратов: аппликации или инстилляции. Вышеизложенное объясняет необходимость разработки более эффективных и безопасных методов обезболивания.

Целью нашего исследования стала оценка эффективности и безопасности аппликационного/инстилляционного метода местного обезболивания при выполнении лазерной вапоризации папиллом влагалища. Для исследования были отобраны 110 больных репродуктивного возраста (18–45 лет), которые были распределены в две основные группы. Группа 1 (n=55) – пациентки, которым в качестве обезболивания перед процедурой лазерной вапоризации был введен гель на основе лидокаина и хлоргексидина. Контрольная группа 2 (n=55) – женщины с папилломами влагалища, у которых в качестве обезболивания применялся раствор 2% лидокаина для инфильтрационной анестезии.

Мы использовали в своем исследовании комбинированный препарат, оказывающий антисептическое и местноанестезирующее действие в виде геля, в состав которого входит 2% лидокаина гидрохлорида и 0,05% хлоргексидина дигидрохлорида (Катеджель). Инстилляцию геля выполняли во влагалище за 10 минут до проведения лазерной вапоризации путем введения всего объема геля, содержащегося в гофрированном шприце (масса – 12,5 г).

Основным критерием, определяющим эффективность предполагаемого оптимизированного метода обезболивания, стала переносимость пациентками процедуры лазерной вапоризации и отсутствие побочных явлений от анестетика. При анализе показателей в момент выполнения лазерной вапоризации в 1-й группе значительно реже (2,4%), чем во 2-й группе сравнения (18,7%) возникали побочные явления от анестетика, что доказывает эффективность и более значимую безопасность применения комбинированного местноанестезирующего препарата (лидокаин+хлоргексидин&) в виде геля. Частота фиксации болевого синдрома после перенесенной процедуры лазерной вапоризации папиллом влагалища в группе пациенток 1 и в группе 2 оказалась сопоставимой: 5,8% и 7,9% соответственно. Такие показатели объясняются, по-видимому, пролонгированным эффектом гелевой формы препарата; с другой стороны, болевой эффект от инъекционной формы наблюдался за счет непосредственно наличия зон влагалища, травмированных иглой шприца.

Таким образом, активное применение местного обезболивания в виде геля «Катеджель» перед процедурой лазерной вапоризации папиллом влагалища позволяет купировать болевые ощущения в 93,2% случаев и обеспечивает коплаентность пациенток выбранному лечению. А при наличии риска развития аллергических реакций на местные анестетики предпочтительнее выбирать гелевую форму обезболивания, что исключает попадание препарата в сосудистое русло. Необходимо отметить так же наличие в комбинированном препарате антисептического компонента – хлоргексидина в каче-

стве дополнительной защиты слизистой оболочки влагалища от дисбиотических и воспалительных осложнений.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Бадретдинова Ф.Ф., Хамадьянов У.Р., Шейда Л.А., Бадретдинова Ю.А.

Уфа
Башкирский государственный медицинский университет

Представлены результаты лечения бактериального вагиноза у 104 женщин репродуктивного возраста (54 больных – основная группа и 50 – группа сравнения). В основной группы применен трехэтапный метод лечения с использованием комплексов полисорба, метиленового синего с цефоперазоном и натурального кумыса, в контрольной антибиотики и лактобактерии.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, полисорб, метиленовый синий, цефоперазон, кумыс.

The results of treatment of bacterial vaginosis in 104 women of reproductive age (54 patients – the main group and 50 control group). In the main group applied a three-stage method of treatment using the complexes of polysorb, methylene blue zefoperazonom and natural koumiss and control antibiotics and lactobacilli.

Key words: bacterial vaginosis, polysorb, methylene blue, cefoperazone, Mare.

В общей структуре заболеваний женских половых органов бактериальный вагиноз (БВ) занимает особое место. Данная патология будучи частым проявлением системного дисбиоза создает большие трудности ввиду малоэффективности существующих методов лечения и значительной частотой рецидивов достигающей 21,4–57%. Целью исследования явилось повышение эффективности лечения дисбиоза влагалища путем использования трехэтапного метода лечения больных с использованием энтеросорбента, комплекса метиленового синего с цефоперазоном и натурального кумыса. Материал исследования включал 104 женщин, активного репродуктивного возраста. Из них 54 больных составили основную группу и 50 – контрольную группу. В контрольной группе применялось традиционное лечение бактериального вагиноза – антибактериальные препараты группы метронидазола, антисептики хлоргексидин, повидон-йод, лактобактерии. Результаты микроскопии влагалищного отделяемого у 13 (24%) больных основной группы и у 12 (24%) в группе контроля соответствовало дисбиозу 1-й степени, у 19 (36%) в основной и у 16 (32%) в контрольной – дисбиозу II ст., у 22 (40%) в основной и у 22 (44%) в контрольной – дисбиозу III степени, при этом лейкоцитарная реакция отсут-

ствовало в 76% мазков, «ключевые» клетки были обнаружены в 95%. Для основной группы нами разработана система лечебных мероприятий при БВ с включением натурального кумыса. Лечение в зависимости от степени дисбиотических изменений проводится в 3 этапа. Первый этап – санация влагалища. В качестве препарата для санации влагалища использовали сорбент «Полисорб МП», которого применяли интравагинально методом инстилляции в количестве 2–3 г 1 раз в день в течение 2–3 дней с последующим промыванием влагалища натуральным кумысом. Количество адсорбционной санации влагалища зависело от степени бактериального вагиноза. При I степени БВ (компенсированный) отсутствует необходимость применения санации влагалища. При БВ П степени (компенсированный) инстиляцию полисорбом МП осуществляли 2 раза. При БВ Ш степени (декомпенсированный) число инсуфляции полисорбом МП составило до 3 сеансов. Второй этап – проведение антибактериальной терапии с использованием цефалоспоринового антибиотика III поколения цефоперазона по оригинальной методике закрепления лекарственных комплексов in situ на поверхности слизистой оболочки влагалища с помощью 0,02% раствором метиленового синего(А.с. №2564109 от 3 сентября 2015 г). В результате этого на слизистой влагалища формируется комплекс метиленовая синь-цефоперазон, антибактериальная активность которого сохраняется в течение 24–48 часов. Лечебные манипуляции проводили через день 2–3 раза. На третьем этапе для восстановления влагалищного микробиоценоза всем больным в течение 10 дней назначался натуральный кумыс перорально по 200,0 мл 3 раза в день и интравагинально в виде тампонов, смоченных натуральным кумысом двухдневной выдержки (патент РФ № 2393870 от 23.03.2009 г.). В целях контроля эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий проводили аминный тест, определение РН влагалища, микробиологические исследования. При БВ I степени у всех больных основной и контрольной групп после лечения наступило выздоровление и нормализация лабораторных показателей. Из 19 больных с БВ П степени наступило выздоровление у 17 (89,5%) пациенток основной и у 12 (75%) больных в контрольной. Число рецидивов в основной группе у 2 (10,5%) женщин и у 4 (25%)в контрольной группе. Среди больных с БВ III степени в основной группе выздоровление наступило у 16 (72,7%) женщин и у 14 (63%) женщин в контрольной. Следует отметить, что у 7 (27,3%) пациенток основной группы симптомы болезни возобновились через 3–4 месяца, у 8 (37%) в контрольной. Анализ результатов клинико-лабораторных и специальных методов исследования у больных основной группы показал, что разработанная нами 3-этапная система лечебно-профилактических мероприятий позволила эффективно восстановить микробиоценоз влагалища при бактериальном вагинозе и снизить частоту рецидивов заболевания.

РОЛЬ МИКРОРНК (MIR-29B) В ПРОГНОЗЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ.

Байрамова Г.Р., Файзуллин Л.З., Окушко А.Н.
Чернова В.Ф., Трофимов Д.Ю.

Москва
НЦАГиП

Резюме: Вопрос об информативности молекулярно-генетических маркеров в прогнозировании степени поражения эпителия шейки матки при интраэпителиальных неоплазиях вызывает научно-практический интерес. В этой связи, проведено исследование уровня экспрессии микро-РНК mir -29b методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ) у 74 женщин с целью обнаружения предраковых изменений шейки матки.

Scientific and practical interest has question of informative of molecular markers in predicting the extent of involvement of the cervical epithelium by intraepithelial neoplasias. In this regard, the study of expression level of micro RNA mir-29b by polymerase chain reaction in real time (PCR-RV) has purpose to detect precancerous changes in the cervix in 74 women.

Актуальность: Рак шейки матки является вторым после рака молочной железы наиболее частым злокачественным новообразованием у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время в зарубежной литературе имеется много публикаций, в которых доказана роль микро РНК в развитии неопластической трансформации эпителия шейки матки. Исследования ряда авторов показывают, что mir-29b выполняет функцию супрессора опухолевого роста, регулируя процессы клеточной пролиферации, апоптоза, метастазирования и хемочувствительности. Значительно в меньшей степени известно о роли mir-29b при предраковых поражениях шейки матки.

Цель исследования: изучить уровень экспрессии mir-29b в эпителии шейки матки при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях.

Материалы и методы: В исследование включены 74 женщины репродуктивного возраста, которые были разделены на 3 группы: I группа – 24 пациентки с диагнозом LSIL (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени); II группа – 20 женщин с HSIL (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения тяжелой степени); III группа (контрольная) – 30 женщин без патологических изменений шейки матки. Использовали цитологический, гистологический методы исследования, расширенную кольпоскопию, тестирование на ВПЧ методом ПЦР в режиме реального времени. Измерение уровня экспрессии микро-РНК проводили методом количественной ПЦР в реальном времени с использованием комплекта реактивов TaqMan miRNA Assay (Applied Biosystems).

Результаты исследования: Выявлено снижение уровня экспрессии микроРНК mir-29b в 2,2 раза при LSIL, и в 4,2 раза при HSIL (p=0,008 и 0,0002, соответственно). Оценка экспрессии mir-29b позволяет предсказать наличие цервикальной интраэпителиальной неоплазии с чувствительностью 70% и специфичностью 72,2%. Диагностическая эффективность составила 70,3%.

Заключение: Проведенное исследование позволяет наряду с традиционными методами рассматривать mir-29b как один из информативных молекулярных маркеров прогнозирования степени поражения цервикального эпителия при неопластических заболеваниях шейки матки.

РОЛЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Авцина В.В., Хрусталева Е.В.

Москва
НПЦ Детской психоневрологии

Представлена структура детской заболеваемости психоневрологической сферы на примере наблюдений консультативно-поликлинического отделения Научно-практического центра детской психоневрологии и зависимость тяжести последствий перинатального поражения ЦНС (с исходом в детский церебральный паралич и органическое поражение ЦНС или без него) от факторов риска их формирования.

The incidence of neuropsychiatric disorders of childhood and relationship between the severity of consequences of perinatal lesion of CNS (with or without cerebral palsy and organic lesion outcome) and risk factors of their formation is presented based on the experience of the polyclinical department of Scientific-practical center of pediatric psychoneurology.

Цель исследования. Выявить зависимость прогноза неврологических нарушений у детей с поражением ЦНС от оценки по шкале Апгар, недоношенности, наличия задержки внутриутробного развития, внутриутробной инфекции, острой гипоксии.

Материалы и методы. Изучено 89 амбулаторных карт детей, наблюдающихся в НПЦ детской психоневрологии с 2013 г. Из них 36 имели последствия перинатальной энцефалопатии, 58 тяжелые формы ДЦП и органического поражения ЦНС, 12 – гемипаретическую форму ДЦП.

Результаты исследований. Среди детей, имеющих оценку по шкале Апгар ниже 7/7 преобладали тяжелые формы ДЦП и органическое поражение ЦНС (43 ребенка), 9 детей имели последствия перинатальной энцефалопатии и 4 гемипаретическую форму ДЦП.

Среди детей имеющих оценку по шкале Апгар выше 7/7 преобладали дети с последствиями перинатальной энцефалопатии (27 детей), 8 имели гемипаретическую форму ДЦП, 7 имели тяжелые формы ДЦП, 8 – органическое поражение ЦНС.

Среди детей с тяжелыми формами ДЦП и органическим поражением ЦНС большая часть родились недоношенными (43 ребенка), 15 из них родились в срок.

Среди детей с гемипаретической формой ДЦП 10 родились доношенными, 2 детей родились недоношенными в 36 и 37 недель. Ни один из этих детей не имел ЗВУР и ВУИ.

Из 36 детей с последствиями перинатальной энцефалопатии 15 родились недоношенными, но не имели ЗВУР, из 9 доношенных 8 имели ЗВУР, 2 – ВУИ, 1 – ЗВУР и ВУИ.

Из 17 детей со ЗВУР 12 имели последствия перинатальной энцефалопатии, 5 имели тяжелые формы ДЦП и органического поражения ЦНС, у всех 5 отягощающим фактором явилась недоношенность.

У 14 детей с тяжелыми поражениями ЦНС выявилась внутриутробная инфекция, из них 10 родились недоношенными, 4 – в срок.

3 ребенка с тяжелыми формами ДЦП и органическим поражением ЦНС родились в срок в острой гипоксии в следствие отслойки нормально расположенной плаценты.

Заключение. Оценка по шкале Апгар не является абсолютным критерием прогноза развития тяжелых форм нарушений ЦНС. Недоношенные дети имеют больше факторов риска для развития тяжелых форм нарушения ЦНС в сравнении с доношенными детьми. Наличие в анамнезе внутриутробной инфекции определяет высокий риск развития тяжелых форм поражения ЦНС. Задержка внутриутробного развития не является самостоятельным фактором развития тяжелых форм поражения ЦНС, а только в сочетании с недоношенностью.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРЕИНВАЗИВНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Бахидзе Е.В., Берлев И.В., Архангельская П.А.

Санкт-Петербург
Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Research has established the causal role of oncogenic human papillomavirus (HPV) infection in the pathogenesis of invasive cervical cancer and its precursor

lesions, i.e. cervical intraepithelial neoplasia (CIN). Persistent HPV infection is a prerequisite for progression to high-grade lesions and HPV infection can result in malignancy if the immune system is not able to clear this virus.

Исследования установили патогенетическую роль инфицирования онкогенным вирусом папилломы человека (ВПЧ) в патогенезе инвазивного рака шейки матки и его предшествующих поражений- цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN). Персистирующая инфекция ВПЧ – необходимое условие для развития неоплазии шейки матки тяжелой степени и инфекция ВПЧ может привести к озлокачествлению, если иммунная система не в состоянии «очиститься» от этого вирус.

В настоящее время не вызывает сомнений этиологическая роль вируса папилломы человека в возникновении злокачественных неоплазий шейки матки. Ранние неопластические изменения могут регрессировать, оставаться стабильными какое-то время или прогрессировать. Среди эндогенных факторов, способствующих прогрессированию неоплазии немаловажную роль отводят состоянию иммунной системы, а именно клеточно-опосредованному иммунитету.

Целью исследования была оценка состояния иммунного статуса до и после лечения преинвазивных неоплазий шейки матки.

В исследование было включено 30 пациенток с преинвазивными неоплазиями шейки матки, получавших лечение в онкологическом отделении НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова с 2008 по 2014 год. Всем пациенткам было выполнено исследование иммунного статуса до и после лечения. Исследование субпопуляционного состава иммунокомпетентных клеток периферической крови определяли методом проточной цитометрии на приборе FACS Calibar в лаборатории отделения химиотерапии и инновационных технологий ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. Всем пациенткам проводилось комплексное лечение неоплазии шейки матки, а именно высокочастотная конизация шейки матки с применением иммуномодулирующей противовирусной терапии.

Исследование иммунного статуса до лечения выявило снижение показателей иммунитета. У 18 пациенток отмечалось снижение показателей абсолютного количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций: Т-хелперов и Т-супресоров. У оставшихся 12 пациенток показатели были в пределах референтных значений. Рассматривая основные субпопуляции лимфоцитов у 46% пациентов было обнаружено снижение относительного содержания CD3+ лимфоцитов, у 53% снижение CD8+ лимфоцитов, а также отмечалось снижение уровня CD4+ лимфоцитов у 50% пациенток. В 45% случаев было обнаружено снижение иммунорегуляторного индекса.

После проведенного комплексного лечения у всех больных отмечалось усиление Т-клеточного иммунитета. У 85 % больных наблюдалось увеличение лимфоцитов и абсолютного числа CD3+CD4+Т-хелперов и цитотоксических CD3+CD8+N-лимфоцитов. У 15 % – увеличение абсолютного содержания лимфоцитов.

Таким образом, в ходе исследования у 60% пациенток с преинвазивными неоплазиями шейки матки отмечалось снижение клеточно-опосредованного иммунитета. Комплексное лечение вызывало усиление эффекторной функции Т-клеточного иммунного ответа. Анализ нарушений в иммунной системе, у больных с преинвазивными неоплазиями шейки матки может способствовать разработке новых подходов к диагностике и лечению преинвазивных неоплазий шейки матки.

ВЫЯВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИКВЕНС-ТИПОВ G.VAGINALIS ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Бровкина Т.В., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Донников А.Е., Шубина Е.С., Быстрицкий А.А., Муравьева В.В., Погосян Ш.М., Орлова О.Е., Трофимов Д.Ю.

Москва
ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова

Проведено изучение биологических свойств различных сиквенс – типов G. vaginalis и оценка их влияния на течение бактериального вагиноза и эффективность терапии.Показана ассоциация G. vaginalis 1 сиквенс-типа с БВ. Наличие преобладание этого сиквенс-типа повышает риск резистентности к терапии и рецидивирующему течению бактериального вагиноза. Различия в представленности генов, отвечающих за цитотоксичность, резистентность и формирование биопленок, могут объяснить различия в патогенности разных сиквенс-типов.

The study of the biological properties of the various sequence types of G. vaginalis and assessment of their influence on the course of bacterial vaginosis and the effectiveness of therapy. Shown the association of G. vaginalis 1 sequence type with BV. The presence of the predominance of this sequence type increases the risk of resistance to therapy and for recurrent bacterial vaginosis. Differences in representation of genes involved in cytotoxicity, resistance and formation of biofilms, can explain the differences in pathogenicity of different sequence types.

Цель исследования: изучение биологических свойств различных сиквенс – типов G.vaginalis и оценка их влияния на течение бактериального вагиноза и эффективность терапии.

Материалы и методы: были обследованы 320 женщин репродуктивного возраста, обратившихся на консультацию в научно – поликлиническое отделение ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Всем пациенткам было проведено исследование микробиоценоза влагалища методом ПЦР в режиме реального времени (качественная и количественная оценка

представленности абсолютно- и условнопатогенной микрофлоры), микроскопическое исследование мазков отделяемого влагалища, окрашенного по Граму, и бактериологический посев отделяемого влагалища с выделением чистой культуры G. vaginalis.

Критерии включения: не беременные женщины репродуктивного возраста (18–45 лет), подтвержденный диагноз БВ на основании критериев Амсела (не менее 3-х из 4-х критериев); отсутствие клинических проявлений вагинита; отсутствие ИППП; системная и местная антибактериальная терапия в течение 1 месяца до начала проведения исследования.

В качестве контрольной группы были отобраны 96 практически здоровых женщин.

Всем женщинам с БВ в качестве специфической терапии был назначен комбинированный препарат локального действия. Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом динамики субъективных жалоб, клинической картины заболевания и лабораторных критериев через 2 недели после окончания лечения, через 3 и через 6 месяцев с целью оценки возможности рецидивирования.

Видовую идентификацию полученной культуры проводили методом времяпролетной масс-спектрометрии. Были отобраны 3 изолята G. vaginalis разных сиквенс-типов для проведения полногеномного секвенирования.

Результаты: при оценке эффективности терапии через 2 недели после окончания лечения было выявлено, что жалобы сохранялись у 19 (14,6%) пациенток, что было расценено нами как резистентность к терапии. Лечение было эффективным у 111 (85,4%) женщин. При контрольном клинико-лабораторном обследовании с целью оценки возможности рецидивирования через 3 и 6 месяцев после окончания лечения у 13 (10%) и 18 (13,8%) пациенток соответственно отмечались рецидивы.

Выявлено, что наиболее часто встречаемыми условно-патогенными микроорганизмами в группе женщин с рецидивирующим БВ являлись Gardnerella vaginalis/Prevotella spp/Porphyromonas spp, Eubacterium spp, Atopobium vaginae, тогда как в группе женщин с нерецидивирующим БВ – Megasphaera spp./Veillonella spp./Dialister spp, Lachnobacterium spp./Clostridium spp., Mobiluncus spp./Corynebacterium spp, в контрольной группе – Lactobacillus spp., Gardnerella vaginalis/Prevotella spp/Porphyromonas spp, Eubacterium spp.

3 сиквенс-тип встречался крайне редко, в следствие чего не удалось достоверно оценить его клиническое значение. Доля G.vaginalis 1 типа была несколько выше у пациенток с БВ, чем в группе условно здоровых женщин, однако различия не достигали статистической значимости. При этом, во влагалище пациенток, хорошо отвечавших на лечение, преобладал 2 сиквенс-тип, тогда у пациенток с рецидивирующим течением БВ, чаще преобладал 1 сиквенс-тип G.vaginalis (p=0.006).

Проанализированные сиквенс-типы G.vaginalis отличались друг от друга длинной генома, количеством генов и их последовательностью. Выявлены различия в представленности генов, отвечающих за цитотоксичность, рези-

стентность и формирование биопленок, что может объяснять различия в биологических свойствах и патогенности разных сиквенс-типов.

Выводы: показана ассоциация G. vaginalis 1 сиквенс-типа с БВ. Наличие преобладание этого сиквенс-типа повышает риск резистентности к терапии и рецидивирующему течению бактериального вагиноза. Различия в представленности генов, отвечающих за цитотоксичность, резистентность и формирование биопленок, могут объяснить различия в патогенности разных сиквенс-типов.

КАЧЕСТВО СНА, СЕКРЕЦИЯ МЕЛАТОНИНА И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Брюхина Е.В., Усольцева Е.Н.

Челябинск
Южно-Уральский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования

Резюме. Цель исследования заключалась в изучении качества сна, секреции мелатонина и половых гормонов у женщин в постменопаузе. Обследованы 68 женщин жительниц Южного Урала. Снижение качества сна связано с климактерическим синдромом легкой степени, воздействием света ночью и концентрацией 6-сульфатоксимелатонина вечером, кроме того секреция мелатонина не имеет пика в ночные часы.

Summary. The purpose of the study was to investigate quality of sleep, melatonin secretion and sex hormones in postmenopausal women. We examined 68 women residents of the Southern Ural. Reduced sleep quality is associated with climacteric syndrome of mild, exposure to light at night and the concentration of urine 6-sulfatoximelatonine in the evening, additionally, the secretion of melatonin has no peak during night hours.

К настоящему времени установлена взаимосвязь между снижением синтеза гормона эпифиза мелатонина и наступлением менопаузы [1]. Мелатонин является модулятором изменений, возникающих при развитии климактерических расстройств, влияя на гормональные, медиаторные и биохимические показатели организма женщины [2].

Цель нашего исследования заключалась в изучении качества сна, уровня секреции гормона эпифиза мелатонина и половых гормонов у женщин в постменопаузе жительниц Южного Урала.

Материалы и методы исследования. Обследованы 68 женщин в постменопаузе. У всех пациенток применяли тест-опросник на дефицит мелато-

нина (автор M.D., Claude Dalle, Франция), который содержит вопросы о качестве сна, при этом от 0 до 4 баллов – норма, от 5 до 9 – уровень мелатонина начинает снижаться, это обусловлено недостатком сна, и от 10 до 14 баллов – явный недостаток мелатонина. Степень тяжести климактерического синдрома определяли с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Определение метаболита мелатонина 6-сульфатоксимелатонина (6-СОМТ) в моче проводилось с помощью метода иммуноферментного анализа. Забор средней порции мочи осуществлялся перед сном в 23:00, ночью с 02:00 до 03:00 и утром в 06:00. У всех женщин определяли гормоны сыворотки крови: фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол, общий тестостерон и пролактин. Данные с правильным распределением описывали в виде среднего и стандартного отклонения, при отличном от нормального – с помощью медианы и интерквартильного размаха от 25 до 75 перцентилей. Корреляционный анализ проводили с помощью непараметрического метода Спирмена, при этом нулевая гипотеза отклонялась при $p<0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст 68 женщин был 55,0±4,5 лет, менопауза наступила в 49,1±4,2 лет, и ММИ соответствовал климактерическому синдрому легкой степени – 24,9±10,1 баллов. Результаты теста-опросника на дефицит мелатонина указывали на то, что уровень мелатонина снижен и имеется ухудшение качества сна (7,4±3,2 баллов) пациенток.

В вечерней порции мочи концентрация 6-СОМТ была низкой, что характерно для физиологии секреции мелатонина – 1,97 (1,2–6,6) нг/мл. Утром концентрация 6-СОМТ достигла 16 (6,2–29,7) нг/мл, однако пика концентрации 6-СОМТ в ночные часы мы не обнаружили – 4,8 (2,4–9,2) нг/мл. При проведении корреляционного анализа установлена отрицательная корреляция между увеличением баллов теста-опросника на дефицит мелатонина (качеством сна) и уровнем 6-СОМТ в вечерней порции мочи ($r=-0,32$; $p=0,008$). Также выявлена положительная корреляция между качеством сна и ММИ ($r=0,59$; $p<0,001$), а также воздействием света в ночное время у 18 (26,9%) женщин ($r=0,34$; $p=0,004$). Половые гормоны соответствовали периоду постменопаузы. Выявлена положительная корреляция между уровнем ФСГ и концентрацией 6-СОМТ в утренней порции мочи ($r=0,42$; $p=0,01$), что требует дополнительного анализа.

Выводы. У женщин в постменопаузе жительниц Южного Урала качество сна снижено и связано с наличием климактерического синдрома легкой степени, воздействием света ночью и концентрацией 6-сульфатоксимелатонина вечером, кроме того секреция мелатонина не имеет пика в ночные часы.

Литература:

1. Diaz B.L., Llaneza P.C. Endocrine regulation of the course of menopause by oral melatonin: first case report // Menopause. – 2008. – Vol.15. – P. 388–392.

2. Мальцева Л.И., Гафарова Е.А., Гарипова Г.Х. Роль мелатонина в регуляции функции половых желез и возможности его применения в лечении симптомов патологического климакса // Успехи геронтологии. – 2007. – 20(4) – С.68-74.

УМЕНЬШЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕТИНОПАТИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С 1 ТИПОМ ДИАБЕТА ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПОМПОВУЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ

Валикова О.В., Мухотина А.Г.

Владивосток
Медицинский центр

В настоящее время, использование высоких технологии, таких, как помповая инсулинотерапия, у пациенток с 1 типом сахарного диабета, с уже имеющимися осложнениями, во время беременности, позволяет намного снизить прогрессирование таких осложнений, как ретинопатия, уменьшить риск акушерских и фетальных осложнений.

Currently, the use of high technology, such as insulin pump therapy, in patients with type 1 diabetes mellitus, with existing complications, during pregnancy, allows a much lower progression of complications such as retinopathy, reduce the risk of obstetric and fetal complications.

Актуальным на сегодняшний день является применение высоких технологий у женщин с сахарным диабетом, которые входят в группу риска по развитию во время беременности тяжелых осложнений, как у матери, так и у плода.

Целью является выявление уменьшения прогрессирования ретинопатии во время беременности у пациенток с сахарным диабетом 1 типа, использующих помповую инсулинотерапию.

Под наблюдением находилось 20 женщин с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 26 до 36 лет, стаж диабета составил от 10-ти до 15-ти лет. Всем женщинам инсулиновые помпы были установлены до планирования беременности. Использовались инсулиновые помпы компании Roche Accu-Chek Combo, Accu-Chek Spirit, использовался инсулин аспарт. Пациентки обучены в школе Диабет. До беременности уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) в среднем 6,5±0,1%. Показатели артериального давления до беременности в пределах нормы. У 20-ти женщин до беременности выставлена непролиферативная ретинопатия. HbA1c оценивался ежемесячно, глазное дно осматривалось трижды за беременность.

При получении результатов: HbA1c составил 6,2±0,4%. При осмотре глазного дна у 3-х пациенток, возникли кровоизлияния на глазном дне, что потребовало проведение лазеркоагуляции, но только один раз за всю беременность. У 16-ти женщин беременность закончилась родоразрешение путем кесарева сечения в сроке 38–40 недель, у 4-х женщин срочными самостоятельными родами. Все малыши на 4–5 сутки выписаны с мамами домой. В послеродовом периоде у пациенток состояние глазного дна не ухудшилось.

В заключение необходимо отметить, что использование помповой инсулинотерпии при беременности у пациенток с сахарным диабетом приводит к более стабильным показателям глазного дна и уменьшает риск акушерских, эндокринных и фетальных осложнений, а также имеющиеся осложнения не создавали условий для экстренного родоразрешения.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ

Гайдарова А.Х., Котенко Н.В.

Москва
ФГБУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии МЗ РФ

Резюме. Коэффициент корреляции между показателями клинико-лабораторного обследования и данных комплексной скрининг-диагностики рисков развития функциональных отклонений коронарного кровотока у 132 пациенток позднего репродуктивного возраста составил >0,6.

Summary. In a randomized, double-blind, controlled clinical trial were examined 132 women planning pregnancy, aged 37–45 years. In the analysis of the correlations between clinical and laboratory examination data and integrated screening diagnostics risk of functional abnormalities of the coronary blood flow, the correlation coefficient was > 0,6.

Активный подход к выявлению доклинических форм сердечно-сосудистых заболеваний у женщин позднего репродуктивного возраста, планирующих беременность, имеет важное значение для первичной профилактики серьезных осложнений беременности и родов как со стороны матери, так и со стороны плода. Целью данного исследования стала оценка информативности интегральной скрининг-диагностики сердечно-сосудистой системы у женщин позднего репродуктивного периода планирующих беременность. В качестве скрининга нами предложена система интегральной комплексной оценки функционального состояния организма которую мы использовали у 132 пациенток в возрасте 37–45 лет. Выбор группы пациенток проводился по принципу рандомизации с двойным слепым контролем. В ходе исследования проводился анализ корреляционных зависимостей показателей клинико-лабораторного обследования и данных комплексной скрининг-диагностики функционального состояния организма человека. Оценивались антропоме-

трические параметры пациенток (рост, вес, индекс массы тела, объем талии), данные анамнеза жизни (образ жизни, вредные привычки), клинические данные (пульс, артериальное давление, параметры объемной осциллометрии), лабораторные данные (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, индекс атерогенности, глюкоза крови). Проводилась скрининговая оценка функционального состояния пациенток на аппаратно-программном комплексе методами кардиоинтервалографии, электросоматографии и биоэлектрографии. Выявлен высокий и средний уровень корреляции клинических данных обследования пациенток с данными скрининг-оценки указанных выше рисков сердечно-сосудистых заболеваний и функциональных изменений кровотока миокарда, определяемых с помощью аппаратно-программного комплекса. Коэффициент корреляции составил >0,6 между риском развития функциональных отклонений коронарного кровотока по данным скрининг-диагностики и курением более 10 сигарет в день, биохимическими данными липидного спектра, артериальной гипертензии более 140/90 мм.рт.ст. в анамнезе и изменения параметров центрального и периферического кровотока, показателями веса, объема талии. Показатели липидного спектра крови имели высокий уровень корреляции с данными скрининг-диагностики. Наиболее актуальными факторами риска явились данные о ЛПНП, ЛПВП и ТГ, что нашло отражение в анализе результатов скрининга, где коэффициент корреляции составил >0,7. Данные сердечного выброса, ударного объема, общего периферического сопротивления сосудов, скорости пульсовой волны коррелировали с показателем активности регуляторных систем методики кардиоинтервалографии и высоким кардиологическим риском по данным электросоматографии, отражающими функциональные изменения коронарного кровотока. Коэффициент корреляции находился в диапазоне средних значений 0,50<r<0,69. Методика комплексной скрининг-оценки функционального состояния организма может применяться на первичном этапе обследования для оценки кардиологических рисков у женщин позднего репродуктивного периода, планирующих беременность. Своевременное выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в позднем репродуктивном периоде и снижение их в динамическом контроле является жизненно необходимым условием профилактики серьезных осложнений беременности, как со стороны матери, так и со стороны плода.

ВИТАМИН D – ПЕРСПЕКТИВА ЛЕЧЕНИЯ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН

Гарифуллова Ю.В., Мальцева Л.И.

Казань

Казанский государственный медицинский университет

Резюме: Пациентки с доброкачественными заболеваниями молочных желез (ДЗМЖ) имеют низкий уровень витамина D. Клиника и данные ультра-

звуковой картины находятся в прямой зависимости от выраженности дефицита витамина D. Уровень пролактина у пациенток с ДЗМЖ отрицательно коррелирует с показателем витамина D. Назначенная заместительная терапия в течение 6 месяцев приводит к купированию болевого синдрома, снятию напряженности в молочных железах, улучшению ультразвуковой картины заболевания.

Summary: Patients with benign breast diseases (BBD) have low levels of vitamin D. Data of clinical and ultrasound findings are directly dependent on the degree of deficiency of vitamin D. The level of prolactin in patients with benign breast diseases has negative correlation with level of vitamin D. Prescription of hormone replacement therapy for 6 months leads to pain relief, relieves tension in the breasts and improves ultrasound findings of the disease

Актуальность: На сегодняшний день доказана связь между раком молочной железы и низким содержанием витамина D, но отсутствуют данные о связи дефицита витамина D и развития доброкачественных заболеваний молочной железы (ДЗМЖ). Выявление групп повышенного риска и коррекция дефицита витамина D может явиться эффективным методом профилактики и лечения доброкачественных заболеваний молочных желез.

Цель: выявить связь между содержанием витамина D в крови, клинической картиной заболевания и особенностями гормонального статуса у женщин с диффузной формой мастопатии для обоснования возможности использования витамина D с целью профилактики и лечения.

Материалы и методы: В исследование включены 72 женщины от 20 до 50 лет, из них – 42 с ДЗМЖ составили основную группу, 30 здоровых – группу сравнения. Всем проводилось комплексное обследование: осмотр, ультразвуковое исследование молочных желез, при необходимости маммография. В сыворотке крови оценивался уровень витамина D, витаминDсвязывающего белка, эстрадиола, прогестерона и пролактина. Патология молочных желез была представлена диффузной фиброзно-кистозной мастопатией (ФКМ) – у 26 больных, фиброаденомой (ФА) – у 16. Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием программ IBM SPSS Statistics 20.

Результаты. В структуре основной группы дополнительно были выделены две подгруппы в зависимости от нозологической формы ДЗМЖ. Первую составили 26 женщин с ФКМ (61,9%), вторую – 16 пациенток с ФА молочной железы (38,1%). Анализ исходного содержания в крови витамина D показал, что значения в основной группе в среднем составили 21,4±1,3 нг/мл, что оказалось достоверно ниже, чем у здоровых женщин 30,5±2,2 нг/мл. Различия уровней витамина D у здоровых женщин и пациенток с ФКМ и с ФА молочной железы были также статистически значимы (p=0,002 и p=0,034). У здоровых женщин частота случаев нормального содержания витамина D – 36,7% недостаточность – 50%, дефицит – 13,3% У пациенток с ДЗМЖ нормальное содержание витамина D – 11,9%, дефицит – 47,6%, что в 3,6 раза больше, чем в группе сравнения. Не было выявлено разницы в содержании витамин D связывающего белка среди обследуемых пациенток. Среди пациенток с ДЗМЖ значения пролактина оказались достоверно выше, чем у здоро-

вых женщин, тогда как значения эстрадиола и прогестерона не отличались от здоровых. Корреляционный анализ показал отрицательную связь между содержанием в крови витамина D и пролактина (r=-0,345, p=0,02). Анализ клинической картины показал, то пациентки с дефицитом витамина D (13–20 нг/мл) имели сильный болевой синдром и более выраженные изменения по данным ультразвуковой картины, в анамнезе неоднократные пункции и склерозирование кист, рецидивы узловых образований, неэффективность проводимой консервативной терапии. Женщины с недостаточностью витамина D (20–28нг/мл) характеризовались умеренно выраженным болевым синдромом, но также длительным течением и неполным эффектом проводимой консервативной терапии. Всем женщинам с выявленным дефицитом или недостаточностью витамина D (менее 30 нг/мл) была назначена заместительная терапия в дозе 4000 МЕ/сутки в течение месяца с последующей оценкой уровня витамина D и перевода на поддерживающую дозу в 2000 МЕ/сутки. Эти дозы позволили достичь и сохранить показатели витамина D в крови на уровне 40 нг/мл. В динамике наблюдения через 1, 3 и 6 месяцев было установлено прогрессивное уменьшение болевого синдрома и напряжения молочных желез. По данным ультразвуковой картины через 6 месяцев отмечено уменьшение очагов аденоза, количества и размеров мелких и средних кист (1–1,5 см) на 50%.

Заключение. Больные с ДЗМЖ имеют низкий уровень витамина D в крови и более высокие значения пролактина. Назначенная заместительная терапия привела к купированию болевого синдрома, снятию напряженности в молочных железах, улучшению ультразвуковой картины заболевания. Очевидно, что определение исходного уровня витамина D у женщин с ДЗМЖ и последующая коррекция его дефицита должно включаться в программу комплексного обследования.

ПАТОЛОГИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Голубятникова Е.В., Сотникова Л.С., Удут Е.В., Евтушенко И.Д.

Россия, г. Томск
ОГАУЗ «Областной Перинатальный Центр» СибГМУ ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Научно-клинический Центр гормональное здоровье (ООО «ПрофМед»,Томск) Минздрава России ФГБУ «НИИ фармакологии имени Е.Д. Гольдберга» СО РАМН

Резюме: На базе Областного перинатального центра в г. Томске проведено рандомизированное исследование 140 пациенток перед и после ЭКО

с бесплодием трубного происхождения и доброкачественной дисплазией молочных желез. Полученные данные свидетельствуют об увеличении количества пациенток с ДДМЖ после ЭКО.

Summary: On the basis of the Regional Perinatal center in Tomsk carried out a randomized study of 140 patients with tubal infertility and benign diseases of mammary glands before and after IVF. The number of patients with benign diseases of mammary glands has been increased after IVF.

В течение более чем 30 лет в клинической практике вспомогательных репродуктивных технологий применяются индукторы овуляции, но вопрос о влиянии этого метода на развитие изменений молочных желез остается открытым. Исследуя зарубежную научную литературу, мы имеем достаточное количество статей, сообщающих о влиянии вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) на состояние молочных желез, однако эти данные весьма противоречивы. В российской научной литературе крайне мало исследований в этом направлении.

Целью исследования явилась оценка состояния молочных желез у женщин с бесплодием трубного происхождения после проведения индукции суперовуляции в программе ВРТ ЭКО.

В процессе специализированного приема врача гинеколога – маммолога, на базе Областного Перинатального центра (Томск), в отделении вспомогательных репродуктивных технологий, проведено пятилетнее исследование пациенток. Обследовано более 1 500 женщин с диагнозом женское бесплодие. Методом случайного выбора рандомизированы 140 пациенток с диагнозом бесплодие трубного происхождения и с неудачной попыткой ВРТ ЭКО. Документом для изучения структуры женского бесплодия являлся стандартизированный протокол обследования бесплодной пары, разработанный группой ВОЗ для программы исследований по репродукции человека (протокол № 84914). Для постановки диагноза доброкачественной дисплазии молочной железы (ДДМЖ) (N- 60.0 по МКБ-10) применялась международная классификация BIRATS и клинико-рентгенологическая классификация Н.И. Рожковой (1993).

Из 140 пациенток при обследовании перед ВРТ ЭКО выявлено: без патологии молочных желез 32 (22%), с ДДМЖ с преобладанием железистого компонента 50 (36%), кистозного компонента 29 (21%), фиброзного компонента 29 (21%). А при обследовании пациенток после неудачной попытки ВРТ ЭКО выявлено: с ДДМЖ с преобладанием железистого компонента 65 (47%), кистозного компонента 35 (25%), фиброзного компонента 30 (21%) и только 10 (7%) пациенток с отсутствием патологии МЖ.

Таким образом, в результате ультразвукового исследования перед и после неудачной попытки ВРТ ЭКО, выявлено увеличение пациенток с патологией молочных желез (МЖ) через 3 месяца после неудачной попытки ВРТ ЭКО, за счет перераспределения внутри групп. Увеличилось число пациенток с ДДМЖ с преобладанием железистого и кистозного компонентов, а число пациенток без патологии МЖ после ВРТ ЭКО уменьшилось. Следовательно, на основании полученных данных, перед и после неудачной попытки ВРТ ЭКО

необходимо обязательное обследование молочных желез. А при выявлении патологии молочных желез необходимо обязательное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЯ У ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНО-УЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Громова В.А., Ворохобина Н.В., Малыгина О.Ф., Кузнецова А.В.

Санкт-Петербург
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Резюме. В исследование включены 74 женщины в постменопаузе с различной патологией щитовидной железы, которым проводилось лечение 1 мг 17b эстрадиола с 2 мг дроспиренона. К концу 1 года лечения отмечалось снижение ЛГ,ФСГ, повышение Э2 и Пг, повышение уровней свТ3 и Т4, при сохраненном уровне ТТГ. Выявлено улучшение показателей липидного спектра, повышение показателей МПКТ.

Abstract. The study included 74 postmenopausal women with various thyroid disorders who were treated with 1 mg 17β estradiol with 2 mg drospirenone. By the end of 1 year of treatment were observed a decrease of LH, FSH, E2 and increasing GHG levels, increase svT3 and T4, while maintaining the level of TSH. Revealed improvement in lipid indicators, increased rates of bone mineral density.

Цель: определить влияние заместительной гормональной эстроген- гестагенной терапии на течение различных заболеваний щитовидной железы у женщин в постменопаузе.

Материал исследования. Основную группу составили 114 женщин в постменопаузе в возрасте от 45 до 58 лет с различной степенью выраженности климактерического синдрома. В основную группу вошли 39 женщин с диффузно-узловым нетоксическим зобом (ДУНЗ), не получавшие терапию препаратами тироксина и йодида калия и 35 женщин с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), получавших препараты тироксина в дозе от 50 до 100 мкг в сутки. Контрольную группу составили 40 женщин без патологии щитовидной железы. Пациентки основной группы получали лечение 1 мг 17β эстрадиола с 2 мг дроспиренона в течение 12 месяцев постоянном режиме. Противопоказаний к назначению менопаузальной гормональной терапии (МГТ) не имели.

Методы исследования. Всем женщинам проводился сбор анамнеза, объективный осмотр, оценка ММИ, осмотр гинеколога. Из лабораторных методов исследования проводились гормональный мониторинг (ЛГ, ФСГ, эстрадиол (Э2), тестостерон (Т), пролактин (Пр), прогестерон(Пг), свТ3, свТ4, ТТГ), титр антител к тиреоглобулину (ТГ) и тиреопероксидазе (ТПО);оценка липидного профиля (Хс, ЛПНП,ЛПОНП,ЛПВП, ТГ, КА); коагуляционного гемостаза (АПТВ, фибриноген, протромбин, МНО, протеин S, антитромбин – III). Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз оценивался при использовании индукторов агрегации АДФ-1,25 мкМ, АДФ-0,625 мкМ, АДФ-5мкМ, адреналином 5 мкМ. Изучения МПКТ проводилась при помощи двуэнергетической рентгеновской абсорциометрии(DXA). Исследование щитовидной железы, малого таза, молочных желез (маммография) проводилось до и после лечения МГТ.

Результаты исследования: У пациенток с патологией щитовидной железы отмечалось более тяжелое течение климактерического синдрома с преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм по сравнению с женщинами контрольной группы. У женщин основной группы после лечения МГТ отмечалось достоверное снижение уровней ЛГ, ФСГ и увеличение уровня Э2 ($p<0,001$) и Пг ($p<0,01$), снижение величины ММИ ($p<0,001$). У женщин с ДУНЗ и АИТ отмечалось незначительное повышение уровней свТ4 и свТ3 ($p<0,05$). Достоверных изменений уровня ТТГ получено. У пациенток с АИТ отмечалось снижение уровня АТ к ТПО и АТ к ТГ($p<0,05$). Показаний к изменению доз тироксина ни у одной из пациенток с гипотиреозом не было. У женщин основной группы выявлено снижение уровня об Хс ($p<0,01$) и ЛПНП ($p<0,05$), повышение уровней ЛПВП ($p<0,05$). Уровень ТГ находился в пределах нормы. У женщин основной группы выявлено незначительное снижение антитромбина III и протеина С ($p<0,05$). Достоверных изменений показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза не получено. При анализе данных DXA выявлено, что остеопороз у женщин основной группы встречался чаще (18%), чем у женщин контрольной группы (5%). Остеопения выявлена у 40% женщин основной группы и 31% женщин контрольной группы. У женщин с АИТ отмечалось статистически значимое снижение МПКТ в поясничном отделе позвоночника L1-L2 ($p<0,001$) и в проксимальном отделе бедра ($p<0,01$), шейке бедренной кости ($p<0,05$) по сравнению с женшинами с ДУНЗ и женщинами контрольной группы. К концу 1-го года лечения отмечался достоверный прирост уровня МПКТ у пациенток ДУНЗ и АИТ в области поясничного отдела позвоночника L1-L2 на 8–9% ($p<0,001$), в проксимальном отделе бедренной кости от 2,5–2,7%($p<0,001$), в костях предплечья от 1,8–2,1%($p< 0,01$). Достоверных изменений показателей МПКТ в области шейки бедренной кости на фоне проведенной терапии не получено.

При повторном УЗИ-сканировании щитовидной железы у женщин с патологией щитовидной железы после лечения эстроген-гестагенными препаратами не зарегистрировано увеличения объема щитовидной железы и роста узловых образований.

Выводы: Учитывая положительное влияние на липидный обмен, показатели МПКТ, отсутствие отрицательного влияния на функциональное состояние щитовидной железы целесообразно положительно оценивать примене-

ние низкодозированных форм эстроген-гестагенных препаратов для устранения симптомов патологического климактерия у женщин в постменопаузе с патологией щитовидной железы.

ЭХОГРАФИЯ НОРМАЛЬНОГОВЛАГАЛИЩА И ПОРОКОВ ЕГО РАЗВИТИЯ

Демидов В.Н.

Москва
ФГБУ НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Минздрава России

В настоящем сообщении представлены данные о нормальном строении влагалища и пороках его развития.

This report states data on normal vagina structure and its developmental malformations.

Цель исследования. Изучение нормальной эхографической структуры влагалища и аномалий его развития.

Материалы и методы. На основании многолетнего анализа большого фактического материала изучены особенности строения нормально- и аномально развитого влагалища с применением метода эхографии. Ультразвуковое его исследование производили при небольшом наполнении мочевого пузыря с использованием трансабдоминальных датчиков частотой 3,5 МГц.

Результаты. В результате выполненных исследований было установлено, что при трансабдоминальном сканировании нормально развитое влагалище изображается в виде анэхогенного удлиненного трубчатого образования, разделенного на две равные части тонкой гиперэхогенной линейной структурой, имеющий вид полоски. Его длина варьирует в пределах 6,5–10,0 см, составляя в среднем 8,1 см. Толщина и ширина влагалища у нерожавших и нерожавших женщин имеет некоторые различия. Так, у нерожавших женщин его толщина варьирует в пределах 0,5–1,1 см, составляя в среднем 0,8 см, а у рожавших – в пределах 0,8–1,4 см (в среднем – 1,1 см). Ширина влагалища у нерожавших женщин составляет 3,7-4,8 см (в среднем 4,1 см) и у рожавших – 4,4–5,9 см (в среднем 5,1 см).

Общеизвестно, что диагностика аномалий развития внутренних половых органов представляет значительные трудности, что нередко приводит к многократным, в том числе и неоправданным оперативным вмешательствам. Во многом это определяется отсутствием четкого представления об особенностях их развития. В какой-то мере это относится и к порокам развития влагалища.

Опыт нашей работы позволил выделить следующие варианты аномалий развития этого органа: 1) аплазия всего или части влагалища; 2) гипоплазия влагалища; 3) уменьшение ширины влагалища при нормальной его длине и

толщине (возникает при однорогой матке в связи с отсутствием участия в формировании влагалища одного из парамезонефральных каналов); 4) полная или неполная перегородка влагалища; 5) частичная атрезия одной из половин влагалища при наличии перегородки; 6) неперфорированная девственная плева; 7) прямокишечно-влагалищный свищ; 8) пузырно-влагалищный свищ; 9) пузырно-влагалищный свищ, обусловленный экстрафией задней стенки мочевого пузыря и дефектом передней стенки влагалища; 10) киста гертнерова хода.

Выводы. В заключении следует отметить, что эхография представляет ценный метод, использование которого позволяет получить ценную информацию о различной патологии влагалища и тем самым избежать необходимости дополнительного применения других более сложных методов исследования.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯАВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИВ СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Демидов В.Н., Воронкова М.А., Вахтеркина К.Г.

Москва
ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава России

Результаты многолетних исследований, проведенные в различных родовспомогательных учреждениях страны, показали, полностью автоматизированные антенатальные кардиомониторы фирмы «Уникос» могут способствовать значительному снижению перинатальной смертности.

The results of studies of many years conducted in various obstetric institutions of the country evidenced that fully automated antenatal heartbeat monitors by firm “Unikos” can contribute to considerable reduction of perinatal mortality.

Цель исследования. Общеизвестно, что основной задачей акушерства является снижение перинатальной смертности. В настоящее время для решения этой задачи в основном используется метод кардиотокографии (КТГ). Однако значительный субъективизм при визуальной оценке кардиотокограмм существенно снижает его диагностическую ценность. Поэтому большинство авторов считает, что только автоматический анализ КТГ может устранить недостатки этого метода исследования.

Материалы и методы. Учитывая все вышеизложенное нами в 1990 г. совместно с фирмой «Уникос» (Москва), был разработан и внедрен в клиническую практику полностью автоматизированный и компьютеризированный

антенатальный монитор второго поколения «Анализатор состояния плода». Основной отличительной особенностью данного монитора от других аналогичного типа приборов являлось то, что он автоматически определял продолжительность исследования, осуществлял поправку на сон и учитывал двигательную активность плода. Оценка состояния плода производилась по величине ПСП (показателю состояния плода). При этом величина ПСП – 0–1,0 свидетельствовала о наличии здорового плода, 1,1–2,0 – о начальных нарушениях его состояния, 2,1–3,0 – о выраженном и более 3 – о резко выраженном.

Результаты. Результаты проведенных исследований показали высокую информативность используемого нами монитора. Так, анализ, проведенный по 23 родовспомогательным учреждениям страны за период от 2 до 7 лет в начале и в середине 90-х годов показал, что применение автоматизированного кардиомонитора позволило снизить перинатальную смертность в среднем на 33% даже при неполном оснащении их этим прибором. Приблизительно аналогичные данные в отношении снижения перинатальной смертности были получены и в одном из административных округов города Москвы, численность населения которого составляла 1 млн. 50 тыс. человек. Сравнительный анализ перинатальной смертности за период с 2003 по 2007 гг., когда антенатальный монитор применялся по сравнению с аналогичным по длительности периодом, когда он не применялся, показал, что она снизилась в среднем на 40% и варьировала в пределах 4,5–4,8‰. В последние годы нами стал использоваться полностью автоматизированный антенатальный интеллектуальный монитор третьего поколения. Основные отличительные особенности данного монитора от предыдущего аналога состояли в том, что в него были включены некоторые новые показатели оценки сердечной деятельности плода, стали регистрироваться медленные и икотоподобные движения, а также автоматически устранялись кратковременные и длительные артефакты в случае временной потери сигнала. За 2 года использования данного прибора было произведено 5312 исследований. Из общего числа всех обследованных летальный исход имел место только у одного плода с остро возникшем тромбозом сосудов пуповины.

Выводы. Автоматизированная антенатальная кардиотокография представляет ценный метод, широкое использование которого может способствовать значительному снижению перинатальной смертности.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ВИТАМИНА Д ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Герасимова Л.И., Александров А.Ю., Сидорова Т.Н.

Чебоксары
АУ Чувашии

Проведено изучение обеспеченности витамином Д у беременных группы риска развития преэклампсии, выявлено что у них уровень витамина Д достоверно ниже чем у беременных с физиологическим течением беременности не состоящих в группе риска осложнений течения беременности. В случаях отказа от профилактического приема витамина Д и преэклампсия развивается чаще, у беременных принимавших витамин Д наблюдается более благоприятное течение беременности.

The following has been studied in the article vitamin D level in the pregnant women with risk of preeclampsia, it has been revealed that vitamin D level was significantly lower than in the pregnant women with no risk of pregnancy complications. The results proved that vitamin D levels are decreasing in the pregnant women with risk of preeclampsia, and in cases of refuse to take in the preventive vitamin D level preeclampsia develops more frequently, whereas in pregnant women who took vitamin D, vitamin D level increases and pregnancy develops safely.

Дефицит витамина D затрагивает широкий спектр острых и хронических заболеваний. Поскольку рецепторы к витамину Д обнаружены в репродуктивных тканях, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз, напрашивается ассоциация витамина D с многими проблемами в области репродуктивного здоровья [5, 6, 7, 8]. Витамин D индуцирует более 3000 генов, многие из которых играют определенную роль в развитии плода. 26 из них имеют широкий спектр проверенных биологических действий, в том числе ингибирование клеточной пролиферации и индукции конечной дифференцировки, ингибирование ангиогенеза, продукцию ренина и стимуляция выработки инсулина.

Преэклампсия определяется как возникновение гипертонии и протеинурии после 20 недель беременности, во всем мире она является ведущей причиной материнской смертности и перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования: изучить влияние витамина Д на процесс гестации у пациенток группы риска осложнений течения беременности.

Материалы и методы. Обследованы 90 пациенток в возрасте от 19 до 41 года на сроке беременности 18–22 недели. Из общего количества беременных 60 пациенток состояли в группе риска развития преэклампсии за которыми проведено когортное наблюдение. Всем пациенткам был опре-

делен уровень витамина Д и предложен прием витамина Д, 30 пациенток согласились принимать кальций 1,5 г и витамин Д в дозе 1500 Ед, а 30 пациенток отказались от приема витамина Д и принимали только препарат кальция 1,5 г, 30 пациенток с физиологическим течением беременности вошли в группу (сравнения). У всех пациенток наряду с общеклиническими исследованиями определяли в сыворотке крови содержание витамина Д. Использовали метод иммуноферментного анализа – наборы фирмы BIOMEDICAGRUPPE (Германия). Уровень витамина Д определялся повторно при поступлении на родоразрешение.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакетов программы Statistica for Windows (версия 6,1) методами параметрической и непараметрической статистики (критерии Стьюдента, Манна-Уитни).

Результаты исследования. У 60 пациенток в 20 недель был определен уровень витамина Д в сыворотке крови. В результате исследования было выявлено что уровень витамина Д в 20 недель беременности у беременных группы риска развития преэклампсии составил – 12,76±1,1 нг/мл, у беременных контрольной группы – 19,82±1,5 нг/мл.

У беременных принимавших витамин Д наблюдалось более благоприятное течение беременности – умеренная преэклампсия была диагностирована у 2 пациенток, случаев тяжелой преэклампсии не было зафиксировано. У беременных не принимавших витамин Д в 1 случае наблюдалась преэклампсия тяжелой степени и у 4 пациенток умеренная преэклампсия.

Все беременные были родоразрешены в сроки 37–1 неделя, у всех были повторно взяты анализы. У беременных принимавших витамин Д на сроке при поступлении в акушерское отделение содержание витамина Д составило 21,1±1,7 нг\мл, у беременных не принимавших витамин Д – 12,32±1,2 ($p \geq 0,01$).

Нами было выявлено, что обеспеченность витамином Д у беременных группы риска развития преэклампсии достоверно ниже чем у беременных контрольной группы. Так же по полученным нами результатам можно утверждать что, у беременных в группе риска развития преэклампсии уровень витамина Д снижается, и в случаях отказа от профилактического приема витамина Д и преэклампсия развивается чаще, тогда как у беременных принимавших витамин Д обеспеченность витамином Д увеличивается и наблюдается более благоприятное течение беременности.

ПРОДУКЦИЯ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА У ЖЕНЩИН С СПКЯ

Елгина С.И., Беглова А.Ю.

Кемерово

МБУЗ Клиническая поликлиника 5

Резюме: Продукция АМГ у женщин с СПКЯ отличается от здоровых. Полученные результаты демонстрируют необходимость включения опреде-

ления АМГ у женщин с СПКЯ в качестве дополнительного диагностического критерия для поставки диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациенток с СПКЯ.

AMH Production of women with PCOS is different from normal. These results demonstrate the need to include the test of AMH of women with PCOS as an additional diagnostic criterion for the diagnosis and the further tactics of PCOS patients.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – является одним из наиболее частых эндокринных расстройств у женщин репродуктивного возраста. В общей популяции женщин распространенность синдрома составляет от 6–9 % до 19,9% (Mohlig M., Jurgens A., Spranger J. et al., 2009; Тумилович Л.Г., Геворкян М.А, 2014). В структуре эндокринного бесплодия – доходит до 70%, а у женщин с гирсутизмом – выявляется в 65–70% случаев (Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., 2014). Развитие медицинских технологий в последние десятилетия позволило повысить точность диагностики СПКЯ (Генри М. Кроненберг, 2011). Изучение овариального резерва является новым направлением в исследовании, которое позволит более точно определить репродуктивный потенциал у женщины с СПКЯ.

Цель настоящего исследования – изучение продукции антимюллерового гормона (АМГ) у женщин с СПКЯ в сравнении со здоровыми.

Материалы и методы исследования. Исследованы 40 женщин, находившиеся на амбулаторном наблюдении в МБУЗ «Клинической поликлиники № 5» (20 – с СПКЯ и 20 – здоровых). Основной причиной обращения пациенток, было бесплодие (первичное – у 9 (45%), вторичное – у 10 (50%)). По возрасту женщин группы были сопоставимы. Однако ИМТ у женщин с СПКЯ был 25–29,9, в то время как у здоровых соответствовал норме. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование. Забор крови для гормонального анализа проводился на 3 день менструального цикла. АМГ исследован путем иммуноферментного анализа и набора тест-систем ELISA.

Полученные результаты. Диагноз СПКЯ устанавливался на основании критериев Национального института здоровья США (1990), пересмотренных в 2012 году; согласованных критериев Европейского общества репродукции и эмбриологии человека и Американского общества репродуктивной медицины, принятых в Роттердаме (2003) и критериев Общества гиперандрогении и СПКЯ (2006). Были представлены 2 из 3-х симптомов. Овуляторная дисфункция: олигоменорея – у 13 женщин (65%), опсоменорея – у 5 (25%). Гирсутизм – у 8 (40%). Продолжительность бесплодия в среднем составила 4±0,5 года. Поликистозная морфология яичников по УЗИ: увеличение объема яичников (14,7±1,5 см³) у 7 (35%) женщин, наличие не менее 12 фолликулов, диаметром 2–10 мм – у 7 (35%) пациенток.

По результатам исследования уровень АМГ у женщин с СПКЯ составил – оптимальный порог 4,80 нг/мл. У здоровых женщин – 2,1–2,8 нг/мл. При сравнении выявлены достоверные различия: уровень АМГ у женщин с СПКЯ был в 2 раза выше, чем у здоровых (p=0,01).

Таким образом, уровень АМГ в сыворотке крови можно рассматривать как один из индикаторов овариального резерва у женщин с СПКЯ и исполь-

зовать в качестве дополнительного диагностического критерия для поставки диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациенток с СПКЯ.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С БЫСТРЫМИ РОДАМИ

Железова М.Е.

Казань
ГАУЗ РКБ№2

Доля быстрых родов в современном акушерстве составляет 10–13%. Традиционно, считается, что ускоренная продолжительность родового акта оказывает негативное влиянием на состояние матери и плода.

In the article pregnancy course and outcomes of rapid labor in 160 women with term pregnancies were analyzed. In 68% of cases deliveries were associated with various maternal and perinatal complications, like pelvic floor and birth canal injuries, intrauterine fetal hypoxia.

Цель: Оценить перинатальные исходы у женщин с быстрыми родами.

Материалы и методы: В основную группу вошли 160 женщин с быстрыми родами. Группу сравнения составили 45 женщин с нормальной продолжительностью родового акта. Группы были сопоставимы по возрасту, социальному статусу.

Все роды произошли при доношенном сроке беременности. В основной группе частота травматизма мягких родовых путей матери составила 40%. Анализ корреляционных связей травм родовых путей и течения беременности выявил ряд закономерностей. Так, нарушение целостности промежности и влагалища оказались ассоциированы с инфекционной патологией нижних отделов генитального тракта ($r=0,54$ $p<0,03$), заболеваниями мочевыводящих путей ($r=0,41$ $p<0,05$), осложнившими течение настоящей беременности.

В группе сравнения частота родового травматизма оказалась существенно ниже ($p<0,05$) и составляла 10%.

Заболеваемость в раннем послеродовом периоде среди пациенток основной группы составила 16%. В структуре осложнений ведущее место (34%) занимала субинволюция матки. Среди остальных осложнений отмечена гематометра, воспалительные изменения крови, гипертермия. Выявлен высокий коэффициент корреляции патологии послеродового периода с угрозой прерывания беременности ($r=0,67$ $p<0,001$) рецидивирующей вагинальной инфекцией ($r=0,44$ $p=0,001$). В группе сравнения послеродовый период имел осложненной течение только у одной пациентки.

Новорожденные основной группы имели разнообразную патологию. Всего патологическое течение раненого неонатального периода отмечено у 68% детей. Средний бал по шкале Апгар при рождении составил 5,97±1,86, что

было достоверно ниже, чем в группе сравнения, где оценка по шкале Апгар на 1-й минуте составляла 7,1±0,7 (p<0,05).

Среди осложнений раннего неонатального периода, ведущее место занимали нарушения церебрального статуса, частым событием был геморрагический синдром и неонатальная желтуха. К фактором риска, вызвавшим осложнения раннего неонатального периода, были отнесены фетоплацентарные нарушения, степень связи этих событий оказалась практически абсолютной (r=0,98 p<0,001), воспалительно-инфекционные заболевания генитального тракта (r=0,61 p<0,003), преждевременное излитие околоплодных вод (r=0,34 p=<0,05).

В группе сравнения частота неонатальных осложнений была сопоставима с общей структурой отделения на базе которого было проведено исследование и составляла 27% (p<0,05).

Таким образом, патологическое течение послеродового периода и заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде у женщин с быстрыми родами, обусловлены преимущественно инфекционной патологией генитального тракта и мочевыводящих путей, осложнивших течение беременности у этих пациенток.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМИ НАУЧНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ НИИ АГИР ИМ. Д.О. ОТТА

Жесткова Н.В., Мыльникова А.С., Опарина Т.И.

Санкт-Петербург
ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта

С целью установления обратной связи между пациентами и медицинским персоналом поликлиник НИИ АГиР им Д.О. Отта были проведены анкетные опросы в 2012 и 2015 годах. Результаты показали высокую удовлетворенность профессиональным уровнем врачей и среднего медицинского персонала, но также выявили проблемы в организации оказания медицинских услуг.

Two surveys have been held in 2012 and 2015 in D.O. Ott Institute of Obstatrics and Gynecology to assess the feedback between patients and medical staff. Results showed that patients are highly satisfied with physician's professional quality, but there are some problems in the process of providing medical services.

Актуальность: Доверительные отношения между врачом и пациентом являются важной составляющей процесса оказания медицинских услуг, осо-

бенно актуально это в учреждениях акушерско-гинекологического профиля. В последние годы придается особое значение удовлетворенности пациентов при оценке эффективности деятельности лечебных учреждений.

Цель: Проанализировать оценку качества оказания медицинских услуг пациентами поликлиник НИИ АГиР им. Д.О. Отта, выявить основные причины неудовлетворенности, предложить свои рекомендации по их устранению.

Материалы и методы: Исследование включало 2 анкетных опроса, проведенных в 2012 и 2015 годах в научно-консультативном отделении ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», одного из ведущих в РФ научных и лечебных учреждений в области акушерства и гинекологии. В 2012 году в опросе приняли участие 50 (N1), а в 2015 – 60 пациенток (N2).

Полученные результаты: Все респондентки, согласившиеся принять участие в опросе, отметили, что посетят поликлинику Института вновь, если возникнет необходимость. Наиболее привлекательным фактором, определяющим выбор лечебного учреждения, для пациенток является уровень врачебной квалификации (n1=30, 60%; n2=42, 70%). Кроме того, многие участницы опроса выбирали вариант «полнота выполнения лечебно-диагностических мероприятий» (n1=10, 20%; n2=32, 53%), что указывает на широкий спектр предоставляемых Институтом услуг. На третьем месте по частоте выбора находились доверительные отношения с медицинским персоналом (n1=9, 18%; n2=27, 45%). Тем не менее, по сравнению с опросом 2012 года, в 2015 году наблюдалась отрицательная динамика по удовлетворенности пациенток оказанием медицинских услуг. Если в 2012 году довольных данным аспектом было 2/3 (66%), то в 2015 таких было меньше половины – 47% от числа опрошенных. Многие пациентки отметили, что испытывают дискомфорт от длительного ожидания приема (n1=10, 20%; n2=7, 28%). С трудностью записи на прием к нужному специалисту сталкивались преимущественно женщины из возрастной группы 36–45 лет (n1=3, 6%; n2=5, 8%). При этом в данное понятие они вкладывали и трудности записи по телефону, и очереди в регистратуру и отдельные кабинеты, и низкий профессионализм работников диспетчерской и регистратуры, которые не всегда в состоянии грамотно ответить на вопросы пациенток. Тем не менее, большинство пациенток высоко оценивали свою удовлетворенность от взаимодействия с врачами, медсестрами, а также в целом качеством оказанных медицинских услуг. Средняя оценка этих показателей по 5-балльной шкале в 2012 году составила 4,6; 4,8 и 4,75 балла, а в 2015 – 4,85; 4,8 и 4,55 балла, соответственно. Повышение оценки врачам Института еще раз подтверждает факт их высокого профессионализма, а снижение оценки качества оказания медицинских услуг в целом говорит о проблемах, связанных с организационными вопросами.

Обсуждение: Выбирая медицинское учреждение акушерско-гинекологического профиля, пациентки ожидают доброжелательного отношения персонала и качественного оказания медицинских услуг. Если в плане оказания медицинской помощи в НИИАГиР у пациенток практически нет нареканий, то в плане организации процесса ситуация не столь благоприятна. После проведенных опросов была повышена информативность сайта учреждения, что

снизило нагрузку на диспетчерскую, а также стал возможным безналичный расчет в кассах поликлиник института. Таким образом, вопросы организации оказания медицинских услуг акушерско-гинекологического профиля чрезвычайно важны для современных женщин, и это следует учитывать администрации соответствующих лечебных учреждений.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХОСЛОЖНЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Залиханова З.М., Мизиев И.А., Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Абрегова А.Р.

Нальчик
КБГУ

Резюме. В профилактике послеродовых инфекционных осложнений значительная роль принадлежит сочетанию методов лекарственной терапии и не медикаментозного воздействия. Установлено, что метод магнитолазерной терапии позволил значительно снизить частоту инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде и сократить сроки пребывания родильниц в стационаре.

Summary. In prevention of postnatal infectious complications the significant role belongs to a combination of methods of drug therapy and not drug influence. It is established that the method of magnetolaser therapy allowed to reduce considerably the frequency of infectious and inflammatory complications in the postnatal period and to reduce duration of stay of women in childbirth in a hospital.

В профилактике послеродовых инфекционных осложнений значительная роль принадлежит сочетанию методов лекарственной терапии и не медикаментозного воздействия, что способствует улучшению реабилитации родильниц, снижению массивности и длительности лекарственной нагрузки.

Цель исследования: снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений у родильниц после операции вакуум-экстракции плода с применением низкоинтенсивного магнитолазерного излучения.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 77 родильниц, родоразрешенных путем операции вакуум-экстракции плода с применением в послеродовом периоде низкоинтенсивного магнитолазерного излучении на область промежности (I основная группа) и 50 родильниц, родоразрешенных путем операции вакуум-экстракции после стандартной

терапии без применения физических методов лечения (II группа сравнения). У всех родильниц были раны на промежности после эпизио- и перинеотомии.

Курсовое лечение ран магнитолазером осуществлялось следующим образом: рана на промежности предварительно обрабатывалась раствором перекиси водорода и фурацилина, осушалась стерильными марлевыми салфетками и затем облучалась вся поверхность раны. Облучение начинали со 2-х суток после родов и проводили ежедневно в течение 5–7 дней. Магнитолазеротерапия проводилась контактно на область раны (2–3 зоны) через один слой марли с экспозицией по 40 секунд на зону. Параметры магнитолазера: длина волны – 0,89 мкм, частота повторения импульса 80 Гц, импульсная мощность 5,2 Вт.

Оценка клинической эффективности предложенной методики профилактики проводилась по общему состоянию родильниц, темпам инволюции матки, характеру лохий, состоянию рубца на промежности, длительности пребывания в стационаре. Показатели качества жизни родильниц оценивались с использованием теста дифференцированной самооценки в исходном состоянии и после курса лечения.

Результаты исследования:

Обследуемые группы родильниц по основным характеристикам были сравнимы: по возрасту, данным анамнеза, течению беременности и родов, величине кровопотери.

Сроки пребывания родильниц в стационаре сократились в среднем на 2,4 дня в основной группе. Послеродовый период у пациенток I группы протекал более благоприятно: не было температурной реакции после родоразрешения. В II группе субфебрильная температурная реакция отмечалась до 3-х суток у 16%, отечность швов промежности у 60% родильниц.

Динамика сокращения матки нами оценивалась на 3 и 5 сутки после родов. Инволюция матки в основной группе значительно опережала инволюцию матки в контрольной группе. Магнитолазерное излучение способствовало более гладкому течению раневого процесса: отмечено значительное уменьшение болевого синдрома, отечности и гиперемии кожи промежности на 2–3 сутки после родов в I группе. Во II группе уменьшение болей наблюдалось на 3–4-е сутки. У одной родильницы из II группы отмечено нагноение раны промежности с расхождением швов.

По результатам психологического тестирования динамика показателей по параметрам активности и настроения была достоверно лучше в I группе родильниц и коррелировала с качеством жизни. У пациенток II группы ни по одному из трех параметров теста достоверных изменений не произошло. Данные положительных изменений параметров качества жизни пациенток мы связали с быстрым купированием болевого синдрома.

Таким образом, метод магнитолазерной терапии позволил значительно снизить частоту инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде и сократить сроки пребывания родильниц в стационаре, что имеет важное значение для практического здравоохранения.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ КРИТЕРИИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ

Зур Н.В., Миронов А.Ю.

Коломна

ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского», Москва

Резюме: Впервые определены ГХ-МС показатели мочи: 2-пропанамид (0,002–0,06 ммоль/л), N-амино-оксиметиламид (0,002–0,06 ммоль/л), 2-метил-5 – (1-метил-этил) – фенол (0,003–0,11 ммоль/л) и 4–4-дигидроокси-дифенил-сульфон (0,002–0,05 ммоль/л), служащие показателем в совокупности наличия инфекционной патологии почек, вызванной Chlamydia trachomatis. Ранняя этиологическая диагностика специфической инфекционной почечной патологии важна для обеспечения эффективности ее терапии.

Resume: A GC-MS parameters of urine were determined for the first time: 2-propanamide (0.002–0.06 mmol/l), N-amino-oxymethylamide (0.002–0.06 mmol/l), 2-methyl-5-(1-methyl-ethyl)-phenol (0.003–0.11 mmol/l) and 4,4-dihydroxy-diphenyl-sulfone (0.002-0.05 mmol/l) which serve as an indicator of the presence of infectious renal pathology caused by Chlamydia trachomatis. Early etiological diagnosis of specific infectious renal pathology is important for ensuring the treatment effectiveness.

Цель: индикация молекулярных маркёров поражения почек на основе хромато-масс-спектрометрического анализа биологических жидкостей организма больных при хронической генерализованной урогенитальной хламидийной инфекции (ХГХИ).

Материалы и методы: методами газовой хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ-МС) исследовали мочу и соскобы слизистой оболочки уретры при хроническом урогенитальном хламидиозе у 41 больного (21 мужчины и 20 женщин) с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями урогенитальной системы сочетанной хламидийной этиологии. Контрольную группу составили 40 клинически здоровых пациентов (20 мужчин и 20 женщин). Всего изучено 567 проб.

Результаты: у больных при ХГХИ в моче и уретре методами ГХ-МС-анализа идентифицированы летучие жирные кислоты, фенолы, амиды, крезолы, фенилкарбоновые кислоты, являющиеся продуктами нарушенного метаболизма углеводов и аминокислот при развитии генерализованного инфекционно-воспалительного процесса на фоне выраженного угнетения системы антиинфекционной резистентности организма, а также сернистые соединения, обладающие высокой токсичностью и тропизмом к коллагену и приводящие к поражению слизистых оболочек органов мочеполовой

сферы. Определены молекулярные маркёры инфекционной патологии почек при ХГХИ: 2-пропанамид, N-амино-оксиметиламид, 2-метил-5-(1-метил-этил)-фенол и 4-4-дигидроокси-дифенил-сульфон и при их количестве 0,002-0,06 ммоль/л; 0,002–0,06 ммоль/л; 0,003–0,11 ммоль/л и 0,002–0,05 ммоль/л, соответственно, диагностируют специфическую инфекционную патологию почек, вызванную Chlamydia trachomatis. Разработанные ГХ-МС лабораторные диагностические критерии почечной патологии при ХГХИ имеют высокий уровень диагностической чувствительности (60,7–88,8%), диагностической специфичности (50,0–95,0%), диагностической предсказуемости положительной (60,0–94,4%), диагностической предсказуемости отрицательной (60,2–87,8%).

Выводы: впервые были определены ГХ-МС показатели мочи, свидетельствующие в совокупности о наличии инфекционной патологии почек, вызванной Chlamydia trachomatis, до начала манифестации развернутых клинических проявлений заболевания (патент РФ на изобретение № 2539386). Ранняя этиологическая диагностика специфической инфекционной патологии почек способствует проведению адекватной и эффективной терапии.

СИСТЕМА «QUORUM SENSING» ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Зур Н.В., Миронов А.Ю.

Коломна
ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского», Москва

Резюме: Определение активаторов QS микробов в крови больных с ХИВЗ урогенитальной системы сочетанной хламидийной этиологии является молекулярным маркёром генерализации инфекции при хроническом урогенитальном хламидиозе и септикоподобного течения хронической генерализованной хламидийной инфекции.

Resume: Determination of the bacterial QS activators in the blood of patients with CIID of the genitourinary system caused by concomitant chlamydial infection is the molecular marker of the generalization of infection in chronic urogenital chlamydiosis and sepsis-like course of chronic generalized chlamydial infection.

Цель: индикация сигнальных низкомолекулярных соединений – активаторов «кооперативной чувствительности» (системы «Quorum sensing» – QS) микробов (лактонов, хинолонов, фурановых эфиров) при хронической урогенитальной хламидийной инфекции.

Материалы и методы: методами газовой хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ-МС) исследовали периферическую кровь у 41 больного (21 мужчины и 20 женщин) с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями (ХИВЗ) урогенитальной системы сочетанной хламидийной этиологии. Контрольную группу составили 40 клинически здоровых пациентов (20 мужчин и 20 женщин) и 31 больной с хирургическим сепсисом.

Результаты: в периферической крови больных определены активаторы QS – лактоны (0,06–0,26 ммоль/л), хинолоны (0,07–0,25 ммоль/л), фурановые эфиры бора (0,07–0,19 ммоль/л). Содержание указанных QS у больных существенно превышало (в 18–45 раз) показатели здоровых обследованных, пороговые значения (в 11–25 раз) и максимально приближено к значениям активаторов QS в крови больных сепсисом преимущественно тяжёлой и крайне тяжёлой степени тяжести. Последнее, по нашим данным, обеспечивает группе микроорганизмов при хронической сочетанной хламидийной инфекции возможность запуска генов патогенности с развитием генерализации активного инфекционно-воспалительного процесса на фоне резкого снижения системы антиинфекционной резистентности организма. Самый высокий уровень показателя диагностической чувствительности в крови отмечен при ГХ-МС-анализе фурановых эфиров (80,0–90,0%), затем следует определение лактонов (80,0%), хинолонов (70,0–75,0%). Показатели диагностической специфичности распределялись следующим образом: лактоны и хинолоны (85,0–90,0%); фурановые эфиры (70,0–75,0%). Наибольшая прогностическая ценность положительного результата отмечена при определении лактонов (84,2–88,9%) и хинолонов (82,4–83,3%), в меньшей степени – фурановых эфиров (72,7–78,3%). Показатель прогностической ценности отрицательного результата наиболее высок при детекции фурановых эфиров (77,8–88,2%), затем лактонов (81,0–81,8%) и хинолонов (73,9–77,3%).

Выводы: определение активаторов QS микробов в крови больных с ХИВЗ урогенитальной системы сочетанной хламидийной этиологии является молекулярным маркёром генерализации инфекционного процесса при хроническом урогенитальном хламидиозе и септикоподобного течения хронической генерализованной хламидийной инфекции. Лабораторные диагностические критерии индикации в крови молекулярных маркёров хронической генерализованной хламидийной инфекции методом газовой хроматографии и масс-спектрометрии имеют высокий уровень диагностической чувствительности и специфичности, прогностической ценности положительного и отрицательного результата.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ ИНФЕКЦИЕЙ. ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Ионова Е.В., Турчанникова Л.В.

Рязань
Мед центр Он Клиник Рязань

Предложен оптимальный вариант комплексной диагностики и поэтапного консервативного и хирургического лечения пациенток с патологий шейки матки и ВПЧ инфекцией. Установлено, что высокая эффективность была достигнута при использовании исследования мазка на генитальные инфекции и ВПЧ методом полимеразной цепной реакции, расширенной кольпоскопии, цитологического исследования, морфологического исследования прицельно взятого участка шейки матки, использования Digene test как контроля после лечения, сексуального воздержания на период лечения вместе с партнером.

What is suggested is really the best variant of complex diagnostics and stepped conservative and surgical treatment of patients with pathology of cervix uteri and HPV-infection. It is proved that high effectivency was achieved when using smears for genital infections and HPV by polymerase chain reaction, extended colposcopia, cytologic and morphologic examinations of the targeting part of cervix uteri. Digene test was also used as a control means after treatment end sexual continence for the period of joint treatment together with a partner.

Вирус папилломы человека (особенно 16 и 18 тип) являются причиной формирования цервикальной неоплазии и злокачественной трансформации эпителия шейки. В отсутствии стандарта ведения пациенток с ВПЧ профессиональный интерес для практического врача может представить экономически оправданная и практически приемлемая тактика обследования и ведения пациенток с патологией шейки и ПВИ ,используемая в нашем центре.

Цель исследования – оптимизировать подход к обследованию и лечению пациенток с патологическими изменениями шейки и ВПЧ инфекцией.

Материалы и методы. Нами было проведено клинико – инструментальное обследование 186 пациенток с жалобами на бели и визуальными изменениями шейки матки в возрасте от 22 до 45 лет.

На первом этапе проводился забор материала на цитологию, общий мазок на флору, ПЦР анализ на ИППП и ВПЧ (качественный , типирование).

Затем фомировалась группа с выделенным ВПЧ (68 чел). Больным с ИППП и бактериальным вагинозом проводилось специфическое лечение с последующим контролем излеченности через 1 месяц. Одновременно партнеры направлялись на обследование и лечение к дерматовенерологу. ВПЧ позитивным пациенткам без генитальных инфекций (35 чел) и с пролеченными ИППП проводилась расширенная кольпоскопия. Четких кольпоскопических критериев для дифференциальной диагностики субклинической формы ПВИ и интраэпителиальной неоплазии не существует. Кольпоскопия позволяет оценить размеры поражения и его локализацию на границе плоского и цилиндрического эпителия в отсутствие фонового влияния генитальных инфекций. Аномальные кольпоскопические признаки (грубый ацетобелый эпителий, мозаика, пунктация, йоднегативная зона), а также выявленные при цитологическом скрининге CIN являются показанием для проведения биопсии шейки. У 59 пациенток выявлены морфологические изменения эпителия: признаки воспаления, акантоз, гиперкератоз, дискариоз, клеточные элементы с койлоцитотической атипией, дисплазией III.

При латентной форме ПВИ возможно наблюдение с цитологическим, кольпоскопическим и ПЦР контролем через 6 месяцев. Клиническая и субклиническая формы ПВИ и наличие CIN I–II являются показанием к радиоволновой деструкции шейки и назначению курса антивирусной терапии инозин пранобексом, иммуномодуляторами, индинолом, воздержанию от сексуальных контактов в период лечения.

Пациенткам с CIN III назначали консервативное противовирусное лечение и с материалами видеокольпоскопии направляли на лечение к онкологу.

Результаты исследования. Предварительная санация генитальных инфекций, адекватная иммунотерапия и хирургическая деструкция очага поражения способствовала элиминации ВПЧ в 83,8% случаев, что сопоставимо с мировыми данными. Через 4 месяца проводили цитологический, кольпоскопический и молекулярный контроль излеченности ВПЧ. ВПЧ позитивным больным (это группа пациенток не корректно выполнявших назначения врача и лица старше 40 лет) назначали Digene-test, позволяющий определить клинически значимую концентрацию ДНК ВПЧ в ткани, что является прогностическим критерием развития заболевания. Выявленные Digene позитивные пациентки с материалами видеокольпоскопи направлены к онкологу для решения вопроса о конизации шейки. Digene негативным пациенткам назначен повторный курс лечения инозином пранобексом, иммуномодуляторами, индинолом.

Молекулярно – генетические методы исследования имеют большую чувствительность, но меньшую специфичность в выявлении дисплазии шейки по сравнению с цитологическим и мофологическим исследованием. Таким образом, только комплексное обследование дает возможность максимально точно определить стадию развития ВПЧ инфекции и назначить адекватное лечение.

Выводы:

1. Перед проведением расширенной кольпоскопии необходима санация генитальных инфекций.

2. Поэтапное плановое обследование и лечение оптимизирует экономические и временные затраты пациентки.

3. Использование комбинации цитологических, кольпоскопических, морфологических, молекулярно-генетических методов дает возможность быстро и патогенетически правильно определиться с тактикой ведения пациенток с патологией шейки и ВПЧ инфекцией.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА Р. ФОЛЛЯ ПРИ ФИЗИОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В.

Москва
ФГБУ НЦАГиП

В работе представлены диагностические возможности метода Р. Фолля при физиотерапии у женщин с хроническим сальпингоофоритом. Задача метода – целенаправленное исследование функционального состояния половых органов при физиолечении.

The paper presents the diagnostic possibilities of the method of R. Voll during physiotherapy in women with chronic salpingo-oophoritis . The objective of the method – a purposeful study of the functional state of genitals during physiotherapy.

Хронические сальпингоофориты (ХС) у женщин полипричинны и представляют собой бессимптомно протекающие хронические очаги вялотекущего воспаления. Развивающиеся патологические процессы обладают кумулятивным эффектами с полисистемным поражением, вызывая длительную эндогенную интоксикацию в организме. Электроакупунктурная диагностика по методу Фолля (ЭАФ) в репрезентативных биологически активных точках (БАТ) указывает на функциональные отклонения от нормы и не являлось основанием для постановки диагноза.

Цель работы: определить диагностические возможности ЭАФ при физиотерапии (ФТ) у женщин с ХС.

Материалы и методы: обследованы 71 женщин с интраоперационно верифицированным диагнозом ХС и дополненным УЗИ и МРТ органов малого таза. Показаниями к ФТ явились наличие спаечно-инфильтративных изменений в придатках матки с признаками пастозности и умеренный болевой синдром. Все женщины получили ультратонтерапию в интенсивном (по 3 раза в день) режиме воздействия. Курс лечения составил 30 процедур. Клиническую эффективность лечения оценивали по общему состоянию паци-

енток и результатам бимануального исследования. Задачей ЭАД было целенаправленное исследование функционального состояния половых органов до и после ФТ.

Результаты исследования. Все пациентки ФТ переносили хорошо, их общее состояние характеризовалось как удовлетворительное. Показатели измерения электропроводности в биологически активной зоне «рука-рука» до и после лечения были стабильны ($p>0,05$) и находились в интервале 81,31±0,96 до 85,20±0,17 у.е., что соответствовало в обоих случаях состоянию эйтонии, т.е. сбалансированному влиянию симпатической и парасимпатической систем в вегетативной нервной системе у пациенток.

После ФТ показатели в контрольных точках измерения (КТИ) мочеполовой системы у пациенток I группы справа снизились ($p<0,02$) с 78,38±0,11 до 51,50±0,10, а слева ($p<0,04$) с 69,79±0,13 до 50,23±0,08 у.е. В точках измерения (ТИ) V65 (матка, влагалище, широкая связка матки) показатели справа снизились ($p<0,05$) с 77,76±0,15 до 49,98±0,10, а слева ($p<0,05$) с 69,88±0,13 до 50,22±0,08 у.е. В ТИ V64 (фаллопиева труба, яичник) справа показатели снизились ($p<0,02$) с 82,68±0,15 до 49,98±0,10, а слева ($p<0,02$) с 81,88±0,12 до 50,22±0,08 у.е.

Итак, по окончании ФТ показатели в точках КТИ мочеполовой системы и V65 справа и слева вышли из зоны субклинических нарушений функции органа и тканевой системы, а в ТИ V64 справа и слева – из зоны очагового воспалительного процесса, и достигли показателей «идеальной нормы», что свидетельствовало о процессах нормализации в зонах.

Нормализация специфических показателей ЭАФ сопровождалась нормализацией клинического состояния пациенток. Так, до ФТ все пациентки предъявляли жалобы на периодические боли внизу живота, которые отсутствовали по его окончании. Данные бимануального исследования констатировали разрешение экссудативного процесса в области придатков матки, безболезненной пальпации и отсутствии признаков тазовой невралгии. Показатели клинического анализа крови не отличались от нормативных величин. Т.е. ЭАФ подтвердила полученный положительный лечебный эффект ФТ.

Выводы. Таким образом, ЭАФ оказывает существенную помощь при проведении ФТ у женщин с ХС. Это связано с тем, что «информация» о состоянии половых органов, собранная при помощи изучаемого метода, позволяет получить объективную оценку клинического статуса пациентки.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН: БОЛЕУТОЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В.

Москва
ФГБУ НЦАГиП

В тезисе указана целесообразность включения в комплекс лечебных мероприятий женщин с хроническим сальпингоофоритом локальной и центральной физиотерапии.

Это обеспечивает выраженный обезболивающий эффект.

Полученные данные подтверждены результатами лазерной допплеровской флоуметрии и допплерометрии сосудов матки.

In the thesis shows the feasibility of inclusion in the complex treatment of women with chronic salpingo-oophoritis local and central physiotherapy.

This provides a pronounced analgesic effect.

The obtained data confirmed the results of laser Doppler flowmetry and Doppler of blood vessels of the uterus.

Проблема хронических воспалительных заболеваний придатков матки (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 работы: оценить эффективность комплексного немедикаментозного метода лечения у пациенток с ХВЗПМ.

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

До ФТ и через 1 месяц после нее, на 5–7 день цикла методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) определяли состояние кровотока на капиллярном уровне. В динамике выявлено увеличение ($p<0,05$) максимальной амплитуды нейрогенных (AmaxH) и миогенных (AmaxM) колебаний. AmaxH в точке VC3 повысилась ($p<0,05$) с 0,11±0,02 до 0,21±0,02, а в VC4 – с 0,12±0,04 до 0,29±0,02 пф.ед. соответственно. AmaxM в точке VC3 увеличилась ($p<0,05$) с

0,21±0,02 до 0,40±0,02, а в VC4 – с 0,19±0,01 до 0,32±0,01 пф.ед. соответственно. AmaxH в точке V31 также увеличилась (p<0,05) справа с 0,13±0,04 до 0,34±0,02 и слева – с 0,16±0,05 до 0,37±0,02 пф.ед. соответственно. AmaxM в точке V31 слева и справа увеличилась (p<0,05) до 0,38±0,04 пф.ед. Амплитуда дыхательной волны (AmaxД) снизилась (p<0,05) в точке VC3 с 0,29±0,01 до 0,13±0,02, а в VC4 – с 0,28±0,02 до 0,10±0,04 пф.ед. соответственно. В точке V31справа AmaxД составила 0,11±0,03, а слева – 0,13±0,02 пф.ед. соответственно. Результаты ЛДФ свидетельствуют о восстановлении тканевого кровотока за счет разгрузки венулярного звена микроциркуляторной системы.

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

Итак, локальная электротерапия вызвала улучшение кровообращения за счет влияния на микроциркуляцию и в регионе в целом. А данные реоэнцефалограммы головного мозга указывали на нормализацию тонуса артериальных сосудов и их кровенаполнение, что облегчает венозный отток из черепа. При этом уровень интенсивности боли (тестирование по визуально-аналоговой шкале) снизился с 2,33±0,14 до 0,67±0,10 баллов, а коэффициент обезболивающего действия составил 0,71±0,02, что соответствует выраженному болеутолению. А число выбранных дескрипторов (Мак-Гилловскому опросник боли) в сенсорной шкале снизилось вдвое, а сумма рангов в 3 раза соответственно.

Выводы. Таким образом, комплексное локальное и центральное действие ЛФФ является патогенетически обоснованным и клинически эффективным.

МАЛОИЗВЕСТНЫЕ ТРУДЫ АКАДЕМИКА Г.Е. РЕЙНА

Казиева З.М.

Москва
ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Резюме. В литературных источниках указаны 92 научные работы в области акушерства и гинекологии, выполненные Г.Е. Рейном. Кроме того, нами обнаружены его малоизвестные работы (7), среди которых учебник «Оперативное акушерство» (София, 1926), опубликованный на болгарском языке. Эта работа академика, которую мы готовим к введению в научный оборот, отсутствует в ведущих библиотеках страны (РГБ, РНБ, ЦМНБ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и в остальных библиотечных фондах).

Summary. In literary sources in the field of obstetrics and gynecology there are 92 scientific papers made by G.E. Rhine. In addition, we've discovered his little-known work (7), including the textbook "Operative Obstetrics" (Sofia, 1926), that was published in Bulgarian. We are preparing this paper of the academician for the introduction to the scientific circulation. That paper is absent in top academic libraries of the country (RSL,NLR, CNMB First MGMU them. Sechenov and in the rest of library collections).

Актуальность. Болгарский период в деятельности Г.Е. Рейна остается малоизученным в связи с эмиграцией из России (1920) и заведованием кафедрой акушерства и гинекологии в Софийском университете (1920–1926). В 2016 г. исполняется 90 лет со времени выхода в свет малоизвестного учебника Г.Е. Рейна «Оперативное акушерство».

Цель работы. Введение в научный оборот первых представлений об учебнике по оперативному акушерству, опубликованном на болгарском языке и представляющем библиографическую редкость в Российской Федерации.

Материал исследования. Клинические лекции №№ 1–15 учебника: Рейн Г.Е. Оперативно акушерство. София: Софийский университет; тип. Божинов, 1926. С. VII + 425 (на болгарском языке). Перевод З.М. Казиевой.

Результаты исследования. Г.Е. Рейн стал первым заведующим кафедрой акушерства и гинекологии, образованной в Софийском университете (1920). Курс оперативного акушерства осуществлялся с помощью одноименного учебника А.Я. Крассовского (IV изд., 1889 г.). Первоначальные намерения сводились к переводу этого русскоязычного руководства на болгарский язык. Со временем Г.Е. Рейн отказался от них, чтобы не изменять оригинальность содержания внесением поправок (издание использовалось более 30 лет).

Чтение студентам нескольких циклов лекций по курсу оперативного акушерства в 1920–1924 гг. привело к накоплению собственных материалов. К тому же 1925/26 учебный год в Софийском университете был особенным для Г.Е. Рейна: в 1926 г. исполнялось 50 лет с начала его научной и практической деятельности. К этому юбилею он преподнес Софийскому университету оригинальный подарок – собственный учебник по оперативному акушерству на болгарском языке, ставший первым учебным руководством в истории болгарского акушерства и гинекологии. Российский академик вложил в это издание не только свои знания, опыт практической работы или рекомендации по организации акушерской деятельности, но и собственные средства.

Перевод на болгарский язык 15 клинических лекций Г.Е. Рейна осуществлялся учениками его научной школы болгарского периода (Д. Стаматов и др.), ставшими впоследствии основоположниками акушерства и гинекологии в Болгарии.

Иллюстративную часть издания взяла на себя Л.С. Рейн, жена академика. В издании представлено 242 рисунка, в том числе 26 цветных иллюстраций. Клинические лекции заключены в твердую обложку; она отличается золоченым тиснением названия учебника на корешке.

Выводы: оригинальное учебное руководство Г.Е. Рейна является ценным и пока малоизученным вкладом в отечественную акушерскую литературу.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОТЕНЦИАЛ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Каралова И.В., Шмиголь Э.З.

Томск
ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж»

Проведено изучение внутри личностных и поведенческих характеристик студентов младших курсов ОГБПОУ ТБМК для определения факторов риска и сохранения потенциала здоровья.

They was learning intrapersonal and behavioral characteristics of the students of junior courses of Tomsk medical college to determine the risk factors and conservation potential of health.

Были исследованы 135 практически здоровых студента ОГБПОУ ТБМК г. Томска, при помощи специально разработанной анкеты и психодиагностической методике: «Мотивация потребления алкоголя» (МПА) В.Ю. Завьялова. Среди исследуемых студентов – 63,2% девушек и 36,8% юношей в возрасте от 18 до 23 лет. Распространенность среди студентов рискованных для здоровья поведенческих практик: четверть всех исследуемых курит, у 21,6% – выявляются признаки злоупотребления алкоголем. Половую жизнь ведут 61,9% всех испытуемых. Также пятая часть студентов пробовали наркотики. Анализ данных показал, что почти половина юношей (43,2%) и 13,3% девушек курят. Все исследуемые студенты начинают курить за компанию с друзьями во дворе или в школе в возрасте 15,4±2,4 года, но девушки выкуривают меньше сигарет в день, чем юноши ($t=3,291$; $p=0,001$). По данным МПА у 18,9% юношей встречается злоупотребление алкоголем ($z=3,346$; $p=0,002$). У девушек прием алкоголя носит эпизодический характер. 22,2% юношей и 5,0% девушек из исследуемых имеют опыт употребления наркотиков. При этом 13,9% этих юношей употребляли наркотики несколько раз ($z=2,511$; $p=0,010$), что свидетельствует о наличии у них более высокого риска развития наркотической зависимости. Каждая третья девушка считает наркотики безусловным злом. Половую жизнь ведут 94,6% юношей и 41,7% девушек. Юноши приобретают первый сексуальный опыт в 15,6 лет, а девушки – в 17,5 лет. Только каждая десятая девушка согласна на контакт с незнакомым или малознакомым человеком, в то время как среди юношей таких –каждый второй ($z=4,408$; $p=0,001$). Девушки ищут стабильных отношений и за последний год у большинства из них (72%) был только один постоянный партнер ($z=2,642$; $p=0,008$). Количество партнеров за год у юношей ограничилось только одним у 42,9%, а у 17,1% их количество превышало пятерых. Студенты, не ведущие половую жизнь, более осторожны и только некоторые из них допускают в будущем возможность сексуального контакта с малознакомыми или незна-

комыми людьми (5,4%), незащищенного секса (5,4%) и секса после употребления алкоголя (11,4%). Студенты, ведущие половую жизнь, спокойнее приемлют незащищенный секс (38,3%), секс с малознакомыми людьми (41,7%) и секс после употребления алкоголя (46,7%). Среди студентов, ведущих половую жизнь, только 38,3% исключают возможность рискованного сексуального поведения, а в среде студентов, не имеющих сексуального опыта, их 81,1%. Определяется взаимосвязь между наличием сексуального опыта и курения, которое сопровождается формированием и других форм деструктивного поведения. Студенты со сформированным антинаркотическим барьером, ведут себя осторожнее и по отношению к другим проявлениям аутодеструктивного поведения. Студенты, у которых недостаточно сформирован антинаркотический барьер демонстрируют отсутствие антитабачного и антиалкогольного барьеров. Риск для здоровья у юношей больше связан с поведенческими реакциями – высоким распространением среди них признаков зависимости от табака и алкоголя, меньшей сформированностью антинаркотических барьеров, склонностью к неоправданным рискам в сексуальном поведении. Данные результаты будут полезны при оценке потенциала здоровья студенческой молодежи и при организации системы прицельных профилактических мероприятий.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОЗА В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Каримова Г.Н., Муравьева В.В., Иванец Т.Ю., Припутневич Т.В., Шмаков Р.Г.

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

Резюме: Значение повышенного уровня лейкоцитов в крови у родильниц в плане предикции послеродовых инфекционных осложнений до конца не изучено. При отсутствии клинической картины послеродовых инфекционных осложнений и наличии изменений ряда лабораторных параметров встает вопрос о выборе дальнейшей тактики ведения послеродового периода: выжидательная тактика или проведение антибактериальной терапии.

Abstract: A complete blood count is one of the common tools for determining treatment, though there is no solid evidence for the clinical role and the diagnostic reliability of the WBC in diagnosing puerperal infection. Leukocytosis and non-

extreme neutrophilia were not found to reliably associate with bacterial infection, and their value in determining antibiotic therapy is questioned.

Актуальность: Считается, что лейкоцитоз является следствием воздействия на организм острой инфекции, хотя достоверной связи между этими явлениями не установлено. Послеродовая лихорадка не обязательно отражает наличие в организме бактериальной инфекции, но при этом часто назначается эмпирическая антибактериальная терапия с целью предотвращения возможных неблагоприятных последствий.

Цель исследования: установить наличие взаимосвязи между лейкоцитозом у родильниц, выделением условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) из цервикального канала и развитием гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.

Материал и методы: исследование проведено у 117 пациенток ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в период с 01.09.2014 г. по 30.08.2015 г. Все родильницы разделены на две группы: 1 группа – 52 пациентки с клиническими признаками эндометрита; 2 группа – 65 пациенток с нормальным течением послеродового периода. У всех женщин на 3-и сутки взяты образцы крови и отделяемого из цервикального канала для бактериологического исследования. Средний возраст женщин составил 30,3±4,48 лет. Через естественные родовые пути родоразрешены 53 пациентки, путем кесарева сечения – 64.

Результаты: Наблюдалось достоверное различие показателей нейтрофилов у женщин с кесаревым сечением (72,26±10,53) и родами через естественные половые пути (66,98±6,86) (p=0,0002). Средние значения общего количества лейкоцитов и нейтрофилов, как и ожидалось, были выше в 1-й группе (лейкоциты 12,92±4,27, нейтрофилы 74,03±9,14) в сравнении со 2-й группой (11,64±8,14; 67,50±8,85). Не обнаружено корреляции между общим количеством лейкоцитов, числом нейтрофилов и реализацией бактериальной инфекции в раннем послеродовом периоде (p=0.144). В то же время, исследование показало низкую чувствительность (60,8%) и специфичность (54,5%) выделения УПМ при наличии гипертермии и лейкоцитоза. Бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала на 3-сутки у пациенток с лейкоцитозом и нейтрофилией, не показало большей частоты выделения УПМ по сравнению с пациентками с нормальными показателями лейкоцитов и нейтрофилов.

Заключение: Определение общего числа лейкоцитов и нейтрофилов в раннем послеродовом периоде не является надежным способом диагностики бактериальной инфекции. Не выявлено достоверной связи между наличием бактериальной инфекции и лейкоцитозом. Полученные результаты показали, что при постановке диагноза и выбора тактики ведения родильниц необходимо опираться на клиническую картину заболевания, а не только на результаты лабораторных исследований.

РОЛЬ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ АЛЬБУМИНА В ПРЕДИКЦИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Каримова Г.Н., Насонова Д.М., Иванец Т.Ю., Шмаков Р.Г.

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

Резюме: В последние годы возрастает роль различных методов предикции инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде: клинико-лабораторных, молекулярно-генетических и инструментальных. Однако, использование большинства современных маркеров затруднено для рутинной диагностики из-за дороговизны, сложности и длительности исследования, низкой информативности, что обуславливает необходимость поиска новых.

Abstract: In recent years, the role of the various methods of diagnosis and predictions of infectious and inflammatory complications: clinical laboratory, and molecular genetic tools. Most modern markers of systemic inflammatory response can't be used for routine diagnosis.

Актуальность: В случае развития гнойно-воспалительных осложнений, в сыворотке крови появляются специфические белки, влияющие на структуру альбумина. Одним из способов изучения структурных изменений альбумина является метод спектроскопии электронного парамагнитного резонанса (ЭПР), который лежит в основе лабораторного метода диагностики (АТА-тест), показывающий детоксикационную активность альбумина (DTE).

Цель исследования: определить диагностическую значимость DTE при развитии инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде.

Материал и методы: Образцы крови были взяты у 132 родильниц на 3 сутки после родоразрешения, в дальнейшем на основании течения послеродового периода, было выделено 2 группы. В первую группу включены роженицы после самопроизвольных родов с неосложненным послеродовым периодом – 1а (n=59) и роженицы после самопроизвольных родов, у которых был диагностирован эндометрит – 1б (n=11). Во вторую группу - роженицы после оперативных родов с неосложненным послеродовым периодом – 2а (n=40) и роженицы после оперативных родов, у которых диагностирован эндометрит – 2б (n=22). В каждой группе определялись уровень лейкоцитов в крови, показатель детоксикационной активности альбумина (DTE). Достоверность отличий показателей в исследованных группах проверяли с помощью Т-теста Стьюдента.

Результаты: Средний возраст женщин в исследуемых группах составлял 29,45±4,45 лет. Уровень лейкоцитов в крови, показатель детоксикационной

активности альбумина (DTE) составили: в 1а группе – 10,16±0,21 и 51,58±1,53; 1б группе – 11,96±1,03 и 40,87±3,14; 2а – 9,67±0,33 и 47,95±1,95; 2б – 12,19±1,13 и 36,76±2,31. Результаты Т-теста (значение р) при сравнении 1а и 2 а групп и 1б и 2б групп показали, отсутствие достоверных различий между значениями показателей лейкоцитов и DTE (p>0,05). Установлено, что диагностическая чувствительность и специфичность DTE при определении послеродовых осложнений у родильниц после самопроизвольных родов составила 77,8% и 89,8% соответственно, а у родильниц после оперативных родов – 72,7% и 72,5%, соответственно. Наличие же лейкоцитоза в крови обладало относительно более низкой диагностической чувствительностью и специфичностью: 55,6% и 70,8% соответственно по сравнению с DTE.

Заключение: Полученные результаты показали отсутствие достоверных различий между группами пациенток без осложнений после самопроизвольных, так и после оперативных родов. В группе с эндометритом выявлена прогностическая значимость уровня детоксикационной активности альбумина (DTE), что позволяет говорить о лабораторном тесте, как информативном в предикции развития инфекционно – воспалительных осложнений в послеродовом периоде.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПОЛОСТИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Карпеев С.А., Глушаков Р.И., Тапильская Н.И., Савичева А.М.

Санкт-Петербург
Военно-медицинская академия

Резюме: Превалентность хронический эндометрита среди женщин с привычным невынашиванием составила 41,2%. Физиологический микробиоценоз влагалища установлен у 32 (73,8%) и 46 (76,7%) пациенток, дисбиоз у 10 (26,2%) и 14 (23,3%) пациенток с и без хронического эндометрита соответственно. Микробиологическая дискордантность в отношении факультативных и облигатных анаэробов в отделяемом из полости матки среди пациенток с нормобиоценозом влагалища составила 70% и 14,3% среди пациенток с и без хронического эндометрита соответственно (p<0,5).

Abstract: Our study consist 102 patients with recurrent pregnancy loss. Chronic endometritis was diagnosed in 42 (41.2%) patients. Physiological vaginal micro biota set in 32 (73.8%) and 46 (76.7%) patients, dysbiosis in 10 (26.2%) and 14 (23.3%) patients with and without chronic endometritis respectively.

Microbiological discordant against facultative and obligate anaerobes in the discharge from the endometrium among women with normal vaginal microbiota was 70% and 14.3% among patients with and without chronic endometritis, respectively (p <0,5).

Хронический эндометрит представляет собой иммунопатологический процесс, при котором нарушается функциональные свойства мукозального отдела иммунной системы в эндометрии, что влечет за собой персистенцию несвойственных данной топической локализации микробных агентов.

Цель исследования: оценить микробный пейзаж у пациенток с привычным невынашиванием и хроническим эндометритом

Материалы и методы: в исследование включены 102 женщины с привычным невынашиванием беременности (2 и более неразвивающиеся беременности в анамнезе). Всем пациенткам выполнялись исследования на наследственную тромбофилию и полиморфизм генов фолатного цикла, антифосфолипидный синдром, гормональный скрининг – пациентки с выявленными вышеуказанными особенностями (наличием одним и более отклонениями) исключались из исследования. Всем пациенткам после выполнения клинического обследования выполнялась диагностическая гистероскопия с выполнением биопсии эндометрия и последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием биоптата эндометрия на маркеры хронического эндометрита (CD16, CD 56, CD 138, HLA-DR(II)). Клиническим материалом исследования также служили отделяемое влагалища, соскоб цервикального канала и аспират из полости матки, для выявления ДНК ИППП и других инфекционных агентов (факультативных и облигатных анаэробов) использовали метод ПЦР в реальном времени (ДНК-технология, Москва). Пациентки с положительной детекцией Chlamidia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium и Mycoplasma hominis, U.urealiticum исключались из исследования.

Результаты: По данным иммуногистохимического заключения диагноз хронического эндометрита установлен у 42 (41,2%) пациенток. При анализе микробного пейзажа в исследуемой группе пациенток установлено, что физиологический микробиоценоз влагалища установлен у 32 (73,8%) и 46 (76,7%) пациенток, умеренный анаэробный дисбиоз у 7 (16,7%) и 6 (10%), выраженный аэробный дисбиоз – у 3 (7,1%) и 8 (13,3%) пациенток с и без хронического эндометрита соответственно. У женщин с анаэробным дисбиозом в аспирате эндометрия были обнаружены практически те же группы микробных агентов, что и во влагалище. Однако женщин, в отделяемом из влагалища которых обнаружены только лактобациллы (10 и 14 пациенток с и без хронического эндометрита соответственно), были обнаружены Gardnerella vaginalis, и/или Megasphaera spp., и/или Atopobium vaginae, и/или бактерии семейства Enterobacteriaceae, и/или Lachnobacterium spp., и/или Streptococcus spp. в 7 (70%) и 2 (14,3%) случаях соответственно (p<0,5). Причем наиболее высокая дискордантность между микробным пейзажем отделяемого из влагалища (среди пациенток с нормобиоценозом) и аспиратом из полости матки в обеих группах отмечена в отношении бактерий семейства Enterobacteriaceae (9 из 9 пациенток), Streptococcus spp. (7 из 9 пациенток), Atopobium vaginae (5 из 9 пациенток).

Заключение: У женщин с верифицированным диагнозом хронического эндометрита в полости матки определяются как факультативные, так и облигатные анаэробы. Микробиологическая дискордантность между отделяемым из влагалища и аспиратом из полости матки была достоверно выше среди пациенток с хроническим эндометритом.

ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН НА ТЕРРИТОРИИ ТВЕРИ И ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Климова К.В., Чикалина Н.А.

Тверь
ГБУЗ Областной родильный дом

Клиническая диагностика аномального прикрепления плаценты во время беременности невозможна, а выявление патологии в третьем периоде родов осуществляется уже по факту развития смертельно опасного осложнения – кровотечения из сосудов плацентарного ложа. Этиология и патогенез данной акушерской патологии до сих пор остаются до конца не изученными, в связи с этим представляем исследовательскую работу на тему определения этиологических факторов различных вариантов аномалий прикрепления плаценты.

Clinical diagnostics of an abnormal attachment of a placenta during pregnancy is impossible, and detection of pathology in the third period of childbirth is carried out already upon development of deadly complication – bleeding from vessels of a placentary bed. The etiology and pathogenesis of this obstetric pathology still remain up to the end not studied. In this regard we represent research work on definition the etiological factors of various options of anomalies of an attachment of a placenta.

Актуальность: аномалии прикрепления плаценты являются одной из наиболее сложных проблем в современном акушерстве. Данная патология встречается относительно редко, но всегда сопровождается высокой материнской заболеваемостью и смертностью (при крайнем варианте аномалий прикрепления плаценты – ее приращении – материнская смертность составляет от 25 до 75%). Типичными осложнениями аномалий прикрепления плаценты являются массивное кровотечение, геморрагический шок, ДВС-синдром, приводящие к дыхательной и почечной недостаточности.

Цель исследования: выявление взаимосвязи частоты возникновения аномалий прикрепления плаценты с особенностями анамнеза женщины и особенностями течения данной беременности.

Материалы и методы: обследовано 785 историй родов ГБУЗ «Областной родильный дом» г. Твери. Выявлялась частота возникновения аномалий прикрепления плаценты наряду с особенностями течения данной беременности у женщин (перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания за данный период времени), а также изучался анамнез родильниц (предшествующие воспалительные заболевания органов малого таза, исходы предыдущих беременностей и т.д.).

Результаты и обсуждение: в общей сложности аномалии прикрепления плаценты встретились у 110 женщин. Это составило 14% от общего числа изученных историй родов. При этом у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом они встречались в 2,5 раза чаще, чем у женщин с отсутствием такового. Полное плотное прикрепление плаценты было обнаружено в 9 случаях (8% в общей структуре изучаемой патологии), частичное плотное прикрепление плаценты – в 3-х (2,7%), лохиометра – в 95 (86%), остатки плацентарной ткани – в 10 (9%). Истинного приращения плаценты среди изученных историй родов обнаружено не было (0%). В анамнезе женщин с различными вариантами аномалий прикрепления плаценты наиболее часто встречались предшествующие аборты – 35 случаев (32%), эрозии шейки матки – 35 (32%), хронический сальпингоофорит – 14 (13%), уреаплазмоз – 10 (9%). Среди особенностей течения данной беременности следует отметить кандидозный кольпит – 22 случая (20%), вагинит – 13 (12%), бактериальный вагиноз – 6 (5%).

Выводы: частота возникновения аномалий прикрепления плаценты имеет тесную взаимосвязь с перенесенными ранее инфекционно-воспалительными заболеваниями органов малого таза (в особенности с уреаплазмозом, хроническим сальпингоофоритом), а также с предшествующими абортами, эрозиями шейки матки. Кроме того, перенесенные во время беременности кандидозный кольпит, вагинит, бактериальный вагиноз играют существенную роль в развитии различных вариантов аномалий прикрепления плаценты.

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ЦЕРВИЦИТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ

Клинышкова Т.В., Буян М.С.

Омск
ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

Резюме. Представлены результаты обследования 39 пациенток с хроническим цервицитом (ХЦ) и 50 женщин с CIN при наличии ВПЧ ВР. Установлено, что при ХЦ отсутствуют различия с CIN как по количеству, так и по частоте

выявления большинства генотипов ВПЧ ВР (16,18,31,51,56,58,59) (p>0.05), на фоне более частого выявления клинически незначимого уровня вирусной нагрузки в сравнении с CIN.

Summary. The results of an examination of 39 patients with chronic cervicitis (CC) and 50 women with CIN when high risk HPV status were presented. It is found that in CC there are no differences with CIN as the number and frequency of detection of the most high risk HPV genotypes (16,18,31,51,56,58,59) (p>0.05) against the background of more frequent detection of clinically insignificant viral load in comparison with CIN.

Актуальность. Ввиду высокой распространенности ВПЧ-инфекции в популяции, доказанной ролью в канцерогенезе, большой интерес имеют субклинические формы, включая ВПЧ-ассоциированный цервицит.

Цель исследования – оценить особенности количественного и качественного состава ВПЧ-инфекции при хроническом цервиците в сравнение с CIN.

Материал и методы. В исследование включено 89 пациенток с ВПЧ-инфекцией шейки матки, средний возраст которых составил 33,9±1,1 лет: 1-ю группа – пациентки с ХЦ (n=39), 2-ю группа– пациентки с CIN I–III (n=50). Критерии включения в исследование: верифицированные цервицит и CIN по данным цитологического (Bethesda, 2001) и гистологического (CIN) исследования, позитивный тест на ВПЧ ВР, информированное согласие пациентки. Критерии исключения: латентная форма ПВИ, цитологическое заключение ASCUS, LSIL и HSIL (для 1-й группы), беременность, лактация, отказ от участия в исследовании (для двух групп). Комплексная диагностика включала жидкостную цитологию; кольпоскопию, гистологическое исследование биоптатов и эндоцервикальных образцов при выявлении аномальных кольпоскопических картин, скрининг на ДНК ВПЧ ВР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типы) и ВПЧ НР (6, 11) методом ПЦР в режиме реального времени (тест-система РеалБест ДНК ВПЧ ВКР генотип, Россия) с детекцией вирусной нагрузки (ВН); выявление ДНК генитальных микоплазм и хламидий. Статистический анализ данных проводился с применением пакета STATISTICA-6, возможностей MS Excel.

Полученные результаты. При количественном анализе результатов ВПЧ-типирования в группах установлено преобладание в шейке матки одного типа ВПЧ ВР (60,7% случаев) относительно одномоментного выявления двух (23,6%) и более (15,7%) типов ВПЧ. При сравнении групп отсутствовала связь между количеством типов и тяжестью цервикальной патологии (p>0,05).

При ХЦ чаще наблюдалось инфицирование 16, 39, 52, 58 типами, при CIN преобладали 16, 31, 33 типы ВПЧ. При сравнении групп установлены различия по частоте встречаемости 39, 45, 52 типов (чаще при ХЦ), 33, 35, 45 типов (чаще при CIN) (p<0.05), частота 16 типа ВПЧ при этом не имела существенных различий. ВПЧ 6 и 11 типа сопутствовал ВПЧ ВР в 3 наблюдениях только в 1-й группе. Сопутствующая микрофлора наблюдалась в 1-й группе в единичных случаях, включая C. trachomatis (2 случая), M. genitalium (2), Ureaplasma sp. менее 10 3 КОЕ/мл.

В 1-й группе в 49% случаях ВН не превышала 3 lg, в 39% была в пределах 3lg–5lg, ВН>5lg отмечена в 12% случаях. При CIN нагрузка ниже порога клинической значимости наблюдалась в 32%, выше порога клинической значимости – в 46%, выше порога прогрессии – в22% наблюдений.

Заключение. ХЦ не сопровождается различиями с CIN как по частоте сочетанной формы ВПЧ-инфекции, так и по частоте выявления большинства генотипов ВПЧ ВР (16, 18, 31, 51, 56, 58, 59) (p>0,05). У пациенток с ХЦ установлено преобладание 45 и 52 типов относительно CIN, при которой наблюдалось повышение частоты 33, 35 типов ВПЧ (p<0,05). ХЦ сопровождался более частым выявлением клинически незначимого уровня вирусной нагрузки ВПЧ ВР (49%) в отличие CIN (32%), при которой превышение порога прогрессии было выше чем при цервиците (p<0,05).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Коваленко М.А., Кравченко Е.Н.

Лабытнанги
ГБУЗ ЯНАО ЛГБ

Аннотация. Проведено исследование распространенности субклинического гипотиреоза у беременных, проживающих в неблагоприятных условиях Крайнего Севера, особенностей течения беременности при субклиническом гипотиреозе, а также выработка оптимальной тактики коррекции выявленных нарушений.

Abstract. The article deals with the study of prevalence rate of subclinical hypothyroidism at pregnant women living in adverse conditions of the Extreme North and gestation course peculiarities at subclinical hypothyroidism. The authors suggest the optimal tactics of detected abnormalities treatment.

Текст тезиса

В последние годы распространенность заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у беременных женщин растет, что, несомненно, определяет состояние физического и психического здоровья подрастающего поколения ввиду неблагоприятного влияния тиреоидной патологии матери на состояние плода и новорожденного, в том числе при субклинических формах. Заболевания ЩЖ с нарушением ее функции у женщин вызывают снижение фертильности, изменения нормального менструального цикла. Беременность и роды у этих женщин характеризуются высокой частотой осложнений: ранним токсикозом, преэклампсией (54,5%), хронической гипоксией плода (22,7%), дис-

координацией родовой деятельности (35,2%), преждевременными родами (18,2%). У новорожденных от матерей с патологией ЩЖ возможно развитие перинатальной энцефалопатии, анемии, внутриутробной гипотрофии, наиболее часто происходит поражение центральной нервной системы (ЦНС) – гидроцефалия, микроцефалия, функциональные нарушения и эндокринной системы – врожденный гипотиреоз, тиреотоксикоз.

Цель нашего исследования выявление распространенности субклинического гипотиреоза у беременных, проживающих в условиях Крайнего Севера (Ямало-Ненецкий Автономный Округ, г. Лабытнанги).

Материалы и методы исследования: проводилось обследование женщин, вставших на учет по беременности в ГБУЗ ЯНАО Лабытнангская городская больница. При постановке на учет в сроке до 12 недель проводилось исследование функции щитовидной железы. Определялись гормоны: тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин (Т4), антитела к ТПО, проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы. Всего обследовано 37 женщин в возрасте 18–37 лет. Первобеременных было 10 пациенток (27%), повторнобеременных – 27 (73%). Повышение уровня ТТГ выше 3,5 мЕд/л [нормальные значения 0,2–3,5 мЕд/л] отмечено у 11 (29,7%) женщин. Уровень свободного тироксина у всех обследуемых определялся в пределах нормы (10,3–24,45 пМ/л). Субклинический гипотиреоз выявлен у 11 (29,7%) беременных, в то время как по данным зарубежных и российских авторов заболеваемость среди беременных субклиническим гипотиреозом составляет 2–3%. При исследовании щитовидной железы беременных ультразвуковым сканированием, средний объем ее составил 8,2 см^3 (p=0.05).

В группе беременных с субклиническим гипотиреозом течение беременности имело осложнённый характер у всех пациенток. В структуре осложнений беременности самыми частыми были угроза прерывания беременности (29,4%), инфекции мочевыводящих путей (14,8%) и отеки, вызванные беременностью (36,7%). В структуре экстрагенитальной патологии у данного контингента пациенток чаще всего наблюдалась хроническая железодефицитная анемия легкой и средней степени тяжести (61,39%).

Всем беременным проводилась йодпрофилактика, при этом средняя доза йода составила 340 мг (M+S=67,42). Минимальная доза составляла 250 мкг в сутки, максимальная – 400 мкг. ВОЗ (2007 г.) рекомендовала увеличить дозу йода для беременных и женщин в период лактации до 250 мкг в сутки. Пациенткам, с выявленным субклиническим гипотиреозом проводилась заместительная гормонотерапия L-тироксином в дозе 50 мкг в сутки. Лабораторные показатели гормонального исследования (ТТГ, Т4) контролировались в процессе лечения, нормализовались, что способствовало купированию осложнений гестации наряду с другими лечебными мероприятиями.

Выводы: показатели распространенности субклинического гипотиреоза в неблагоприятных условиях Крайнего Севера в десятки раз выше, чем в целом по стране. Учитывая наличие такой распространенности целесообразно проведение детального исследования функции щитовидной железы

всем беременным женщинам, проживающим в условиях Заполярья, проведение адекватной коррекции выявленных нарушений.

ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВАЦИИ И АПОПТОЗА Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ЦИН И МИКРОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

INDICATORS ACTIVATION AND APOPTOSIS OF T-CELL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CIN AND MICROINVASIVE CERVICAL CANCER

Ковчур П.И., Белова Л.И., Курмышкина О.В., Волкова Т.О.

Петрозаводск
Петрозаводский государственный университет

В статье рассматривается дифференциальный профиль изменений CD3 (+) CD4 (+) Т-хелперов и CD3 (+) CD8 (+) цитотоксических Т-клеток, экспрессирующих маркеры CD25 и CD95 активации в периферической крови пациентов с ЦИН 3 и микроинвазивным РШМ до и после лечения. Проведение противовирусной терапии позволяет улучшить результаты лечения и предотвратить рецидивы заболевания.

The article discusses differential pattern of changes of the numbers of CD3(+) CD4(+) T-helpers and CD3(+) CD8(+) cytotoxic T-cells expressing CD25 and CD95 activation markers in peripheral blood of patients with CIN 3 and microinvasive cervical cancer before and after treatment. Implementation of antiviral therapy can improve treatment outcomes and prevent the recurrence of the disease.

Рак шейки матки – уникальное заболевание, так как многие процессы индуцируются, или ингибируются онкогенами ВПЧ, а его развитие сопровождается изменениями клеточного иммунитета и гомеостаза. Прогрессирование ЦИН протекает на фоне иммуносупрессии под воздействием ВПЧ-зависимых/независимых факторов. CD25 и CD95 представляют маркеры Т-клеток с двойственной функцией: являясь маркерами активации, CD25 характеризует популяцию иммуносупрессорных регуляторных Т-клеток (Tregs), а CD95/Fas определяет восприимчивость лимфоцитов к апоптогенным стимулам. Соотношение между процессами активации и подавления Т-клеточного звена иммунитета может определять риск развития РШМ и тактику дальнейшей комплексной терапии.

Материалы и методы. Определен уровень экспрессии CD95 и активности каспаз, содержание регуляторных Т-клеток в крови больных с ЦИН и ранними стадиями РШМ. Исследованы образцы периферической крови 155 пациенток с ДНК ВПЧ (100%). В том числе – 110 пациенток с ЦИН 3 и 45 – с плоскоклеточным РШМ IA1 стадии. Контроль – 30 здоровых женщин (без ВПЧ и патологии шейки матки). Иммунофенотипирование лимфоцитов крови проводилось методом проточной цитофлуориметрии на приборе MACSQuant с использованием меченых моноклональных анти-CD антител ("Miltenyi Biotech", Германия).. Определение активности каспаз -3, -6, -8 и -9 – спектрофлуориметрическим методом с использованием AFC-меченных тетрапептидных субстратов ("BioRad", США). Экспрессия мРНК каспаз оценивалась методом ПЦР в режиме «реального времени».

Результаты. Проанализирована численность лимфоцитов с фенотипами CD95+, CD3+CD95+/high, CD3+CD4+CD95+/high, CD3+CD8+CD95+/high. Выявлено повышение экспрессии CD3+ CD95+/high Т-клеток (эффекторов) и CD3+CD4+95+/high Т-хелперов ($p<0,05$), в сравнении с группой контроля. Напротив, не отмечено повышения экспрессии CD3+CD8+CD95+/high (Т-киллеры) ($p>0,05$), Показано, что при ЦИН 3 и ранних стадиях РШМ экспрессия рецептора апоптоза CD95 на лимфоцитах повышена и сохраняется на высоком уровне при прогрессировании РШМ, что свидетельствует об индукции Fas – опосредованной гибели клеток ($p<0,05$).

Исследование численности популяций лимфоцитов в периферической крови у больных при РШМ выявило достоверное увеличение количества $CD4^{+}CD25^{+}$ Т-клеток, которые идентифицировали по фенотипам CD4+CD25+/high и CD4+25+$^{127dim/neg}$FoxP3+ ($p<0,05$), также увеличение продукции TGF-β1 Treg-клетками ($p<0,05$). Данный фактор обладает супрессорной активностью и может блокировать дифференцировку $CD8^{+}$ цитотоксических Т-клеток, $CD4^{+}$ Т-хелперов. Обнаружено увеличение активности CD95-регулируемой каспазы-8 и эффекторной каспазы-3 в лимфоцитарной фракции больных ЦИН и РШМ. Увеличение активности каспазы-6 наблюдали в 25% случаев ЦИН и большинстве случаев РШМ IA стадии. Для каспазы-9 показано снижение активности.

После хирургического лечения (диатермокнизация ш/матки) – отмечена тенденция к постепенному восстановлению нормальных значений показателей клеточного иммунитета в течение 3 месяцев. Напротив, при комплексном лечении (диатермоконизация шейки матки+аллокин-альфа 1,0 мг 6 раз п/к) происходит эффективная нормализация Т-хелперов, Tregs, снижение уровня экспрессии CD95-маркера и супрессорного цитокина TGF-β1 и FOXP3, уровня активности каспаз -8, -9, -3 и -6 в циркулирующих лимфоцитах, а также снижение ВПЧ-позитивных пациенток (1,7%) и отсутствие онкобелка E7 ($p<0,01$).

Выводы. Развитие РШМ на самых ранних этапах сопровождается увеличением экспрессии активационных Т-маркеров, увеличением численности регуляторных Т-клеток и одновременным повышением уровня апоптоза лимфоцитов. Проведение комплексной терапии с применением иммуномодули-

рующих препаратов позволяет улучшить результаты лечения и предотвратить рецидивы заболевания.

Работа выполнена при поддержке грантов НК-1404-32098 (РФФИ), 11.G34.31.0052 (Постановление 220), Программой стратегического развития ПетрГУ на 2012–2016 гг. и госзадания в сфере научной деятельности № 1713.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН (ПО МАТЕРИАЛАМ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ)

Ковчур П.И., Лазаревич О.В., Хидишан Е.В., Ястребова А.В.

Петрозаводск
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,
Республиканский онкологический диспансер, г. Петрозаводск, Россия.

Изучена заболеваемость и смертность рака молочной железы, тела матки, шейки матки и яичников у женщин в Республике Карелии (1998–2013 гг.). Уровень ранней диагностики (I–II стадии) составил соответственно 70,7%, 80,4%, 81,0% и 30%. Показано, что проблема ранней диагностики изученных опухолей состоит в отсутствии применения скрининговых программ у женщин в перименопаузе и постменопаузе, на долю которых приходится более 70% причин женской смертности.

Studied the incidence and mortality of breast cancer, uterine body, cervix and ovaries in women in the Republic of Karelia (1998–2013 gg.). The level of early diagnosis (I–II stage) was respectively 70.7%, 80.4%, 81.0% and 30%. It is shown that the problem of early diagnosis of tumors studied is the lack of application of screening programs for women in perimenopausal and postmenopausal women, who account for more than 70% of the causes of maternal mortality.

Цель – изучить заболеваемость и смертность РМЖ, РШМ, РТМ и РЯ у женщин в республике Карелии (РК) за период 1998–2013 г по данным Карельского республиканского ракового регистра.

Материал и методы исследования. Проведен клинико-эпидемиологический анализ 7959 больных с опухолями репродуктивной системы: РШМ (n= 1952), РТМ (n=1119), РЯ (n=989) и РМЖ (n=3899), которые были пролечены в Карельском республиканском онкологическом диспансере (РОД) (1998–2013 гг).

Результаты и обсуждение. В РК уровень заболеваемости РШМ вырос в 3 раза (10,5 до 30,5 случаев на 100 тыс. женского населения), при РТМ – 2,5 раза (с 6,8 до 16,8 случаев), при РМЖ – 2 раза (с 24,8 до 42,8 случаев), при РЯ – 2 раза (с 5,9 до 12,4 случаев). За период анализа отмечено незначительное снижение смертности при РТМ (с 4,9 в 1998 г. до 4,8 на 100 тыс.

женского населения в 2013 г.); рост смертности при РШМ (с 4,6 на 100 тыс. в 1998 г. до 5,4 на 100 тыс. в 2013 г.), и РМЖ (с 14,7 до 15,8 на 100 тыс. в 2013 г). При РЯ – волнообразные изменения показателя смертности (с 5,8 до 7,4 на 100 тыс. женского населения). В РК доля морфологически верифицированных диагнозов при РЯ (82,72%) была ниже по сравнению с этим показателем при РШМ (100%), РТМ (96,6%) и РМЖ (97,2%). I–II стадии заболевания выявлены при РШМ у 81% больных, РТМ – у 80,4% и РМЖ – у 70,7%. РЯ в ряду этих заболеваний стоит отдельно в связи с поздней диагностикой (73,3%), в связи со скрытым течением и отсутствием скрининга данной локализации. Летальность в течение первого года с момента установления диагноза значительно снизилась при РМЖ с 14,9% в 1998 г. до 6,3% в 2013 г., что обусловлено снижением числа запущенных форм РМЖ, увеличением диагностики ранних форм и повышением эффективности современной лекарственной терапии. Пятилетняя выживаемость при РМЖ в РК выросла с 59,7% (2006 г) до 63,4% (2013 г). Летальность в течение первого года при РТМ – тенденция к снижению с 10,9% в 1998 г. до 7,9% в 2013 г., при этом пятилетняя выживаемость составляет от 65,9% в 1998 г. и 66,7% в 2013 году. Одногодичная летальность при РЯ снизилась с 50% в 1998 г. до 31,7% в 2013 г., пятилетняя выживаемость выросла с 60,6% в 1998 г. до 66,3% в 2013 году. При РШМ – снижение одногодичной летальности с 19,6% в 1998 году до 13,5% в 2013 году, пятилетняя выживаемость – выросла с 53,3% до 56,4% в 2013 году. Таким образом, одногодичная летальность в течение первого года с момента установления диагноза в РК за период 1998–2013 гг. при РМЖ снизилась больше, чем в 2 раза, при РТМ и РШМ – незначительно снизилась, при РЯ – стабильно высокая (31,7%).

Выводы по эпидемиологии опухолей женской репродуктивной системы в РК: 1. Уровень ранней диагностики (I–II стадии) при РШМ составляет 81,0%, РТМ – 80,4%, при раке яичников – 30%, раке молочной железы – 70,7%. 2. Анализ преинвазивного рака в Республике Карелия можно проводить только при раке шейки матки. При этом уровень диагностики преинвазивного и инвазивного (I–II стадии) РШМ вырос с 59,6% (1998) до 86,2% в 2012 году. 3. Проблема ранней диагностики РТМ, РЯ, РШМ и РМЖ состоит в отсутствии применения скрининговых программ у женщин старше 50 лет, что должно предусматривать диспансеризацию неработающего населения. 4. Решающими факторами, влияющими на эффективность организованного маммографического и цитологического скринингов (РМЖ и РШМ), является широта охвата скринингом женского населения. При этом организованного скрининга РТМ и РЯ в данное время с РК не существует. 5. Целесообразно создание диагностических центров амбулаторной службы, где будут реализовываться программы организованного цитологического, маммографического и других скринингов опухолей репродуктивной системы; современные методы диагностики, позволяющих в сжатые сроки проводить дифференциальную диагностику онкогинекологических заболеваний, а также оптимизировать режим диспансерного наблюдения женщин, страдающих различными предопухолевыми заболеваниями женских гениталий. При этом проблема

ранней диагностики – одна из наиболее реальных и перспективных, направленных комплексно решать задачи, прежде всего, связанные с перименопаузой и постменопаузой, на долю которых сегодня приходится более 70% причин женской смертности.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ, ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ – РЕАЛЬНЫЙ ФАКТОР ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ковчур П.И.[1], Бахидзе Е.В.[2]

Петрозаводск
1 ФГБОУ ВПО Петрозаводский государственный университет
2 ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Россия

Предложена 2-х этапная модель вторичной профилактики РШМ, где на первом этапе используется комплексная диагностика с использованием вирусологических, иммунологических и молекулярно-генетических маркеров. На втором этапе применение иммунокоррегирующей терапии только после хирургического удаления опухолевого процесса шейки матки с обязательной оценкой эффективности лечения в динамике с помощью биомаркеров.

It is offered a two-stage model of secondary prevention of cervical cancer. The first stage is a complex diagnostics using virological, immunological, and molecular genetic markers. The second stage is used after surgical removal of the tumor on the cervix in the postoperative period and includes only immunocorrective therapy – a mandatory assessment of treatment effectiveness in dynamics by using biomarkers.

В структуре заболеваемости злокачественными заболеваниями у женщин в Республике Карелия (РК) рак шейки матки (РШМ) занимает 2-е место, а заболеваемость РШМ за последние 15 лет выросла почти в 3 раза за счет роста в основном у молодых женщин трудоспособного, детородного возраста (Ковчур П.И., и др, 2014). Вот почему вопросы ранней диагностики и своевременного лечения РШМ сегодня особенно актуальны.

Цель исследования. На основе проведения клинико-эпидемиологического, молекулярно-генетического и иммунологического исследований предложить новые технологии, решающие проблему раннего выявления и лечения предрака и ранних форм РШМ.

Материал и методы исследования. Проведен клинико-эпидемиологический анализ 552 случаев преинвазивного и 1248 случаев инвазивного РШМ, также комплексно обследовано 261 пациентка с РШМ и 535 пациенток с предопухолевыми заболеваниями шейки матки на фоне ВПЧ. Контрольную группу составили 45 практически здоровых доноров без патологии шейки матки и ВПЧ (контроль №1) и 30 больных с преинвазивным и микроинвазивным РШМ (контроль №2).

Результаты. Предложена модель вторичной профилактики РШМ. Первым аспектом предлагаемой модели вторичной профилактики РШМ является комплексная диагностика с использованием вирусологических, иммунологических и молекулярно-генетических маркеров, как диагностических показателей, так и критериев эффективности и адекватности применяемых способов и прогноза лечения РШМ. Второй ключевой аспект – это сам способ комплексного лечения преинвазивного и микроинвазивного РШМ. Применение противовирусных и иммунных препаратов только после хирургического удаления опухолевого процесса на шейке матки, что позволяет добиться более высокой эффективности по сравнению только с хирургическими методами. Применение иммунотерапии без хирургического компонента у больных с преинвазивным РШМ не приводит к изменению уровня экспрессии TGF-β1 и FOXP3, что подтверждает наличие иммунологической иммуносупрессии за счет активации Treg-клеток ($CD4^{+}CD25^{+}FOXP3$). У больных с преинвазивным и микроинвазивным РШМ выявлен ВПЧ у 90,4% и 96,8% случаев, при этом в сочетании с продукцией онкобелка Е7 в 69,3% и 66,7%, что является еще одной из причин отсутствия эффекта от иммунотерапии в режиме монотерапии без хирургического компонента. Показано, что после комплексного лечения ВПЧ-позитивных пациентов в основной группе было 1,7% (2) случаев с незначительной вирусной нагрузкой ($<2lg10^5$) и отсутствием онкобелка Е7 ($P<0,05$) в сравнении с контрольной группой, что дает основание рекомендовать применение иммуномодулирующей терапии вторым этапом лечения. Цель применения – элиминация клеток с интегрированной формой генома ВПЧ. Далее при последующем наблюдении пациентов после хирургического лечения – следует определять нагрузку ВПЧ и наличие/отсутствие экспрессии белка Е7. При выявлении и морфологическом подтверждении диагноза ЦИН при отсутствии онкобелка Е7 возможно динамическое наблюдение и использование консервативных методов лечения. Показано, что при комплексной терапии (1 этап – хирургический + 2 этап – иммуномодулирующая терапия) в течение 3-х месяцев происходит эффективная нормализация численности НК-клеток, В-лимфоцитов, Tregs, нормализация популяции Т-хелперов, снижение уровня экспрессии супрессорного цитокина TGF-β1 и FOXP3 ($p<0,05$). А также нормализация уровня экспрессии CD95-маркера, восстановление уровня активности каспаз -8, -9, -3 и -6 в циркулирующих лимфоцитах ($p<0,05$). Только при хирургическом удалении очага неоплазии зафиксирована тенденция к постепенному восстановлению нормальных значений показателей клеточного иммунитета в течение 3 месяцев.

Заключение. Предлагаемая двухэтапная модель вторичной профилактики РШМ, направлена на восстановление способности иммунной защиты организма распознавать и элиминировать вирус-инфицированные, а также трансформированные клетки, что будет способствовать снижению заболеваемости и смертности от инвазивных форм РШМ. Применение противовирусных и иммунных препаратов в составе лечебных мероприятий позволяет добиться более высокой эффективности по сравнению только с хирургическими методами.

ОЦЕНКА ПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Коробкова Е.А., Бендюг Л.В.

Луганск
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Эхогистеросальпингоскопия – малоинвазивный диагностический метод для оценки проходимости маточных труб. Метод имеет терапевтический эффект, не требует анестезии, хорошо переносится пациентами, возможно проведение в амбулаторных условиях. Метод позволяет с высокой точностью оценивать результаты гистероскопических операций.

Echohysterosalpingoscopy is less invasive diagnostic method for the evaluation of the permiability of fallopian tubes. the method has a certain therapeutic effect, it does not need anesthesia and it is well borne by the patients. This method may be used with diagnostic purposes at the hospitals as well as at the out-patient departments. Besides that the method gives the possibility to evaluate the results of the hysteroscopic procedures with great accuracy.

Актуальность. Несвоевременное и неадекватное лечение воспалительных заболеваний половых органов приводит к хронизации процесса и является причиной бесплодия, внематочных беременностей, тазовых болей, причиняющих страдания и даже инвалидизирующих женщин в возрасте социальной активности. Последствием генитальных и экстрагенитальных воспалительных процессов в малом тазу является спаечный процесс, приводящий к нарушению сократительной способности маточных труб, что влияет на транспортную функцию, способствующую наступлению трубной беременности. В связи с этим вопрос диагностики трубно-перитонеального бесплодия является одним из важнейших среди проблем репродукции.

Прошло более 20 лет с момента первых публикаций о возможности определения проходимости маточных труб под ультразвуковым контролем. В нашей стране метод принято называть ультразвуковая эхогистеросальпингоскопия (ЭхоГСС). Кроме диагностического результата, ЭхоГСС обладает и терапевтическим эффектом, так как процент наступления беременности в

первые два цикла после проведения исследования без использования медикаментозных средств составляет около 10%. Это можно объяснить возможной стимуляцией сократительной активности реснитчатого эпителия, мышечного слоя, а также механическим удалением детрита из просвета маточных труб.

Большинство исследователей в качестве контрастного вещества, вводимого в полость матки, используют стерильный физиологический раствор. Однако просвет маточных труб у большого количества пациенток при использовании физиологического раствора различим только в проксимальном отделе труб. Проблема заключается в том, что физиологический раствор является анэхогенным контрастным веществом, и поэтому он хорошо визуализируется только при скоплении в позадиматочном пространстве.

Целью нашего исследования было проведение ЭхоГСС с использованием эхогенного лечебного коктейля.

Материалы и методы. Нами проведена ЭхоГСС у 250 женщин с бесплодием. Для улучшения изображения при проведении ЭхоГСС мы используем лечебный коктейль: 10 мл физиологического раствора, гидрокортизона ацетат 0,05 г, контрикал в дозе – 10000 антитрипсиновых единиц апротинина в виде сухого вещества, антибиотик широкого спектра действия (после пробы). Оптимально проводить процедуру на 10–13 день менструального цикла. В асептических условиях в полость матки через маточный наконечник вводят приготовленный раствор. Исследование осуществляли под контролем трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии.

Обсуждение результатов. Взвесь вышеперечисленных препаратов не оказывает отрицательного влияния на организм, обладает лечебным действием. Если труба проходима, то контрастное вещество в её просвете видно через 10–15 секунд. Окончательное заключение о проходимости маточных труб следует делать только после 5 минут, так как в некоторых случаях трубы могут быть спазмированы, что временно препятствует прохождению контрастного раствора. Специального обезболивания при проведении ЭхоГСС не требуется, так как необходим постоянный объективный контроль за состоянием пациентки. Для премедикации и седативного эффекта чаще всего используются транквилизаторы (диазепам 5–10 мг).

Следует отметить, что ЭхоГСС практически безболезненна, особенно у пациенток с проходимыми трубами, однако, 20–37% предъявляют жалобы на болезненные ощущения, среди которых сильные боли отмечаются у 2–4% женщин. Как правило, это связано с частичной или полной окклюзией маточных труб, аномалиями развития матки, половым инфантилизмом, внутритубарными и перитонеальными спайками, а также с индивидуальными особенностями женщины.

Заключение. ЭхоГСС является малоинвазивным, не дающим осложнений при строгом учёте противопоказаний, методом, который может проводиться в амбулаторных условиях. Она позволяет с высокой точностью, чувствительностью и специфичностью оценивать состояние маточных труб, результаты всех гистероскопических операций, обладает высокой информативностью в

отношении выявления внутриматочной патологии (полип эндометрия, субмукозная миома, синдром Ашермана, аномалии развития матки).

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В.

Омск
Омский государственный медицинский университет

The purpose of the study: to assess the effectiveness and benefits of the combined method of abortion in late terms in congenital malformations of the fetus. The effectiveness of the combined method amounted to 99,0%, benefits – shorter duration of time from the beginning of application of the method before the beginning of uterine activity and fewer adverse events.

Резюме. Цель исследования: оценка эффективности и преимуществ комбинированного метода прерывания беременности в поздние сроки при врожденных пороках плода. Эффективность комбинированного метода составила 99,0%, преимущества – меньшая продолжительность времени от начала применения метода до начала сократительной деятельности матки и меньшее число нежелательных явлений.

Целью исследования явилась оценка эффективности и преимуществ комбинированного метода прерывания беременности в поздние сроки при врожденных пороках плода, несовместимых с жизнью.

Обследовано 195 женщин в сроке до 22 нед беременности. Проводились клиническое обследование, ультразвуковое исследование, консультация генетика, перинатолога, консилиум с выдачей заключения врачебной контрольной комиссии. I группу составили 98 женщин, которым проведено прерывание беременности комбинированным методом: мифепристон назначался в дозе 200 мг (1 табл) однократно внутрь. Через 24 ч. вводились ламинарии в цервикальный канал. Если элиминация плода не происходила через 3–4 ч, назначался мизопростол 200–400 мкг. II группа – 97 женщин, прерывание беременности проводилось по схеме ВОЗ: мифепристон 200 мг орально, мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36–48 ч и далее по 400 мкг вагинально.

Пациентки обеих групп были идентичны по возрасту, особенностям менструальной функции, наличию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, паритету. Эффективность применяемых методов прерывания в поздние сроки беременности составила 99% в I группе и 96,9% – во II группе. Продолжительность времени от начала применения метода до сократительной деятельности матки в I группе была меньше, чем во II. Продолжительность

прерывания беременности до 3 ч у женщин I группы была зафиксирована в 12,2% наблюдений, во II группе – в 1,0% (p=0,004). Продолжительность индукции свыше 3–4 ч. по группам не имела достоверных различий: в I группе аборт длился 3–4 ч в 69,4% наблюдений, во II группе – 65,9% (p=0,722), 5–6 ч соответственно 16,3% и 20,4% (p=0,557), 7–8 ч – 1% и 9% (p=0,022), свыше 8 ч – 1,0% и 3,1% (p=0,606). Аборт не произошел после применения вышеуказанных схем в I группе у 1 женщины (1%), во II группе – у 4 (4,1%). Им мифепристон вводился повторно, после чего повторно вводился мизопростол. Аборт у этих пациенток произошел на 2-е сутки. Побочные явления при применении различных методов прерывания беременности наблюдались чаще во II группе – 29,9% (в I–7,1%; p=0,000). Во II группе применялись большие дозы мизопростола, вызывающие больше побочных явлений. Применение анальгетических средств было использовано чаще в II группе – 99% (в I–49%; p=0,000). Более высокие дозы мизопростола приводили к частому развитию нежелательных явлений, требовавших применения анальгетиков. Осложнения позднего аборта (преждевременная отслойка плаценты, кровотечение, эндометрит, гематометра, разрыв шейки матки) достоверно чаще наблюдались во II группе. В I группе осложнения отмечены в 8,2% наблюдений, во II группе – в 26,8% (p=0,001). Большая доля осложнений в группе сравнения связана с большими дозами мизопростола, частым развитием нежелательных явлений и использованием с целью обезболивания нестероидных противовоспалительных средств, являющихся ингибиторами синтеза простагландинов, что обусловило развитие осложнений позднего индуцированного аборта. Чем меньше время от начала проведения индукции до самой элиминации плода, тем реже развиваются осложнения.

Таким образом, эффективность комбинированного метода прерывания в поздние сроки беременности составила 99,0%. Преимуществами комбинированного метода была меньшая продолжительность времени от начала применения метода до начала сократительной деятельности матки. Меньшая доза мизопростола привела к снижению нежелательных явлений в 4,2 раза, был меньше выражен болевой синдром.

ДИССОЦИИРОВАННЫЙ РОСТ ПЛОДОВ ПРИ ДВОЙНЕ: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?

Кузнецов П.А., Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С., Константинова К.И.

Москва
РНИМУ им Н.И. Пирогова

Диссоциированный рост плодов является фактором, ухудшающим прогноз для плодов. Однако есть теория о том, что диссоциация является приспособительным механизмом,позволяющим увеличить срок гестации на момент

рождения. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том,что прогноз при наличии диссоциации ухудшается лишь в том случае, если у меньшего плода есть задержка роста.

Discordant growth of the twin impairs the outcome for the fetuses. But some scientists believe that discordant growth allows fetuses to be born later. Our investigation shows that outcome for the discordant fetuses worsens only if smaller twin is growth restricted.

Многоплодная беременность относится к беременности высокого риска и сопровождается увеличением частоты всех акушерских патологий. Одним из осложнений многоплодной беременности является диссоциированное развитие плодов, связанное с развитием синдрома задержки роста плода (СЗРП) одного из них. Под термином диссоциированная двойня (дискордантный рост плодов) подразумевают разницу между предполагаемыми массами плодов, превышающую 15%.

Цель исследования: провести анализ исходов беременности при диссоциированной двойне в зависимости от наличия или отсутствия у меньшего плода СЗРП.

Материалы и методы: проанализировано 231 случая родов двойнями в ГКБ №24 филиал №2 за 2012–2013 год. Все двойни были разделены на три группы. В 1 группу вошли 176 двоен без диссоциации. 2 группу составила 41 двойня с диссоциацией, но без синдрома задержки роста плода (СЗРП). 3 группа – 14 двоен с диссоциацией и СЗРП у меньшего. Критерием СЗРП при многоплодии следует считать массу плода меньше десятой перцентили для данного срока по специальным номограммам для многоплодных беременностей (I. Blickstein).

Результаты: Частота диссоциации составила 23,8%. При анализе всех осложнений у новорожденных было выявлено, что в группе, которую составили двойни с диссоциацией и СЗРП, исходы были значительно хуже, чем в остальных двух группах при сопоставимой частоте преждевременных родов и среднем сроке гестации на момент родов. Частота родов до 34 недель в 1 группе составила 12,5%, во 2 и 3 группе 7,3% и 7,1%, соответственно. Частота внутрижелудочковых кровоизлияний в 3 группе составила 17,8% по сравнению с 3,9% в 1 группе и 2,4% – во 2 ($p<0.05$); значительно выше в третьей группе была и частота респираторного дистресс синдрома (46,4% по сравнению с новорожденными без диссоциااции – 19% и детей с диссоциацией, но без СЗРП – 14,6%) ($p<0.05$). Частота госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии в 3 группе составила 64,2% (19% и 15,8% в первой и второй группе соответственно) ($p<0.05$).

Вывод: Диссоциированный рост плодов увеличивает риск неблагоприятных исходов для плодов, однако это утверждение правомочно лишь в том случае, когда у меньшего плода есть задержка роста. Использование номограмм для одноплодных беременностей ведет к гипердиагностике СЗРП при двойнях.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кулигина М.В., Песикин О.Н., Карнеева Л.В., Комарова И.А.

Иваново
ФГБУ ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России

Для реализации мер по профилактике абортов, и отказов от новорожденных, необходимо иметь информацию о репродуктивных намерениях женщин генеративного возраста, имеющихся медико-социальных факторах риска. Разработка и внедрение автоматизированной программы «Региональный мониторинг репродуктивного поведения женского населения» позволит повысить эффективность работы амбулаторной акушерско-гинекологической службы по профилактике нежелательной беременности.

To implement measures for the prevention of abortion and the abandonment of infants, it is necessary to have information about women's reproductive intentions generative age, existing health and social risks. Development and implementation of automated program "Regional monitoring the reproductive behavior of the female population" will improve the efficiency of outpatient obstetric services to prevent unwanted pregnancy.

Для обеспечения инновационного подхода к управлению профилактикой нежелательной беременности и отказов от деторождения в ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России разрабатывается автоматизированная программа «Региональный мониторинг репродуктивного поведения женского населения и управления профилактикой нежелательной беременности». Основой для разработки компьютерной программы послужат результаты исследования репродуктивных установок женщин активного репродуктивного возраста, социально-психологических и медико-организационных факторов риска принятия женщинами решения о прерывании беременности, завершении детородного периода, отказа от новорожденного, их потребности в медико-социально-психологической поддержке.

Составной частью технического задания автоматизированной программы является прогностическая шкала отказа от деторождения и прерывания беременности искусственным абортом у женщин, имеющих детей, разработанная по результатам проведения сравнительного анализа, основанного на вероятностном методе Байеса и последовательном анализе Вальда, в группах сравнения в зависимости от планируемого исхода беременности (1

группа – женщины, не планирующие рождение ребенка и предполагающие прерывание беременности искусственным абортом; n=175; 2 группа – женщины, планирующие рождение ребенка и планирующие сохранение беременности и завершение ее родами; n=253).

Наибольшей информативностью из 19 факторов риска отказа от продолжения беременности обладают социально-гигиенические факторы риска, их суммарная доля от общей информативности составила 75,4%. Среди социально-гигиенических факторов риска отказа от продолжения беременности ведущим является репродуктивная установка женщины на рождение только одного ребенка – индекс информативности (Ix) равен 106,64. Значимыми факторами, характеризующими образ жизни являются «табакокурение» (Ix=50,43) и «плохие внутрисемейные взаимоотношения» (Ix=35,0). Среди медико-биологических факторов риска ведущими являются «возраст старше 30 лет» (Ix=60,9) и «искусственное прерывание беременности после первых родов» (Ix=52,6). Состояние здоровья также оказывает влияние на репродуктивный выбор женщины: информативность такого фактора как «сниженный уровень здоровья (по данным самооценки)» составила 30,3. Обращает внимание тот факт, что оценка женщинами предшествующих родов как «тяжелых», также влияет на возможность продолжения незапланированной беременности. Следует отметить, что женщины, чаще оценивали собственные роды как тяжелые и не планировали рождения детей в будущем в тех случаях, когда роды осложнились развитием аномалий родовой деятельности ($\chi 2$; $p<0,009$), обусловили необходимость использования акушерских щипцов или вакуум-экстрактора ($\chi 2$; $p<0,0085$). Использование прогностической таблицы позволит формировать контингент повышенного риска с целью проведения дифференцированных профилактических мероприятий, начиная с периода послеродовой реабилитации.

Таким образом, разработка и внедрение автоматизированной программы «Региональный мониторинг репродуктивного поведения женского населения и управления профилактикой нежелательной беременности» на базе кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций позволит иметь актуальную информацию о репродуктивных установках и планируемом репродуктивном поведении женщин активного генеративного возраста и обеспечить снижение частоты прерываний нежелательной беременности, отказов от новорожденных в родильном отделении за счет: автоматизированного определения риска отказа от продолжения беременности и отказа от новорожденного; автоматизированного индивидуального планирования мер медико-социально-психологической поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, повышения эффективности контроля руководителей акушерско-гинекологической службы в режиме реального времени за организацией работы медицинских организаций по профилактике отказов от деторождений и отказов от новорожденных.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ: ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Линева О.И., Романова Е.Ю., Михальченко С.В., Казакова А.В.

Самара
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский уни-верситет» Минздрава России, ЗАО «МК ИДК»

Обследовано 100 беременных женщин, 50 из которых получали энтеросорбенты, гепатопротекторы (S-аденозил-L-метионин) и витаминно-минеральный комплекс, содержащий метафолин (Фемибион Наталкер 1 и 2) с целью купирования выявленного у них оксидативного стресса и гипергомоцистеинемии. Доказана нормализация биохимических показателей и снижение частоты осложнений гестации.

Abstract: 100 pregnant women with oxidative stress & hyperhomocysteinemia were investigated, were studied outcomes pregnancy & delivery, effective prevention complication were proved.

Несмотря на определенные успехи в изучении патогенеза многих осложнений беременности с позиции оксидативного стресса (ОС) и гипергомоцистеинемии (ГГЦ), которая может быть как причиной, так и следствием ОС, до сих пор не разработаны меры их эффективной профилактики, что определяет актуальность проведенного нами исследования.

Целью исследования явилась оптимизация профилактики осложнений беременности, обусловленных оксидативным стрессом и гипергомоцистеинемией.

Для реализации поставленной цели было выполнено проспективное исследование исходов беременности, родов и оценка состояния плода и новорожденного у 100 женщин группы высокого риска развития ОС и ГГЦ (стресс, вредные привычки, воздействие ксенобиотиков, экстрагенитальные заболевания с явлениями гипоксии и воспаления). 50 женщин основной группы получали комплекс метаболических антиоксидантных средств, включая энтеросорбенты, гепатопротекторы (S –аденозил-L-метионин) и витаминно-минеральный комплекс, содержащий метафолин – активный метаболит фолатов со 100% биологической доступностью (Фемибион Наталкер 1 и 2). Группа сравнения (50 женщин), получавшая стандартную терапию, была идентична основной группе и подобрана по принципу «копи-пара». Кроме общепринятых методов, определялись маркеры оксидативного стресса, гомоцистеин, параметры расширенной коагулограммы и выполнено молекулярно-генетическое исследование гена фолатного обмена MTHFR Ala222Val (C – 677-T).

У 26% обследованных женщин выявлена умеренная гипергомоцистеинемия от 12 до 21 мкмоль/л. Интересным, с нашей точки зрения, является тот

факт, что гомозиготная мутация гена MTHFR отмечена у 12% обследованных, а гетерозиготная мутация – у 24%. ГГЦ выявлена только в группе гетерозиготных носителей полиморфизма гена, способного вызвать фолатную недостаточность, что можно объяснить не генетически детерминированной, а приобретенной ГГЦ вследствие оксидативного стресса и витаминной недостаточности. Проведенные исследования продемонстрировали наличие метаболических нарушений в виде активации свободно-радикального окисления и снижения антиоксидантной активности при беременности, преобладающие у женщин группы сравнения (снижение активности глютатион-редуктазы до 70,77 мкм/мг Hb в час, снижение активности каталазы до 115,41 ммоль/мг Hb, активация супероксиддисмутазы до 309,05 у.е/мг белка). Кроме того, возрастало содержание недоокисленных липидных перекисей (МДА) до 0,043 опт/ед.; диеновые коньюгаты зарегистрированы на уровне 0,57 опт/ед.

Назначение комплексной программы профилактики в прегравидарный период и в течение всей беременности привело к нормализации маркеров оксидативного стресса и гомоцистеина в основной группе исследования, а также способствовало статистически значимому снижению невынашивания беременности, преэклампсии, хронической плацентарной недостаточности, тромбофилических осложнений и акушерских кровотечений в 1,5–8 раз.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕПРОДУКТИВНАЯ КУЛЬТУРА МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Литвинова Н.И., Журавлева Т.П., Гречанинова Л.М., Левандовская Е.А., Шумова А.Л.

Рязань
ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж»

Изучена потребность амбулаторно-поликлинической службы в организации просвещения молодежи в контексте прегравидарной подготовки у 156 девушек 16–18 лет. Показано, что 73% признают необходимость коррекции образа жизни, но не рассматривают факторы риска как возможность развития экстрагенитальной патологии; 70,5% не считают потребление алкоголя фактором риска развития ФАС. Целесообразно организовывать обучение молодежи на уровне амбулаторно-поликлинического звена первичной медико-санитарной помощи.

Studied the need for outpatient services in the education and training of young people in the context of pregravid preparation 156 girls aged 16–18 years. It is shown that 73% of respondents recognize the need for correction of the lifestyle,

but do not consider risk factors such as the development of extragenital pathology; 70.5 per cent do not consider alcohol consumption a risk factor for FAS. It is advisable to organize the training of youth at the level of outpatient primary health care.

Репродуктивное здоровье девочек-подростков в аспекте поведенческих факторов риска целесообразно рассматривать в контексте прегравидарной подготовки на уровне амбулаторно-поликлинического звена первичной медико-санитарной помощи. Состояние здоровья девушек, особенно в периоде полового созревания, определяет резерв материнского потенциала нации в целом и состоятельность каждой россиянки в частности. Основы здорового и безопасного поведения закладываются в родительской семье и определяют дальнейший образ жизни женщины.

Цель данной работы – изучить потребность амбулаторно-поликлинической службы в организации просвещения и обучения молодежи в контексте прегравидарной подготовки.

На основе опроса девочек-подростков в возрасте 16–18 лет по вопросам преставления о здоровье, потребности в дополнительной информации и обучении были проанализированы анкеты 156 человек. Опрос включал в себя изучение: индивидуальной концепции здоровья (по Д. Сириес, В. Гавидия), распространенность факторов риска (на основе анкеты по диспансеризации), потребность в дополнительной информации и обучении по формированию здорового образа жизни, отношение к потреблению алкоголя и знаний о фетальном алкогольном синдроме (ФАС). Все девушки прошли диспансерное обследование в соответствии с нормативными документами.

Результаты исследования показали, что 100% опрошенных считают себя полностью информированными по вопросам здоровья и здорового образа жизни (рациональное питание, физическая активность, потребление алкоголя и табака). При этом 63% не знают своего артериального давления, 79% – показателей глюкозы, 92% – уровня холестерина, что свидетельствует о низкой медицинской культуре здоровья и недооценки факторов риска развития экстрагенитальной патологии. Самооценка образа жизни показала, что считают свой образ здоровым только 27%, а 73% опрошенных признают необходимость в его коррекции. Наиболее актуальными для них являются проблемы, связанные с питанием (65%) и физической активностью (56%). Однако из них 70,5% уже употребляют алкоголь, причем 55,3% – в семье, и не считают данное поведение неблагоприятным фактором для здоровья. Анализ индивидуальной концепции здоровья выявил преобладание модели (65%), при которой индивидуальное здоровье рассматривается в контексте индивидуального развития и социальной успешности (ценностей).

Таким образом, потребность в формировании медицинской культуры девочек-подростков является достаточно актуальной проблемой и требует организации системы обучения с учетом индивидуальной концепции здоровья. Учитывая, что по некоторым факторам (питание, физическая активность) существует понимание проблемы и готовность к обучению, а потребление алкоголя не воспринимается как фактор риска развития фетального алкогольного спектра нарушений и рассматривается как норма поведения для

всех членов семьи, то целесообразно организовывать обучение молодежи на уровне амбулаторно-поликлинического звена первичной медико-санитарной помощи. К работе должны быть привлечены отделения профилактики поликлиник с участием акушерской службы, что предусматривает расширение функций акушерок по направлению формирования здорового образа жизни с учетом его влияния на репродуктивное здоровье молодежи.

ОЦЕНКА РИСКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ЖЕНЩИН С СИМФИЗИОПАТИЕЙ

Логутова Л.С., Чечнева М.А., Черкасова Н.Ю., Анисимов А.В.

Видное
МОНИИАГ

Показано, что при общей площади структурных изменений лона до 50%, родоразрешение через естественные родовые пути не увеличивает риск травмы лонного сочленения в родах. При изменении более 80% межлонного диска повышается риск разрыва лона в родах через естественные родовые пути.

In a case of sonographic structural changes below 50% of interpubic disc area a vaginal delivery does not increase a risk of symphysis pubis trauma. If the area percentage exceed 80% the risk of symphysis pubis rupture in vaginal delivery is presumably high.

Не существует ни одного способа определения риска разрыва ЛС в родах, определение показаний к кесареву сечению при симфизиопатии всегда остается задачей акушера.

Цель работы: определение риска родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с клиническими признаками симфизиопатии по результатам ультразвукового исследования. Прогноз построен на основании ультразвукового обследования 65 беременных со структурными изменениями межлонного диска в виде гипо- и анэхогенных зон. В зависимости от суммарной площади изменений хряща группа разделена на 4 подгруппы (А, Б, В и Г). Подгруппа А – 20 беременных с суммарной площадью измененной зоны хряща до 20 % от общей площади, Б подгруппа – от 20 до 50%, В группа – от 50 до 80%, Г группа – 80% и более. Клинически группа А характеризовалась «умеренно выраженными» проявлениями симфизиопатии: болевой симптом при движении, при пальпации ЛС, без ограничения движений. Оценка боли по ВАШ – легкая и умеренная. Кесарево сечение в этой группе выполнено в 10%. Показания – рубец на матке и слабость родовой деятельности. В 90% наблюдений – роды через естественные родовые пути, без осложне-

ний. Масса новорожденных от 3100 гр. до 3900 гр. Ухудшения состояния ЛС ни в одном случае не отмечено. Болевой симптом сохранялся в течение 2–3 недель послеродового периода.

Группа Б характеризовалась стойким болевым симптомом, боли в покое и при движении, при пальпации ЛС, без ограничения движений. Оценка боли по ВАШ – умеренная. У всех выявлен положительный симптом Ласега и Патрика. Кесарево сечение выполнено в 35%. Показания: рубец на матке, интранатальная гипоксия плода, тазовое предлежание плода, повреждение тазового кольца в анамнезе. В 65% – роды через естественные родовые пути, без осложнений. Масса новорожденных от 3020 гр. до 3660 гр. Ухудшения состояния ЛС ни в одном случае не отмечено. Болевой симптом сохранялся до 1,5 месяцев.

Группа В характеризовалась стойким болевым симптомом, ограничением движения. Оценка боли по ВАШ – умеренная и сильная. У всех выявлен симптом Ласега, Тренделенбурга и Патрика. Кесарево сечение выполнено в 90%. Показания: повреждение ЛС в анамнезе, тяжесть симфизиопатии. Масса новорожденных от 3100 гр. до 3560 гр. В 1 случае роды через естественные родовые пути, масса новорожденного 2840 гр, течение родов без осложнений. Болевой симптом сохранялся от 4 до 11 месяцев, лечение у травматолога. Разрыв ЛС не диагностирован ни в одном наблюдении.

В группе Г в 62,5% наблюдений у пациенток – стойкий болевой симптом, по ВАШ – от выраженной боли до невыносимой, ограничения движения. Все клинические провокационные тесты положительные. Все пациентки были родоразрешены путем кесарева сечения в плановом порядке. В 25% по сочетанным показаниям – рубец на матке и структурные изменения ЛС, в остальных 75% – по тяжести симфизиопатии. В послеродовом периоде – сохранение болевого симптома и ограничения движения более 6–12 месяцев, необходимость консультаций травматолога и ортопеда. Хирургическое лечение ни в одном наблюдении не проводилось.

Структурные изменения, занимающие менее 50% от общей площади фиброзного хряща, имеют умеренные клинические проявления, не нарушают течения родового акта, не представляют высокого риска родоразрешения через естественные родовые пути. При общей площади структурных изменений ЛС от 50 до 80% выбор тактики родоразрешения должен осуществляться по акушерским показаниям, с учетом массы плода и сопутствующей патологии. В группе пациенток с общей площадью структурных изменений более 80% родоразрешение через естественные родовые пути нецелесообразно, может быть сопряжено с высоким риском разрыва ЛС.

ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИМФИЗИОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Логутова Л.С., Чечнева М.А., Черкасова Н.Ю., Анисимов А.В.

Видное
МОНИИАГ

Представлены результаты исследования структуры лонного сочленения у беременных в норме и при клинических проявлениях симфизиопатии.

Results of ultrasonographic assessment of symphysis pubis structure in pregnant women with symphysiopathy (symphysiolis, pelvic girdle pain syndrome) in comparison with symptom-free pregnant controls are presented in this article.

До 50% беременных испытывают тазовые боли вследствие изменений лонного сочленения таза. В 25% наблюдений тазовая боль требует лечения и у 8% женщин ведет к ограничению повседневной деятельности, сохраняется в течение 4–6 месяцев после родов у 26,5–43% женщин. Клиническая диагностика симфизиопатии не сложна, но, во многих случаях малоэффективна.

Цель работы: Сравнение результативности клинической и ультразвуковой диагностики симфизиопатии у беременных.

Анализ проведен на основании ультразвукового обследования 65 беременных со структурными изменениями межлонного диска в виде гипо- и анэхогенных зон. В зависимости от суммарной площади изменений хряща группа разделена на 4 подгруппы (А, Б, В и Г). Подгруппа А – 20 беременных с суммарной площадью измененной зоны хряща до 20% от общей площади, Б подгруппа – от 20 до 50%, В группа – от 50 до 80%, Г группа– 80% и более. Клинически группа А характеризовалась «умеренно выраженными» проявлениями симфизиопатии: болевой симптом при движении, при пальпации ЛС, без ограничения движений. Диагноз при направлении на УЗИ только в 15% был сформулирован как «симфизит», в 20% – «дисфункция лонного сочленения», в 25%– угроза прерывания беременности; в 40% проявления симфизиопатии выявлены только при УЗИ.

Группа Б характеризовалась стойким болевым симптомом, боли в покое и при движении, при пальпации ЛС, без ограничения движений. У всех пациенток выявлен положительный симптом Ласега и Патрика. Показаниями к УЗИ в 44,4% был клинический диагноз симфизиопатии, в 3,7% – травматические повреждения ЛС в анамнезе, в 7,4% – клинический диагноз симфизит, в 22,3% – угроза прерывания беременности; в 22,3% симптомы симфизиопатии оценены только при ультразвуковом исследовании.

Группа В характеризовалась стойким болевым симптомом, ограничениями движения. Оценка боли по ВАШ – умеренная и сильная. У всех пациенток выявлен положительный симптом Ласега, Тренделенбурга и Патрика. Показания к УЗИ в 80% – клинический диагноз симфизит, в 20% – в анамнезе разрыв ЛС в предыдущих родах. В отличие от группы А и Б при направ-

лении на исследование не фигурировали предположительные диагнозы «Угроза преждевременных родов».

В группе Г площадь структурных изменений ЛС составила более 80% от общей площади фиброзного диска. Эта группа пациенток была наименее однородной по характеру клинических проявлений и эхографической картине. В 62,5% наблюдений имели выраженную клиническую картину симфизиопатии- стойкий болевой симптом, ограничения движения. Клинический диагноз при направлении на исследование был сформулирован как симфизит или симфизиопатия, в 1 случае – деструкция лонного сочленения. В 37,5% беременные не предъявляли жалоб со стороны опорно-двигательной системы, структурные изменения ЛС были обнаружены только во время УЗИ.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что УЗИ лонного сочленения по предложенной нами методике с детальным анализом его структуры обладает высоким потенциалом для объективной оценки анатомических изменений при симфизиопатии у беременных женщин и может широко использоваться для клинических и научно-практических целей.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Магомедова П.А., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х., Эседова А.Э.

Махачкала
ДГМА

Был проведен клинико-статистический анализ. Установлено, что высокой степени риск развития повторной эктопической беременности (ЭБ) имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

Multi-faceted clinical-statistical analys. It was established that a high degree of risk of recurrent ectopic pregnancy have such features as a low social status, infertility, deferent sergery in history, inflammatory diseases of the genitalia, sexually transmitted infections, conservative surgery of fallopian tubes, complicated postoperative course.

Эктопическая беременность (ЭБ) представляет собой серьезную угрозу репродуктивному здоровью женщины, а в некоторых случаях является причиной летальных исходов. Частота ЭБ имеет стойкую тенденцию к росту, составляя 0,8–2,4% по отношению к родам, повторный эпизод встречается у 7,5-22% женщин.

Целью настоящего исследования была разработка критериев количественной оценки степени индивидуального риска и метода прогнозирования вероятности возникновения повторной эктопической беременности.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 246 женщин, из них у 166 имели место две внематочных беременности и у 80 имелся один эпизод внематочной беременности. Проводился корреляционный, регрессионный и дискриминантный анализ по Фишеру по 48 признакам унифицированной карты обследования с использованием пакета программ SPSS 15.

Результаты исследования и их обсуждение. Для оценки степени индивидуального риска возникновения повторной ЭБ и разработки метода индивидуального прогнозирования определялась информационная значимость и прогностическая ценность каждого фактора риска. Выделены 3 степени риска: высокий – при сумме коэффициентов 13 баллов и выше (вероятность повторной ЭБ составляет 90%); средняя степень риска при сумме от 12 до 3 (вероятность повторной ЭБ составляет 50%); и низкий от 2 и менее баллов (вероятность патологии составляет менее 20%).

Высокий информационный индекс имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

При неблагополучном социальном статусе у женщины меньше возможности своевременно обратиться за медицинской помощью. Бесплодие – это свидетельство неблагополучного исхода операции, после которой, возможно, развился спаечный процесс. Вероятность повторной ЭБ выше после лапаротомического доступа.

Наличие в анамнезе инфекции является фактором риска развития не только повторной ЭБ, но также и первичной ЭБ. У 106 (63,6%) пациенток основной группы были выявлены инфекции, передающейся половым путем, однако назначенную терапию женщины либо вообще не проводили (42 женщины – 25,2%), либо провели частично (54 пациентки – 32,4%). Причем лечение партнеров проведено только в 22,2% случаях.

Высокий риск развития повторного эпизода трубной беременности имеют осложнения послеоперационного периода: послеоперационная лихорадка, обострение пиелонефрита, нарушение функции кишечника, нагноение или инфильтрация тканей послеоперационной раны, а также сохранение жидкости в позадиматочном пространстве к концу первой послеоперационной недели. Большая кровопотеря ведет как к истощению защитных сил организма, так и к большой вероятности развития спаечного процесса. Значение фактора времени до начала хирургического вмешательства обусловлено глубокими деструктивными изменениями в тканях, выбросом биологически активных веществ, скоплением крови, образованием фибринозных пленок в последующем может послужить причиной повторного эпизода ЭБ.

Вывод. Высокий информационный индекс возникновения повторного эпизода ЭБ имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

ЭНДОМЕТРИОЗ И ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ: ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Маланова Т.Б., Ипатова М.В.

Москва
ФГБУ НЦАГиП

При выборе физиотерапии у пациенток с эндометриозом необходимо учитывать особенности проявления болевого синдрома. У пациенток с эндометриозом и хронической тазовой болью личностные особенности усугубляют неадекватное восприятие боли. Включение в комплекс лечения физических факторов, обладающих седативным и обезболивающим эффектами, делает лечение более успешным.

When you select a physical therapy in patients with endometriosis must take into account peculiarities of manifestation of pain. In patients with endometriosis and chronic pelvic pain improper personal characteristics aggravate the perception of pain. Inclusion in the complex treatment of physical factors, has sedative and analgesic effects, makes treatment more successful.

Эндометриоз выявляется у каждой 10 пациентки, преимущественно у молодых трудоспособных женщин (87,7%), ведущие симптомы – боль (63,4%) и бесплодие (46,7%), вызывая резкое снижение качества жизни.

В гинекологическом отделении восстановительного лечения Центра за 2014 год получали лечение при подготовке к беременности 207 пациенток, 78 из них в возрасте 30–39 лет с верифицированным эндометриозом 1–2 степени распространения и жалобами на боли в малом тазу. У 48 (61,5%) женщин боли в животе были периодические (1 группа), а 30 (38,5%) страдали хронической тазовой болью (2 группа). Сопутствующая патология: тазовые перитонеальные спайки (100%), миома матки (27%), бесплодие (84%). Выбор варианта лечения определялся характером болевого синдрома, который оценивали по вербально-ранговой шкала боли (ВРШ), опроснику боли MPQ (Mc Gill Pain Questionaire), шкале тревожности Спилбергера (ТС) с вычисле-

нием коэффициента обезболивающего действия (КОД). Обследование проведено до и после курса интенсивного физиолечения факторами, обладающими трофическим, седативным и обезболивающим эффектами.

У пациенток 1 группы интенсивность тазовой боли была от слабой до умеренной, чаще накануне менструации, преобладала эмоциональная характеристика боли. Уровень тревоги (личностной и ситуационной) был чуть выше верхней границы нормы. У пациенток 2 группы хроническая тазовая боль была от умеренной до сильной, усиливающаяся перед менструацией, при переохлаждении, эмоциональном напряжении, физической нагрузке. Преобладала сенсорная составляющая боли на фоне негативной эмоциональной оценки ее. Частыми спутниками боли были тревога, депрессия, ипохондрия, причем, если боль вызывала и поддерживала тревогу, то и тревога усиливала проявления боли, что было подтверждено данными ТС.

Пациентки 1 группы получали магнитотерапию по абдоминально-влагалищной методике – 30 процедур, иодобромные ванны – 10 процедур. Пациентки 2 группы – электроимпульсную терапию по абдоминальной методике – 30 процедур, магнитотерапию по влагалищной методике – 30 процедур и иодобромные ванные – 10 процедур. Всем лечение проведено в интенсивном режиме в течение 10 рабочих дней.

Результаты обследования до и после лечения.

Показатели	1 группа/ до лечения	2 группа/ до лечения	1 группа/ после лечения	2 группа/ после лечения
ВРШ	2,33+0,3	4,80+0,3	1,78+0,2	0,78+0,3
ТС личностная тревога	36,4+0,6	43,8+0,4	36,4+0,6	43,8+0,4
ТС ситуационная тревога	32,4+0,4	52,3+0,4	26,4+0,3	33,2+0,4
MPQ	18,0+0,2	53,2+0,2	7,0+0,2	22,8+0,2
ИД (индекс дескрипторов	5,6+0,3	17,2+0,3	3,5+0,3	11,3+0,3
ИР (индекс рангов)	11,4+0,2	42,1+0,2	3,5+0,2	11,5+0,2
КОД (для ВРШ+ТС)			0,24	0,84
КОД (для MPQ)			0,61	0,56

Коэффициент обезболивающего эффекта лечения в 1 группе (ВАШ и ТС) был в 3 раза ниже, чем во 2 группе, однако, после уточнения особенностей восприятия боли по MPQ с учетом психо-эмоциональных особенностей женщин, было уточнено, что КОД дифференцированных комплексов лечения был практически одинаков.

Выводы:

1. При выборе физиотерапии у пациенток с эндометриозом необходимо учитывать особенности проявления болевого синдрома.
2. У пациенток с эндометриозом и хронической тазовой болью личностные особенности усугубляют неадекватное восприятие боли.
3. Включение в комплекс лечения физических факторов, обладающих седативным и обезболивающим эффектами, делает лечение более успешным.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ ПЛОДА

Машинец Н.В.

Москва
ФГУ НЦАГиП

Представлены 62 случая пренатальной ультразвуковой диагностики неосложненных фолликулярных кист, 14 – внутриутробного перекрута кист яичника, 1 – апоплексии яичника, 1 – разрыва стенки кисты, 8 – кровоизлияния в полость кисты яичника, 3 – тератом яичника, 1 – цистаденомы. Описаны эхографические признаки различных яичниковых образований плода.

62 cases of prenatal ultrasound diagnosis of uncomplicated follicular cysts, 14 – in utero torsion of an ovarian cysts, 1 – ovarian apoplexy, 1 – a ruptured the wall of the cyst, 8 – hemorrhagic ovarian cysts, 3 – ovarian teratoma, 1 – cistadenoma. The echographic signs of this abnormality were described.

Цель: Выяснение возможности ультразвуковой диагностики патологии яичников плода.

Материалы и методы: Проведен анализ 62 случаев ультразвуковой диагностики неосложненных фолликулярных кист, 14 – внутриутробного перекрута кист яичника, из них у 2 плодов – кисты яичника с самоампутацией, 1 – апоплексии яичника, 1 – разрыва стенки кисты, 8 – кровоизлияния в полость кисты яичника, 3- тератом яичника, 1 – цистаденомы.

Результаты: Срок беременности при выявлении кист яичников составлял 30–38 недель. Фолликулярные кисты яичников на эхограммах определялись в виде однокамерного жидкостного полностью анэхогенного образования округлой формы с гладкими стенками, расположенного в нижних отделах брюшной полости плода. Величина кист колебалась в пределах от 2 до 8,0

см. Характерной особенность их являлось самопроизвольное исчезновение в течение 1–6 месяцев после рождения. Кисты яичников при перекруте их ножки на сканограммах визуализировались в виде жидкостного образования округлой формы диаметром – 4,5 – 9,5 см, с толщиной стенки – 1,5–3,5 мм, расположенного в нижних отделах живота плода. Характерной особенностью являлось наличие эхогенного осадка с уровнем расслоения жидкой части. При динамическом исследовании отмечалось увеличение размеров образования и изменение количества внутренних эхоструктур. Апоплексия яичника у плода диагностирована в 33 недели беременности. Эхографическими признаками явились наличие в яичнике образования аморфной, губчатой структуры диаметром 3,9см сочетающееся с появлением крови в брюшной полости. Хирургическое лечение новорожденного подтвердило правильность антенатальной ультразвуковой диагностики. В 1 наблюдении при ультразвуковом исследовании в 35 недель произошел разрыв стенки кисты, с появлением в брюшной полости свободной жидкости и образованием кисты заполненной кровью и нитями фибрина. После рождения ребенка отмечалось ее исчезновение. Кровоизлияние в полость кисты яичника диагностировано у 8 плодов в сроках 30–34 недели. При эхографии это проявлялось появлением в брюшной полости жидкостного образования неоднородной сетчатой структуры или наличием в кисте участка сетчатой структуры. Тератомы яичников выявлены у 3 плодов, в одном из наблюдений отмечались двусторонние тератомы. На сканограммах они определялись как округлые образования повышенной эхогенности плотной структуры диаметром от 1,5 до 1,7 см и содержали преимущественно жировую ткань. Серозная цистаденома выявлена в 1 наблюдении при эхографии в 35 недели беременности, диаметр образования составлял 2,0 см, оно имело округлую форму анэхогенное содержимое и тонкие стенки. После рождения проводилось динамическое ультразвуковое наблюдение за ребенком в течении 1 года, учитывая отсутствие динамики в уменьшении образования, проведено хирургическое лечение, диагноз подтвержден при гистологическом исследовании.

Выводы: Проведенные исследования свидетельствуют, что эхография представляет ценный метод, использование которого позволяет с достаточно высокой точностью диагностировать патологию яичников у плода и, основываясь на полученных данных, решить вопрос о выборе наиболее рационального способа ведения и лечения новорожденных с этой патологией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО 1,5 МГ 17β-ЭСТРАДИОЛА И 2,5 МГ НОМЕГЭСТРОЛА АЦЕТАТА

Мгерян А.Н., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р.

Москва
ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова

Цель исследования: Оценить эффективность и приемлемость контрацептива, содержащего 1,5 мг 17β-эстрадиола и 2,5 мг номегэстрола ацетата в режиме 24+4 у женщин репродуктивного возраста с симптомами предменструального синдрома(ПМС).

Материалы и методы: Под наблюдением находились 80 фертильных женщин в возрасте от 18–45 лет, с ПМС легкой и средней степени тяжести, нуждающихся в контрацепции. Критерии включения: женщины нуждающихся в контрацепции, страдающие ПМС легкой и средней степени тяжести, отсутствие противопоказаний к гормональной контрацепции. Критерии исключения: противопоказания к назначению гормональных контрацептивов по критериям ВОЗ (2009). Применялись общеклинические, клинико-лабораторные и статистические методы обследования. Наряду с этим был проведен анализ по «ПМС-дневникам» пациенток для оценки степени тяжести предменструального синдрома. Тяжесть симптомов (колебания настроения, депрессия, головная боль и др.) оценивалось по балльной шкале от 1 до 3, как незначительная, умеренная, выраженная.

Оценка результатов проводилась в динамике наблюдения через 6 и 12 мес.

Результаты исследования: Средний возраст пациенток составил 29,0±3,2 лет. У всех женщин был овуляторный менструальный цикл. У 58 (73%) диагностирована легкая степень предменструального синдрома, у 22 (27%) – средней степени тяжести.

В течение 1 года наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая беременности. Нежелательные побочные явления наблюдались межменструальные кровянистые выделения у 11 (14%), у 3 (4%) – диспепсические расстройства. Это не явилось основанием для отмены контрацептива. Через 6 месяцев от начало приема препарата жалобы на симптомы ПМС (головную боль, тревожность, нагрубание молочных желез, депрессия) предъявляли – 61 (76%) женщин.

В динамке наблюдения к 12 месяцу от начала приема препарата остальные 55 (69%) пациенток отметили значительное улучшение общего состоя-

ния. (симптомов ПМС не зарегистрировано). У 35 (31%) женщин большинство симптомов ПМС сохранялось.

Выводы: Комбинированный гормональный контрацептив, содержащий 1,5 мг 17β-эстрадиола и 2,5 мг номегэстрола ацетата обладает высоким контрацептивным эффектом. Число нежелательных побочных явлений при приеме препарата было небольшим отмечено у 14 (18%) женщин. Таким образом, препарат помимо высокого контрацептивного эффекта и хорошей переносимости, положительно влияет на симптомы ПМС, преимущественно у пациенток с легкой степенью тяжести ПМС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Прилепская В.Н., Цаллагова Е.В., Мгерян А.Н.

Москва
ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова

Цель исследования. Оценить контрацептивную эффективность и приемлемость пролонгированного подкожного контрацептива, содержащего 68 мг этоногестрела (Импланон НКСТ®) у женщин репродуктивного возраста. Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 48 женщин в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст женщин составил 28,0 +1,7 года) нуждающихся в эффективной длительной контрацепции, соответствующих всем критериям включения и исключения. Критерии включения: репродуктивный возраст, заинтересованность в надежной контрацепции, отсутствие противопоказаний к гестагенной контрацепции. Критерии исключения: противопоказания к использованию гестагенной гормональной контрацепции по медицинским критериям приемлемости ВОЗ (2009 г.), беременность или подозрение на нее, использование гормональной контрацепции в течение последних 3 месяцев, маточные кровотечения неясной этиологии. Применялись общеклинический, клинико-лабораторный, статистический и инструментальный методы обследования. Длительность наблюдения – 1 год. Результаты исследования. В течение всего срока наблюдения ни у одной пациентки не зарегистрировано наступление беременности. Осложнение при введении имплантата в виде гематомы отмечалось у 1 (2,1%) женщины. Наиболее частыми побочными эффектами являлись изменения характера кровянистых выделений. К концу первого года использования имплантата у 11 (22,9%) женщин наблюдалась аменорея, у 17 (35,4 %) отмечались редкие

кровянистые выделения, частые кровянистые выделения – у 10 (20,8%), продолжительные кровянистые выделения – у 10 (20,8%). Прибавка массы тела в среднем на 2 кг отмечена у 2 (4,2%) женщин. Отказались от дальнейшего использования подкожного контрацептива в течение периода наблюдения – 5 (10,4%) женщин, преимущественно из-за продолжительных и частых кровянистых выделений. Выводы. Гормональный подкожный имплантат Импланон НКСТ® является эффективным и приемлемым контрацептивом. Наиболее частыми побочными реакциями при применении пролонгированного подкожного имплантата Импланон НКСТ® являются изменения характера кровянистых выделений, частота и продолжительность которых коррелируют с длительностью применения контрацептива. Приемлемость имплантационной контрацепции повышается благодаря консультированию до назначения контрацептива.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

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

Москва
НЦАГиП им. В.И. Кулакова

Целью нашего исследования являлось изучение роли некоторых молекулярно – генетических маркеров в патогенезе рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (полиморфизм генов IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1α, IL-1β, IL1R1, TGFβ1, IL-10, TLR4, TLR2). Результаты исследования показали что вышепредставленные полиморфизмы играют значительную роль в патогенезе развития РВВК.

Summary: The aim of this study was to determine the role of several molecular genetic markers in pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. Our findings suggest that these markers may play an important role in pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis.

Рецидивирующее течение вульвовагинального кандидоза (ВВК) часто наблюдается при наличии факторов риска его развития: 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 (РВВК) не имеют очевидных факторов риска, что

позволяет предположить о важной роли генетических нарушений в развитии данного заболевания. 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. Целью нашего исследования являлось изучение роли некоторых молекулярно – генетических маркеров в патогенезе рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (полиморфизм генов IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1α, IL-1β, IL1R1, TGFβ1, IL-10, TLR4, TLR2). 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, амино-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-1α, IL-1β, IL1R1, TGFβ1, IL-10, TLR4, TLR2).По результатам клинико – лабораторного обследования и данных анамнеза пациентки были подразделены на 2 группы: I группа – женщины с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом (n=59) и 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 вульвовагиналного кандидоза были проанализированы некоторые полиморфизмы следующих генов: IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1α, IL-1β, IL1R1, TGFβ1, IL-10, TLR4, TLR2. В результате статистическог 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 были выявлены два полиморфизма ассоциированных с РВВК: IL4: -33 C>T и IL4: -590 C>T. Установлено, что в обоих случаях генотип C/C достоверно чаще встречался у женщин с рецидивирующим ВВК по сравнению с пациентками не страдающими от рецидивирующего 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. Полиморфизм гена CCL2 (CCL2: 2493 A>G (-2518 A>G)) также ассоциировался с РВВК, а генотип A/A выявлялся достоверно реже у женщин не страдающих от рецидивирующего вульвовагинального кандидоза, по сравнению с пациентками отмечающими частые реци-

дивы ВВК. Еще одним полиморфизмом, ассоциированным с РВВК, является полиморфизм гена IL10 (IL10 -1082 G>A). Частота встречаемости генотипа G/G у женщин с РВВК было достоверно выше в отличие от пациенток не страдающих от РВВК. Таким образом, пологаясь на данные полученные в ходе данного исследования, можно отметить, что вышепредставленные полиморфизмы играют значительную роль в патогенезе развития РВВК.

«ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ К СВОЕЙ ПРОФЕССИИ, КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ УСТАНОВОК НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ»

Мингалева Н.В., Бондаренко А.С.

Сочи
МБУЗ Городская больница №1

Предлагаемые действующими нормативно-правовыми актами мероприятия по профилактике заболеваний дадут ожидаемый результат только в том случае, если будут правильно использоваться и врачами акушерами гинекологами и пациентками. А это зависит от их позиций по отношению к здоровью в целом. Необходимость тесного взаимодействия в процессе лечения не вызывает сомнений ни у врачей, ни у пациенток, но когда речь заходит о профилактике, личные позиции и тех, и других несколько расходятся.

Проведено анонимное анкетирование врачей акушеров-гинекологов (300), в т.ч. клинических ординаторов (26). Анкета содержала 59 вопросов.

Опрос врачей показал, что идея служения людям продолжает оставаться одной из главных в установках на профессиональную деятельность. Приверженность врачей здоровому образу жизни можно было бы рассматривать как профилактику заболеваний. Поэтому была рассмотрена диспозиция в данном вопросе. Проф. мероприятия по их мнению дадут ожидаемый результат только, если будут правильно и активно использованы двумя контрагентами – врачами и женщинами-пациентками.

Предлагаемые действующими нормативно-правовыми актами мероприятия по профилактике заболеваний дадут ожидаемый результат только в том случае, если будут правильно использоваться и врачами акушерами гинекологами и пациентками. А это зависит от их позиций по отношению к здоровью в целом. Необходимость тесного взаимодействия в процессе лечения не вызывает сомнений ни у врачей, ни у пациенток, но когда речь заходит о профилактике, личные позиции и тех, и других несколько расходятся.

Цель исследования: установить наличие медицинских и социально-психологических детерминант установок на профилактическую деятельность у врача акушера-гинеколога.

Материалы и методы: Проведено анонимное анкетирование врачей акушеров-гинекологов (300), в т.ч. клинических ординаторов (26). Анкета содержала 59 вопросов.

Результаты исследования и обсуждение: Опрос врачей показал, что идея служения людям продолжает оставаться одной из главных в установках на профессиональную деятельность (60,3%). Первое место среди них занимает интерес к работе (67,7%), увлеченность, стремление разобраться в сложных ситуациях и максимально полно реализовать квалификацию (56,7%). Более половины (58,3%) признают, что на работе чувствуют себя комфортно. В то же время, больше половины из них удовлетворены только частично (57,7%). Проф. установки врачей исходят из их отношения в том числе и к собственному здоровью, и являются необходимым условием их проф.деятельности. Во-вторых, врачевание всегда требовало не только хорошей специальной подготовки, но и значительных физических сил, нервно-психологической устойчивости. Опрос показал, что только самые молодые из врачей дали наивысшую оценку своему здоровью (2,3%), а врачи, проработавшие > 10 лет, настроены менее оптимистично, назвав состояние своего здоровья удовлетворительным (36,3%). В целом же, половина респондентов уделяет достаточно внимания заботе о здоровье (51,7%), хотя были и врачи, которые отрицали это в качестве жизненного приоритета. Приверженность врачей здоровому образу жизни можно было бы рассматривать как профилактику заболеваний. Поэтому была рассмотрена диспозиция в данном вопросе. Оказалось, что выше всего врачи ценят здоровый сон (87%), на втором месте– рациональное питание (84,3%). Среди факторов, которые мешают им заниматься собственным здоровьем, отмечают нехватку времени (44,7%) и загруженность на работе (42,3%). Естественно с этим связана усталость (33,7%), а у врачей-женщин-загруженность домашними делами (25,3%). В целом, можно утверждать, что врачи имеют адекватное представление о здоровом образе жизни, но не могут сами его практиковать в силу объективных причин, обусловленных характером труда. В вопросе охраны здоровья врачи сегодня большую ответственность возлагают на семью и себя самих, чем на активизацию работы конкретного мед. учреждения, однако оценка ответственности самих женщин за свое здоровье составила 63%. Сами врачи полагают, что ведут здоровый образ жизни – 66% и 26,4% отрицательных ответов. В это понятие они вкладывают особый смысл – говорят о том, чего им лично очень не хватает: режима сна, режима питания, сбалансированности труда и отдыха (78,7%). Большинство врачей (64,7%) подтвердили прохождение диспансеризации, более трети прошли ее формально – сдали анализы, убедились в том, что здоровье в норме, а к специалистам так и не пошли (34,7%). Отмечен высокий процент жалоб на бронхо-легочные заболевания (27,7%) и органов зрения (20,7%). В отличие от распространенности заболеваний нервной системы (19,%), можно предположить общепопуляционную тенден-

цию. Врачи считают семью вторым по значимости агентом ответственности за профилактику нарушений репродуктивного здоровья (32,7%), хотя на первое место в этом вопросе ставят самих пациенток (63%). Проф. мероприятия по их мнению дадут ожидаемый результат только, если будут правильно и активно использованы двумя контрагентами – врачами и женщинами-пациентками.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВОЗРАСТА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Михайлин Е.С.

Санкт-Петербург
Родильный дом №10, СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Резюме. Методом многофакторного регрессионного анализа проведен ретроспективный анализ историй родов 410 пациенток (300 несовершеннолетних пациенток (основная группа) и 110 пациенток среднего репродуктивного возраста (контрольная группа). У несовершеннолетних женщин достоверно повышен риск возникновения патологической прибавки веса, анемии, гипопротеинемии, преждевременного и раннего излития околоплодных вод, начавшейся гипоксии плода.

Summary. By the method of multivariate regression analysis retrospective analysis of 410 patients pregnancy and childbirth (300 juvenile patients (study group) and 110 patients the average reproductive age (control group) was made. Minors women have significantly increased risk of abnormal weight gain, anemia, hypoproteinemia, premature and early rupture of membranes, fetal hypoxia.

Введение. Беременность и роды у несовершеннолетних – непредсказуемое и не до конца изученное явление. Многочисленные, но разрозненные, работы сходятся в одном: частота осложнений во время беременности и родов у подростков выше, чем у женщин среднего репродуктивного возраста. Целью исследования была оценка влияния возраста беременных женщин на вероятность возникновения различных осложнений беременности и родов. Методом многофакторного регрессионного анализа проведен ретроспективный анализ историй родов 410 пациенток (300 несовершеннолетних пациенток (основная группа) и 110 пациенток среднего репродуктивного возраста (контрольная группа). При построении всех регрессий помимо индикаторов возрастных групп для отделения эффекта возраста от других особенностей женского организма, образа жизни и своевременности обращения в жен-

скую консультацию использовались следующие контрольные переменные: возраст начала менархе, возраст начала половой жизни, срок постановки на учет в женской консультации. Результаты. Интерпретируя все значения отношения шансов и обращая внимание на их статистическую значимость, можно сделать вывод, что по сравнению с совершеннолетними, у беременных женщины 13–15 лет достоверно больше общая прибавка массы тела за беременность (В=4,70; ДИ:95%; 1,52–7,86), достоверно чаще наблюдаются патологическая прибавка массы тела (ОШ=4,89; ДИ:95%; 1,16–20,65), анемия (ОШ=1,21; ДИ:95%; 0,31–4,81) и гипопротеинемия (ОШ=52,84; ДИ:95%; 1,41–1978,19) при беременности, раннее излитие околоплодных вод (ОШ=13,23; ДИ:95%; 2,14–81,85), начавшаяся гипоксия плода (ОШ=2,75; ДИ:95%; 0,39–19,67) и перинеотомия в родах (ОШ=8,33; ДИ:95%; 2,57–26,99), а также наличие острой плацентарной инфекции по данным гистологии последа (ОШ=3,26; ДИ:95%; 0,89–11,98), а достоверно реже – многоводие (ОШ=0,12; ДИ:95%; 0,02–0,58), также достоверно меньше у них, по сравнению с совершеннолетними, общая продолжительность родов (В=-0,59; ДИ:95%; -2,49-1,30), средняя кровопотеря в родах (В=-109,88; ДИ:95%; -210,64–9,11), и средний койко-день (В=-1,20; ДИ:95%; -2,29–0,12). У беременных в возрасте 16–17 лет, по сравнению с совершеннолетними, достоверно больше общая прибавка массы тела (В=3,29; ДИ:95%; 1,47–5,12), значимо выше шансы возникновения патологической прибавки массы тела (ОШ=2,86; ДИ:95%; 1,16–6,22) и анемии (ОШ=1,79; ДИ:95%; 0,64–5,05) при беременности, преждевременного (ОШ=3,33; ДИ:95%; 1,23–9,01) или раннего (ОШ=12,46; ДИ:95%; 2,72–57,11) излития околоплодных вод, начавшейся гипоксии плода (ОШ=1,63; ДИ:95%; 0,32–8,40) и перинеотомии (ОШ=2,60; ДИ:95%; 1,32–5,11) в родах, а также наличия хронической плацентарной недостаточности (ОШ=2,51; ДИ:95%; 1,25–5,04) и острой плацентарной инфекции (ОШ=2,90; ДИ:95%; 1,22–6,92) по данным гистологии последа, в то время как многоводие (ОШ=0,13; ДИ:95%; 0,05–0,34) и признаки хронической плацентарной инфекции (ОШ=0,11; ДИ:95%; 0,05–0,23) по данным гистологии последа наблюдаются достоверно реже, чем у совершеннолетних, также достоверно меньше у них, по сравнению с совершеннолетними, общая продолжительность родов (В=-0,39; ДИ:95%; -2,40–1,63), средняя кровопотеря в родах (В=-72,70; ДИ:95%; -135,02–10,37) и средний койко-день (В=-1,52; ДИ:95%; -2,15–0,89). Заключение. Таким образом, независимо от влияния других факторов, у несовершеннолетних беременных женщин риск возникновения определённых осложнений беременности и родов выше, чем у женщин среднего репродуктивного возраста.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПРОГНОЗЕ ИСХОДА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙВ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Муминова Н.Х.

Москва

Обследовано 45 женщин послеродового периода с гнойно-септическими состояниями (ГСС), которым вводили в комплексной терапии препарат Галавит в дозе 100–200 мг/сут, в зависимости от стадии ГСС.

Коррекция Галавитом повысила уровень цитокина ИЛ-4, которыйограничивал распространение иммунного ответа и препятствовал развитию генерализации воспалительного процесса или аутоиммунных патологических реакций.

There were examined 45 women with post-natal period, septic states (SS), which was administered as part of combination therapy Galavit drug at different doses, depending on the stage of the SS 100–200 mg per day.

Correction with Galavit increased serum levels of the cytokine IL-4, which limits the spread of the immune response and the development of generalization inflammation or autoimmune pathological reactions.

В патогенезе гнойно-септических состояний (ГСС) важную роль играют изменения реактивности иммунной системы, в частности, содержание ряда цитокинов на системном и локальном уровнях. Интерес представляет изучение уровней про- и противовоспалительных цитокинов и возможности использования результатов для диагностики ГСС в акушерстве.

Цель исследования – изучение параметров провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8 и ТНФ-α и противовоспалительного ИЛ-4 в сыворотке крови у пациенток, как возможного теста для определения степени инфекционного риска, с последующим лечением.

В основную группу вошли 45 женщин послеродового периода (у 30 роды самопроизвольные, у 15 кесаревым сечением). Продолжительность заболевания 3–21 сут. Контрольная группа – 27 здоровых женщин (без осложнений – 23 самопроизвольные, 4 – оперативные роды).

В основной группе назначали в комплексной терапии препарат Галавит – в зависимости от стадии ГСС: при синдроме системного воспалительного ответа и незначительных изменениях в матке Галавит по 100 мг/сут в свечах; при сепсисе с дисфункцией 1 или 2 органов парентерально по 100-200 мг/сут (из 45 у 9 женщин). Уровни цитокинов определяли в сыворотке крови на следующие сутки после появления симптомов ГСС.

Уровень ИЛ-6 в основной группе составил 38,6, что в 19 раз выше, чем в контроле (2,7). Ни у 1-й анализы не были в норме; у 8-ми уровень ИЛ-6 был 103 пг/л, что в 50 раз выше, чем контроль.

Концентрация ИЛ-8 составила 43,4 пг/мл, что в 6 раз больше контроля (6,9 пг/мл).

Уровень ТНФ-α составил 13,1, что в 2 раза выше контроля (6,0). В 7 пробах показатель был выше 37,5 пг/мл, в 2 пробах – выше 15 пг/л, в остальных – 9–13 пг/мл.

Уровень ИЛ-4 вырос до 28,7, что на 8,7 пг/л выше, чем в контроле (20,2). У 17 из 45 пациенток значения ИЛ-4 были в среднем 34,5 пг/мл, у 14 – 25,5–27,8 пг/мл, остальные были не выше контроля.

Включение в комплексную терапию (антибиотики, инфузионная терапия, гепатопротекторы, витамины) иммуномодулятора вызвало более быстрый регресс ГСС у пациенток – на 48–76 ч. Уровень провоспалительных цитокинов приблизился к норме: ИЛ-6 – 12,0, ИЛ-8 – 13,5, ТНФ-α – 7,4 пг/мл, а уровень противовоспалительного ИЛ-4 – 22,2.

Изначально повышенный уровень ИЛ-6, ИЛ-8 и ТНФ-α в основной группе свидетельствовал о наличии выраженного инфекционного процесса в организме, способного к генерализации воспаления.

Благодаря своевременной коррекции Галавитом единственным иммуномодулятором с противовоспалительным эффектом, на 48–76 ч. раньше наступала активация противовоспалительных агентов и достижение равновесия между двумя противоположными системами.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕСИИ NOD-1 В СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТЕ И ЭНДОТЕЛИИ ВОРСИН ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Низяева Н.В.[1], Куликова Г.В.[1], Наговицына М.Н.[1], Сухачёва Т.В.[2], Серов Р.А[2], Михайлова А.Н.[1], Щеголев А.И.[1]

Москва
1 ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова»
2 ФБГУ «НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»

Цель исследования заключалась в изучении особенностей экспрессии NOD-1 в синцитиотрофобласте и эндотелии ворсин плаценты при ранней ПЭ. В результате иммуногистохимического исследования уровень окрашивания NOD1 как в синцитиотрофобласте, так и в эндотелии промежуточных ворсин был выше при ФТБ, по сравнению с ПЭ ($p<0,05$) (0,461+0,0518, и 0,403+0,0429 и 0,449+0,243; 0,358+0,0376, соответственно), что вероятно,

связано с присутствием в цитоплазме синцитиотрофобласта большого количества вакуолей, их количество корррелировало с тяжестью течения ПЭ.

The aim of the study was to investigate the expression characteristics of NOD-1 in syncytiotrofoblast, and endothelium of placental villi in early-onset PE. As a result of immunohistochemical staining studies level NOD1 both in syncytium and endothelium intermediate of placental villi was higher in normal pregnancy as compared with PE ($p<0.05$). (0.0518+0.461 and 0.403+0.0429) (0.449+0.243; 0.358+0.0376 respectively). Electron microscopy revealed a large number of rounded vacuoles. There was a direct correlation between the number of vacuoles and the severity of PE.

Физиологическая беременность характеризуется состоянием иммунологической толерантности, при котором антигены плода контактируя с организмом матери, не воспринимаются как чужеродные и не происходит реакции отторжения. Наряду с этим, плацента осуществляет защиту плода от инфекции. NOD – подобные рецепторы (NOD- like receptors) – паттерн-распознающие цитоплазматические рецепторы противовирусного иммунитета. При преэклампсии (ПЭ) отмечается нарушение иммунологической толерантности, однако роль рецептора NOD-1 остается неясной.

Цель исследования: изучить особенности экспрессии NOD-1 в синцитиотрофобласте и эндотелии ворсин плаценты при ранней ПЭ.

Исследовано 16 плацент от женщин после оперативных родов на сроке 25–39 неделях гестации: 9 пациенток страдали ранней ПЭ; группу контроля составили 7 женщин с физиологическим течением беременности (ФТБ). На серийных парафиновых срезах толщиной 4 мкм было выполнено гистологическое исследование (окраска гематоксилином и эозином), а также иммуногистохимическое исследование с применением первичных моноклональных антител к NOD1 (1:200; Abcam; USA). Интенсивность иммуногистохимической реакции оценивали в синцитиотрофобласте и эндотелии сосудов промежуточных ворсин плаценты при помощи системы анализа изображения на базе микроскопа Nikon Eclipse с использованием программного обеспечения (NIS-Elements). Ультратонкие срезы ткани плаценты были контрастированы уранилацетатом и цитратом свинца для изучения под электронным трансмиссионным микроскопом «Philips CM100». Статистическая обработка полученных данных проведена в пакете программ «Statistica for Windows v. 8». Различия оценивались как статистически значимые при $p\leq0,05$. При гистологическом изучении микропрепаратов плаценты, установлено, что у пациенток при ранней преэклампсии (до 34 недель) преобладали зрелые и незрелые промежуточные ворсины с выраженными дистрофическими изменениями, десквамацией синцитиотрофобласта, отмечались признаки очагового фиброзирования стромы ворсин, общее количество капилляров ворсин было снижено; имели место бессосудистые ворсины; количество синцитиальных почек местами повышено. В группе контроля строение ворсинчатого дерева соответствовало сроку гестации.

В результате иммуногистохимического исследования при внутригрупповых сравнениях установлено, что экспрессия NOD1 при ФТБ в синцитиотро-

фобласте промежуточных ворсин (0,449+0,0243) была выше, чем в эндотелии (0,351+0,0507) (p<0,01), в то же время экспрессия NOD1 была значимо выше в эндотелии стволовых ворсин, по сравнению с эндотелием промежуточных ворсин как при ПЭ, так и при ФТБ (p<0,05). Наряду с этим, при ПЭ отмечалась более выраженная экспрессия NOD1 в синцитотрофобласте стволовых ворсин (0,403+0,0429), чем в синцитиотрофобласте промежуточных ворсин (0,358+0,0376) (p<0,05). При межгрупповых сравнениях уровень окрашивания NOD1 был выше при ФТБ, по сравнению с ПЭ в синцитиотрофобласте (0,461+0,0518, и 0,403+0,0429) и в эндотелии промежуточных ворсин (0,449+0,243; 0,358+0,0376) (p<0,05).

При ПЭ имела место более низкая степень иммуногистохимического окрашивания маркера как в синцитиотрофобласте, так и в эндотелии. Возможной причиной этого на наш взгляд, – это присутствие в цитоплазме синцитиотрофобласта большого количества округлых вакуолей, занимающих до 50% площади цитоплазмы, визуализируемых при электронной микроскопии. С одной стороны, наличие цитоплазматических вакуолей может быть связано с дистрофическими изменениями клеток, что косвенно подтверждает слущивание микроворсинок синцитиотрофобласта; с другой, – обусловлено активным везикулярным транспортом, в том числе, синтезом эндосом. Отмечена прямая взаимосвязь между количеством вакуолей и размерами вакуолей и тяжестью течения ПЭ. При ФТБ вакуоли были единичны. Таким образом, более низкая экспрессия NOD1 в эндотелии и в синцитиотрофобласте промежуточных ворсин при ПЭ возможно обуславливает дисфункцию синцитиотрофобласта и эндотелия, обеспечивая нарушение иммунологической толерантности.

ВЛИЯНИЕ ЛИМФОЦИТОТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ЦИТОКИНОВ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Николаева М.Г., Сердюк Г.В., Горбачева Т.И., Фадеева Н.И.

Барнаул
ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ, Барнаул, Россия, кафедра акушерства и гинекологии №2

Резюме: проведено проспективное когортное исследование, включающее 242 беременных, направленное на изучение влияния лимфоцитотерапии на синтез фактора некроза опухоли (TNF-α), интерлекина 10 (IL-10), активность ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1) и антигена тканевого активатора плазминогена (t-PA). Определено, что иммунизация аллогенными лимфоцитами пациенток с двумя и более репродуктивными потерями

в анамнезе достоверно повышает содержание IL-10 и t-PA, снижая уровень цитокина TNF-α и активность PAI-1 (p<0,001).

Abstract. The prospective cohort study included 242 pregnant was designed to reveal impact of lymphocyte immunotherapy on tumor necrosis factor α (TNF-α) and interleukin 10 (IL-10) synthesis, and plasminogen activator inhibitor type 1 (PAI-1) and tissue-type plasminogen activator (t-PA) activity. It was shown that allogeneic lymphocyte immunization in patients with at least two miscarriages in history significantly increases IL-10 and t-PA level, and decreases TNF-α level and PAI-1 activity (p<0.001).

С целью изучения влияние иммунизации матери аллогенными лимфоцитами на синтез цитокинов (TNF-α, IL-10) и фибринолитические реакции (активность PAI-1 и антиген t-PA) проведено проспективное когортное исследование, включающее 252 пациентки. Основную группу составили 75 беременных (31,1±2,8 лет) с 2 и более репродуктивными потерями в анамнезе, прошедших на предгравидарном этапе и в 1 триместре беременности иммуноцитотерапию; в группу сравнения вошли 76 женщин (32,3±3,1 лет), имеющие 2 и более репродуктивные потери в анамнезе, получавшие традиционное лечение. Контрольная группа представлена 91 пациенткой (28,7±2,3 лет), без отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Наряду со стандартными методами обследования, регламентированными приказами, в первом триместре беременности, у всех участниц исследования определены содержание цитокинов TNF-α и IL-10, а также некоторые параметры системы фибринолиза: активность PAI-1 и антиген t-PA.

В соответствии с положениями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации, у всех женщин до момента включения в исследование было получено информированное согласие на проведение иммуноцитотерапии и использование биологического материала. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России. Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием пакета прикладных программ SPSS 16.0 for Windows (SPSS Inc., США). Проверку гипотезы о соответствии распределения совокупности количественных признаков закону нормального распределения проводили с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для описания количественных данных, не соответствующих закону нормального распределения, последние представляли в виде медианы (Me), в качестве границ 95% интервала 2,5-й и 97,5-й процентили. Проверку статистических гипотез об отсутствии межгрупповых различий количественных признаков осуществляли с помощью непараметрического критерия Краскела-Уоллиса, при отклонении нулевой гипотезы в ходе анализа проводили попарное сравнение групп.

Результаты: Проведенное нами исследование показало, что содержание IL-10 и TNF-α в анализируемых группах находится в пределах референтных значений (<9,1 пг/мл и <8,21 пг/мл соответственно). Однако, в группе беременных, получавших лимфоцитотерапию, содержание в плазме IL-10 было достоверно выше, чем в группе сравнения (Me 3,44 [2,7; 5,0] против Me 2,2 [1,3; 2,8]; p<0,001) и в группе контроля (Me 3,1 [2,6; 3,9], p=0,002).

Концентрация цитокина TNF-α в основной группе была достоверно ниже, чем в группе сравнения (Me 1,13 [0,6; 1,9] против Me 2,4 [1,3; 2,9]; p<0,001) и достоверно выше, чем в группе контроля (Me 0,8 [0,4; 1,3], p<0,001). Активность PAI-1 и содержание t-PA также находились в пределах референтных значений (1–7 Ед/мл и 2–8 нг/мл соответственно) во всех группах сравнения. При проведении иммуноцитотерапии отмечалось достоверное снижение активности PAI-1 относительно группы сравнения (Me 4,8 [3,2; 6,6] против Me 5,8 [4,3; 6,8]; p<0,001), не достигая показателей контрольной группы (Me 4,3 [2,7; 6,3], p=0,003). Содержание t-PA было сопоставимо в основной и контрольной группах (Me 3,6 [1,7; 8,2] и Me 3,8 [2,3; 7,4] соответственно; p=0,66) и достоверно выше, чем в группе сравнения (Me 3,0 [0,3; 6,7], p=0,005).

Выводы: проведенное исследование показало, что на фоне проводимой лимфоцитотерапии на прегравидарном этапе в I триместре беременности отмечается более выраженный иммунный ответ, опосредованный Т-хелперами 1 типа, проявляющийся повышением синтеза IL-10 (p<0,001), снижением TNF-α (p<0,001) и изменением фибринолитических реакций в виде снижения активности PAI-1 (p<0,001) и повышения t-PA (p=0,005).

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ СУТОЧНОГО РИТМА МОЧЕОБРАЗОВАНИЯ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ НОКТУРИИ У ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Осипова Н.А.

Санкт-Петербург
ФГБОУВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Резюме: Из 277 обследованных женщин с недержанием мочи ноктурия была выявлена у 39,7±2,9%. Инверсия суточного ритма мочеобразования-никтурия имела место у 54,5±4,7% женщин с учащенным ночным мочеиспусканием (ноктурией). Частота никтурии была одинакова при всех типах недержания мочи, но увеличивалась с возрастом (r=0,84, p<0,001).

Ключевые слова: суточный ритм мочеобразования, недержание мочи, никтурия

Abstract: 277 patients with complaints of urinary incontinence were analysed according to a specific protocol. The overall prevalence of nocturia was 39.7%. In 54.5% of nocturics nocturia is due to change of physiological urine formation rhythm-nocturnal polyuria. So nocturnal polyuria is a frequent symptom among urinary incontinent patients.

Key words: circadian rhythm of urine formation, urinary incontinence, nocturnal polyuria.

Нарушение контроля над мочеиспусканием – это проблема каждой пятой женщины репродуктивного возраста и каждой второй – после 60 лет. [Аполихина И.А., 2005; Балан В.Е., 2001; Cooper J., 2014; Kogan M.I., 2014;. Zumrutbas A.E., 2014]. Более чем в 50% процентов случаев недержание мочи сочетается с учащенным ночным мочеиспусканием – ноктурией [Massolt E.T., 2005]. Изменение суточного ритма мочеотделения приводит к нарушению физиологического ритма сна-бодрствования, что в значительной степени нарушает качество жизни и приводит к развитию астеноневротического синдрома [Massolt E.T. 2005; Yoo S.S., 2010]. Целью настоящего исследования явилась оценка изменений суточного ритма мочеобразования как этиологического фактора развития ноктурии у женщин с недержанием мочи.

Были обследованы 277 женщин с недержанием мочи в возрасте от 18 до 55 лет. У 143 женщин было диагностировано стрессовое недержание мочи, у 43-императивное и смешанное у 91. Для оценки межгрупповых различий при статистической обработке полученных результатов применяли t-критерий Стьюдента. Данные различия считались достоверными при вероятности ошибки $p<0.05$.

Из 277 обследованных женщин с недержанием мочи ноктурия была выявлена у 110 (39,7±2,9%): из них 49 (44,5±4,7%) составили женщины со стрессовым недержанием мочи, 41 (37,3±4,6%) – со смешанным и 20 (18,2 ±3,7%) с императивным ($p<0,001$ по сравнению со стрессовым типом недержания мочи и $p<0,01$ по сравнению со смешанным). Частота развития ноктурии была одинаковой при всех типах недержания мочи и составила, но постепенно увеличивалась с возрастом: одно мочеиспускание за ночь у женщин в возрасте до 35 лет было в 6 случаях (28,6±1,9%), в то время как у женщин в возрасте старше 50 лет в 55 случаях (41,7±4,3%, $p<0,01$). У 26 (23,6±4,1%) женщин с недержанием мочи причиной учащенного ночного мочеиспускания явилось снижение ночной емкости мочевого пузыря, у 33 (30,0±4,4%) – ночная полиурия (никтурия), у 27 (24,5±4,1%) – сочетание ночной полиурии и снижения ночной ёмкости мочевого пузыря, у 24 (21,8±3,9%) – полиурия.

Таким образом, инверсия суточного ритма мочеобразования-никтурия имела место у 60 (54,5±4,7%) женщин с учащенным ночным мочеиспусканием (ноктурией). Никтурия явилась причиной учащенного ночного мочеиспускания у 51,0±7,1% пациенток со стрессовым недержание мочи, у 60,0±11,0% – с императивным и 56,1±7,8% со смешанным ($p>0,05$).

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Осипова Н.А.

Санкт-Петербург
ФГБОУВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Резюме: Всего было обследовано 270 женщин с физиологическим течением беременности в возрасте от 18 до 44 лет, не имевших до настоящей беременности симптомов нижних мочевых путей (СНМП). СНМП нижних мочевых путей выявлены у 81,9±2,3% беременных женщин. Среди СНМП превалируют симптомы накопления. Частота симптомов накопления, мочеиспускания и после опорожнения нарастает по мере прогрессирования беременности.

Ключевые слова: симптомы нижних мочевых путей, беременность

Abstract: This study aimed to compare changes in the prevalence of LUTS during pregnancy. In total 270 women with the physiological pregnancy aged from 18 till 44 years with no LUTS before the current pregnancy were examined. LUTS are revealed at 81.9±2.3% of pregnant women. The most common LUTS during pregnancy were: urine incontience, urgency, frequency and nocturia.

Key words: lower urinary tract symptoms, pregnancy

Беременность и роды являются физиологическими процессами, но оказывают значительное влияние, как на функцию отдельных органов, так и на организм женщины в целом и нередко способствуют появлению различных симптомов, значительно снижающих качество жизни. Таковым является манифестация симптомов нижних мочевых путей (СНМП).

Всего было обследовано 270 женщин с физиологическим течением беременности (83 в I первом триместе, 78 – во II триместре и 109 – в III триместре) в возрасте от 18 до 44 лет, не имевших до настоящей беременности симптомов нижних мочевых путей.

СНМП выявлялись на основании данных урогинекологического опросника, заполнения дневников мочеиспускания, осмотра и функциональных проб. Для оценки межгрупповых различий при статистической обработке полученных результатов применяли t-критерий Стьюдента. Данные различия считались достоверными при вероятности ошибки $p<0,05$.

Симптомы нижних мочевых путей выявлены у 81,9±2,3% беременных женщин, из них у 71,0±3,1% контроль над мочеиспусканием восстанавливается после родов. Среди СНМП превалируют симптомы накопления: недержание мочи, императивные позывы, учащенное мочеиспускание, ноктурия. Частота симптомов накопления, мочеиспускания и после опорожнения нарастает по мере прогрессирования беременности. Стрессовое недержание мочи

чаще встречается у повторнородящих женщин, частота развития никтурии, императивных позывов и учащенного мочеиспускания одинакова у перво- и повторнородящих женщин. Стрессовое недержание мочи чаще встречается у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, в то время как частота развития никтурии, императивных позывов и учащенного мочеиспускания не зависит от метода родоразрешения.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Пашов А.И., Сивова Е.Н., Вершинин И.В.

Калининград
Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта

Оценена эффективность консервативного комбинированного лечения у пациенток репродуктивного возраста с атипической гиперплазией и высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия без инвазии миометрия. Всем пациенткам было проведено иммуногистохимическое исследование соскобов эндометрия до и после лечения, с использованием панели антител: ER, PR, Ki-67, bcl-2, E-cadherin. У 12 (24,0±4,9%) пациенток наступила спонтанная беременность, с последующими родами. Результаты комбинированного лечения показали высокую эффективность данного способа применяемого у пациенток с атипической гиперплазией и высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия.

We evaluated effectivity conservative therapy among women with atypical endometrial hyperplasia (AEH) and well-differentiated endometrial carcinoma (EC-G1) in reproductive age. All patients had immunohistochemical staining for ER, PR, ki-67, bcl-2, p 53, E-cadherin before and after treatment. Twelve women from 12 (24,0±4,9%) have spontaneous pregnancy. Conservative medication AEH and EC-G1 by using analogue GnRG plus LNG-IUD is effective method treatment.

Гиперплазия эндометрия как возможная основа для формирования рака эндометрия, представляет собой важнейшую медико социальную проблему. По данным отечественных и зарубежных авторов в 8–30% случаев наблюда-

ется трансформация атипической гиперплазии в РЭ в течение четырех лет. Целью настоящего исследования явилась разработка научно – обоснованного алгоритма самостоятельной гормонотерапии, в виде комбинированного применения аналогов гонадолиберина и внутриматочной левоноргестрел рилизинг системы, у пациенток репродуктивного возраста с атипической гиперплазией (АГЭ) и высокодифференцированной аденокарциномой (ВДА) эндометрия без инвазии в миометрий и нереализованной репродуктивной функцией. В объем проводимого исследования входило: анализ жалоб пациенток и анамнеза основного заболевания; инструментальный метод – ультразвуковое исследование с цветовым допплеровским картированием; томографический метод – МРТ, эндоскопический метод – гистероскопия с фракционным раздельным диагностическим выскабливанием полости матки; лабораторные методы – морфологическое исследование соскобов и аспиратов эндометрия, иммуногистохимическое исследование с использованием следующей панели антител: ER, PR, Ki67, Bcl – 2, p 53, E – cadherin. Возраст женщин варьировал от 20 до 40 лет. Медиана возраста в исследуемой группе составила 32 [26,7: 36] года. Динамическое наблюдение осуществляли с помощью широко распространенных инструментальных методов исследования: УЗИ с ЦДК ежемесячно в течение первых 6 месяцев, затем, с интервалом 2 месяца, в последующие 6 месяцев. Гистероскопию с прицельной биопсией/выскабливанием эндометрия или Pipelle/IPAS диагностику осуществляли после дозы достижения эффекта – атрофии/гипотрофии эндометрия, а также по завершении онкологического этапа лечения. Проведя анализ результатов иммуногистохимического исследования, нами была выявлена корреляционная связь между показателями экспрессии ER, PR, Ki-67, Bcl-2, p53, E-cadherin и временем достижения атрофии эндометрия. Прямая корреляционная связь отмечалась в отношении экспрессии Ki-67, Bcl-2, p53, обратная корреляционная связь наблюдалась относительно экспрессии E cadherin. Статистически значимых результатов значений экспрессии ER, PR на время достижение атрофии эндометрия нами не было выявлено ($p>0,05$). В исследуемой группе атрофия эндометрия на фоне проводимого лечения у 30/50 (60±6,9%) женщин наступила через 3 месяца, у 12/50 (24,0±6,0%) через 6 месяцев, у 7/50 (14,0±4,9%) через 9 месяцев и у 1/50 (2,0±2,0%) через 12 месяцев. Медиана времени достижения атрофии эндометрия при АГЭ составила 3 [3,0; 6,0], а при ВДА 6 [6,0; 6,0]. 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±0,0%) случаев. Пятилетняя выживаемость составила 100,0%. Данных за рецидив заболевания среди пролеченных женщин не выявлено. У 12/50 (24,0±4,9%) пациенток наступила желанная беременность после лечения. АГЭ можно рассматривать как морфологический этап формирования эндометриальной карциномы (ЭК), то ожидаемый эффект от лечения при ЭК, т.е. достижение атрофии эндометрия наступает позже, чем при АГЭ. При исследовании иммуногистохимических маркеров было выявлено, что значение экспрессии ER,

PR при ВДА ниже значений экспрессий ER, PR при АГЭ. Показатели экспрессии маркера пролиферации (Ki-67), маркера апоптоза (Bcl-2), маркера регуляции клеточного цикла (p53) 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, консервативное комбинированное гормональное лечение влияет только на процессы регуляции клеточного цикла и апоптоза. Наши результаты комбинированного лечения показали высокую эффективность данного способа применяемого у пациенток с атипической гиперплазией и высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия без инвазии миометрия.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОТЛИЧИЯ ОДНОСТОРОННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Порошенко А.Б.

Ростов-на-Дону

Паттерн {«переплетение пальцев рук» х «зрительное доминирование» х «асимметрия ногтевых лож мизинцев рук»} позволяет прогнозировать «сторонность» РМЖ. «Асимметрия ногтевых лож мизинцев рук» – ключевой прогностический фактор: в среднем, при правосторонней асимметрии выше риск левостороннего, при отсутствии – выше вероятность правостороннего РМЖ.

Pattern {“hand clasping” X “little fingernail asymmetry” x “eyedness”} is the prognostic factor of the sidedness of breast cancer. “Little fingernail asymmetry” is the key factor: on the average, right asymmetry is associated with left-sided breast cancer, symmetry of the little fingernail is associated with right-sided breast cancer.

Введение. (1) Будучи генетическим заболеванием, но односторонним процессом, рак молочной железы (РМЖ) – остаётся фатальным проявлением утраченной в онтогенезе симметрии (ПОУ) противоопухолевой устойчивости (Порошенко А.Б., 1993–2015). (2) На выборке женщин-механизаторов доказана связь латерального фенотипа с гинекологической заболеваемостью (А.Б. Порошенко, В.В. Логачёв, 1991, 1992) – потенциальным механизмом нарушения симметрии ПОУ. Показана, в частности, связь нарушений МЦ, односторонности аднекситов с паттерном {«переплетение пальцев рук (CLSP)» х «зрительное доминирования (EYE)» х «асимметрия ногтевых лож мизинцев рук (IFNG)»}.

Цель исследования. Сопоставить «сторонность» РМЖ (SIDE) с профилем латерального фенотипа, в частности с паттерном (CLSP x IFNG x EYE). Материал и методы исследования. Равномерная выборка (199–2003) 485 случаев первичного одностороннего (L-BRCR – 254 ; R-BRCR – 231) гистологически верифицированного РМЖ. Превалировал протоковый РМЖ, в 44,6%

случаев с наличием метастазов в регионарных лимфоузлах. Оценивались взаимодействия стороны РМЖ {SIDE} с паттерном {CLSP x IFNG x EYE} с учётом «ногости» (FOOT) до и после останова МЦ (МЦ ±). «Ногость» определялась тестом с перешагиванием. Использованы процедуры построения древовидных классификаторов, обобщённого дисперсионного анализа (Statistica 10,0).

Результаты исследования. Влияние IFNG независимо от «ногости» и состояния МЦ достоверно: R-LFNG соответствует L-BRCR, у женщин с A-LFNG чаще выявлялся R-BRCR (Wald =4,884; p=0,027). Это влияние достигает максимума (Wald =9,178; p=0,0024) среди женщин с правой ведущей ногой (R-FOOT). Своеобразие этого влияния особо проявляется при учёте состояния МЦ. С наступлением менопаузы: среди женщин с паттерном {L-CLSP x R-EYE} при A-IFNG высок вклад R-BRCR, при R-IFNG растёт доля L-BRCR (Wald =4,718; p=0,030). Самостоятельное влияние IFNG в этой страте оказалось недостоверным. До наступления менопаузы влияние IFNG не достигало порога (Wald =3,312; p=0,069), но было высоко достоверным (Wald =7,250; p=0,007) среди только «правоногих» (R-FOOT) (Wald =7,250; p=0,007). Построение древовидного классификатора прояснило эти соотношения (p<0,05). В страте МЦ+ у женщин с R-IFNG преобладают L-BRCR. В страте с A-IFNG с L-FOOT преобладают L-BRCR, а в страте с R-FOOT – R-BRCR. Обсуждение. (1) Можно утверждать, что обсуждаемые показатели латерального фенотипа, за исключением IFNG, закладываются в раннем онтогенезе. Из чего следует предсказуемость знака нарушения симметрии ПОУ у женщин с высоким риском РМЖ и до, и после останова МЦ. (2) Доказанность связи паттерна {CLSP x IFNG x EYE} с риском нарушений МЦ в экстремальных условиях производственной среды женщин-механизаторов, а теперь и со знаком «односторонности» РМЖ, служит очередным подтверждением модели, согласно которой подвижность гипоталамо-гонадной оси, в норме обусловленная механизмами МЦ, может не только нивелировать существовавшее изначально нарушение симметрии ПОУ, но и в случае «застревания» на одном из полюсов системы стать причиной её утраты (активный сценарий снижения ПОУ). (3) Избавляясь от противоречия, остаётся заметить, что отсутствие значимого прироста онкологической заболеваемости среди упомянутой выборки женщин-механизаторов в очередной раз (например, N.R.Nielsen et al., 2005) наводит на мысль о противораковом качестве стресса как такового.

К ОЦЕНКЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.

Пос. Барвиха
ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ, г. Москва, Россия

Кардиотокография с использованием автоматизированного и компьютеризированного прибора отечественного производства – один из методов оценки состояния плода, использование которого способствует снижению перинатальной смертности.

Cardiotocography using the automatic and computerised device of domestic production is one of the methods of evaluation of fetal condition which helps reduce perinatal mortality.

Кардиотокография с использованием автоматизированного и компьютеризированного прибора отечественного производства – один из методов оценки состояния плода, использование которого способствует снижению перинатальной смертности.

Cardiotocography using the automatic and computerised device of domestic production is one of the methods of evaluation of fetal condition which helps reduce perinatal mortality.

Цель исследования. Снижение перинатальной смертности является одной из наиболее важных задач здравоохранения, успешное решение которой во многом зависит от эффективности работы поликлинической службы – как первого звена оказания квалифицированной медицинской помощи. В настоящее время одним из ведущих методов оценки состояния плода во время беременности является кардиотокография (КТГ), результаты эффективности использования которой в условиях поликлинического скрининга, мы решили обобщить в представленном здесь сообщении.

Материалы и методы. В настоящей работе обобщены результаты обследования 4682 женщин за период с 2005 по 2015 гг. Регистрацию КТГ осуществляли в сроках от 32 до 40 недель. При проведении кардиотокографии использовался полностью автоматизированный и компьютеризированный прибор отечественного производства – «Анализатор состояния плода» фирмы «Уникос», Москва. Оценка состояния плода при его использовании осуществлялась автоматически на основании вычисления ПСП (показателя состояния плода). При этом величина ПСП 0–1,0 свидетельствовала о наличии здорового плода, 1,1–2,0 – о начальных нарушениях его состояния, 2,1–3,0 – о выраженных нарушениях и более 3 – о резко выраженных. Основные

отличительные особенности данного монитора от других приборов аналогичного типа состоят в том, что автоматически определялась продолжительность обследования, производилась поправка на сон, учитывалась двигательная активность плода, а оценка состояния плода производилась не по двум критериям (норма, патология), а по четырем (норма, начальные, выраженные и резко выраженные нарушения состояния плода).

Результаты. За указанный период КТГ признаки нарушения состояния плода при использовании данного монитора констатированы у 302 (6,5%) пациенток. При этом начальные нарушения были установлены у 238 плодов (78,8), выраженные – у 61 (20,2%) и резко выраженные – у 3 (1%). У подавляющего большинства пациенток, у которых выявлялись начальные кардиотокографические признаки нарушения состояния плода, дальнейшее динамическое наблюдение за женщиной производилось в условиях поликлиники. Беременным назначалась терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровообращения, с повторением КТГ через 1–2 недели для оценки адекватности лечения. Если показатели не улучшались, то женщины госпитализировались в отделение патологии беременных родильного дома для проведения более интенсивной терапии в стационарных условиях либо досрочного родоразрешения.

В случае более выраженных кардиотокографических изменений пациентки в подавляющем большинстве случаев экстренно направлялись в стационар для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности и выборе оптимального времени и способе родоразрешения.

Из всех пациенток, которым производилось кардиотокографическое исследование, антенатальная и перинатальная смертность имела место у 7 (1,5‰). У 2 женщин она была обусловлена преждевременной отслойкой плаценты, причем у одной из них в сочетании с ее полным предлежанием, у 2 – генерализованной вирусной инфекцией, у 1 – фетоплацентарной недостаточностью, обусловленной выраженной гипоплазией плаценты (у этой пациентки летальный исход наступил в стационаре через 2 недели после последнего КТГ исследования), у 1 – наличием синдрома Эдвардса (был отказ от амниоцентеза в связи с подозрением в ранние сроки беременности на хромосомную патологию), у 1 – с наличием тяжелого врожденного порока сердца и отказе от прерывания беременности, у 1 пациентки плод погиб в 39 недель на 8 день пребывания в стационаре в результате хронической плацентарной недостаточности.

Выводы. Из представленных данных следует, что автоматизированная кардиотография является ценным скрининговым методом, использование которого может способствовать значительному снижению перинатальной смертности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Сабиров И.Х., Зефирова Т.П.

Казань
Медико-санитарная часть ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казанская государственная медицинская академия

Рассмотрено значение физиологической гемодилюции во втором триместре беременности, как одного из главных факторов, обеспечивающих рост и развитие плода. Показаны результаты наблюдения за течением беременности и родов у женщин с гемоконцентрацией. Установлено, что беременность на фоне повышенных концентрационных показателей крови осложняется задержкой развития плода почти в половине случаев. Предположительно это может быть связано с нарушением плацентарной перфузии в условиях нарушенной реологии.

In this article we considered the value of physiological hemodilution during the second trimester of pregnancy, as one of the main factors driving the growth and development of the fetus. We showed the results of monitoring of pregnancy and childbirth in women with haemoconcentration. It was found that pregnancy with elevated concentration of blood parameters is complicated by fetal growth retardation in nearly half the cases. Presumably this may be due to a violation of placental perfusion in case of rheological disorder.

Реологические свойства крови играют важную роль в формировании адекватного маточно-плацентарного кровотока, который является главным фактором, обеспечивающим нормальный рост и развитие плода. Физиологическая гемодилюция, заключающаяся в увеличении объема циркулирующей плазмы, имеет своей целью снизить структурную вязкость крови, поддержав тем самым ее текучесть в сосудах мелкого калибра и в межворсинчатом пространстве. Она особенно заметна во втором триместре беременности, когда закономерно снижаются концентрационные показатели крови. Если этого не случается, то формируются худшие условия для трансплацентарного обмена, что не может не отразиться на дальнейшем течении гестации. Есть данные, свидетельствующие о том, что наименьшее количество осложнений беременности наблюдается, если уровень гемоглобина в сроки 14–30 недель находится в пределах 11–12 г/дЛ (von Tempelhoff G.F., Heilmann L., Rudig L., 2008).

Цель. Изучить особенности течения гестационного процесса у женщин с повышенными показателями гемоглобина во втором триместре беременности.

Материалы и методы. Был оценен уровень гемоглобина в когорте из 280 беременных, находящихся на сроках 16–24 недели и не имевших лабораторных маркеров анемии. Средний уровень гемоглобина у этих женщин равнялся 118,4 г/л (± 95% ДИ 116,7–120,0 г/л), а за пределами одного стандартного отклонения (126,6 г/л) показатель оказался у 52 пациенток (18,5%). Они сформировали основную группу наблюдения (I группа). В группу сравнения вошли 50 женщин, показатель гемоглобина которых лежал в пределах 110–126,6 г/л (II группа).

Результаты. Для женщин первой группы было характерным наличие признаков угрозы прерывания беременности, особенно на ранних сроках гестации. Так, в I триместре симптоматика в виде болей и/или кровянистых выделений из половых путей отмечалась в 46% случаев. В группе сравнения данная патология встречалась в 1,6 раза реже (x^2 = 3,6, p=0,05). Во втором триместре в основной группе выявлено снижение частоты угрозы прерывания до 21,1%. Но на этих сроках с большой закономерностью появлялись и прогрессировали ультразвуковые признаки фето-плацентарной недостаточности (ФПН). На II скрининговом УЗИ в основной группе симптомы ФПН определялись у 27% женщин (x^2 = 15.6, p=0,0001 при сравнении со II группой). При следующем плановом УЗИ (32–36 недель) они обнаруживались уже у 37% пациенток. К сроку родов 42% женщин основной группы демонстрировали клинические и/ или ультразвуковые данные, указывающие на задержку развития плода. Тогда как в группе сравнения эти признаки наблюдалось только у 4% беременных (x^2 = 19.32, p=0,00). Морфометрия родившихся детей целиком и полностью подтвердила антенатальные данные. Так, в первой группе оказалось 43% детей, рожденных в срок, но имевших задержку внутриутробного развития. Во второй группе – соответственно 6%. Средняя масса детей от женщин с гемоконцентрацией составила 3057 г (± 95% ДИ 2927,9–3186,2 г), в группе сравнения – 3488 г (± 95% ДИ 3362,1–3614,6 г). Разница носила значимый характер (t=4,79, p=0,00006). С весом более 3500 г в первой группе оказалось 9,6% детей, крупным (более 4000 г) был один ребенок (1,9%). В группе сравнения соответствующие показатели равнялись 32 % и 10%, находясь на среднепопуляционном уровне.

Заключение. Женщины, имеющие во втором триместре беременности показатели гемоглобина, превышающие 126 г/л, находятся в группе высокого риска по развитию ФПН и задержке внутриутробного развития плода. Данные осложнения могут быть связаны с нарушением плацентарного кровотока, вызванного повышением структурной вязкости крови на фоне гемоконцентрации.

ИСХОДЫ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Савушкина Н.М., Егорова О.Н., Белов Б.С.

Москва

ФГНБУ НИИР им. В.А. Насоновой

Охарактеризованы течение и исходы узловатой эритемы (УЭ) у 22 беременных женщин. Проанализировано влияние УЭ на течение беременности и родов. Определены причины рецидива УЭ.

Characterized the course and outcomes of erythema nodosum (EN) in 22 pregnant women. Analyzed the impact of EN on pregnancy and childbirth. Defined the causes of relapse EN.

Узловатая эритема (УЭ) – разновидность септального панникулита, протекающая преимущественно без васкулита, развивающаяся под влиянием различных причин (инфекции, медикаменты, беременность, ревматические заболевания и др.).

Цель: оценить течение и исходы УЭ у беременных.

Материалы и методы: обследовано 22 беременных женщины с УЭ в возрасте 28,5±3,3 лет, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с 2009–2014 гг. Длительность УЭ составила 1,63±1,1 месяцев. Помимо общеклинического обследования проводили иммунологические и серологические исследования (хламидии 2-х классов, микоплазмы 2-х классов, уреаплазмы, вирусы герпеса I и II типа (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ), гепатиты В/С, йерсинии, ВИЧ и т.д.).

Результаты исследования. В 68,2% случаев диагноз УЭ выставлялся в 1 триместре, в 31,8% – во 2 триместре. Изучение анамнеза до беременности выявило у 11 женщин хронические заболевания: тонзиллит (5), гайморит (2), герпес (2), пиелонефрит (1) и кольпит (1). Клинический симптомокомплекс УЭ характеризовался симметричными (74%) умеренно болезненными (ВАШ боли при пальпации 41,4±23 мм) узлами на передних (100%), реже медиальных (54,5%) и латеральных (45%) поверхностях голеней (100%) с симптомом «цветения синяка» (9%). УЭ сопровождалась субфебрильной температурой (23%) и болями в голеностопных (27%), коленных (14%) и мелких суставах кистей и стоп (14%). Повышение уровня СОЭ отмечалось у 4 человек, СРБ – у 5. Серологическое обследование показало увеличение в 3 раза и более уровней антител к вирусам семейства Herpesviridae (7), Chlamydophila trachomatis (1), Yersinia enterocolitica (1) и АСЛ-О (2). Терапию УЭ при гестации проводили антиоксидантами (17), альфа-2 интерфероном (6), нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) (1), глюкокортикоидами (ГК) (5). У 20 беременных применяли локальную терапию (НПВП, ГК, антикоагулянт прямого действия). У 18 человек (90%) имели место нормальные срочные роды, у 2 – кесарево сечение из-за токсикоза и переношенной беременности. Прерывание беременности имело место в 2 случаях (самопроизвольный выкидыш на 7–8 неделях и замершая беременность на 13 неделях). У 14 человек (70%) родились здоровые дети, у 2 (10%) – гидроцефалия, у 1 (5%) – двухсторонняя пневмония по причине зеленых вод у матери, по 1 случаю – пирамидальная недостаточность, наследственная дисплазия тазобедренных суставов и гемангиома на лице. УЭ рецидивировала через 6–8 месяцев после родов у 4 женщин (66,7%), через 14–15 месяцев у 2 (33,3%). Причинами рецидива были: переохлаждение у 2, ОРВИ – 1, прием оральных контрацептивов – 1, стресс – 1, иерсиниозная инфекция – 1.

Выводы: УЭ чаще встречается в 1 триместре беременности, вероятно, вследствие активации коморбидных состояний. УЭ значимо не влияет на время родоразрешения и состояние здоровья плода. Рецидив заболевания

после родов наступал не ранее, чем через 6 месяцев, на фоне переохлаждения, вирусных инфекций и приема контрацептивов.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ВИТАМИНОМ D В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ ГЕСТАЦИИ

Савченко Т.Н., Дергачева И.А., Водяник Н.Д.

Москва
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Открытие новых функций витамина D, определяющие его особую роль во время беременности, указывает на необходимость контроля за уровнем витамина D у женщин и его своевременная коррекция. Анализ уровня обеспеченности беременных витамином D в первой половине гестации показал, что у всех обследованных беременных отмечается различная степень недостаточности витамина D.

The new functions of vitamin D, which determine its specific role during pregnancy, indicate the need for monitoring the level of vitamin D in women and its timely correction. The analysis the level of vitamin D of pregnant women in the first half of gestation showed hypovitaminosis in 50 patients (100% of cases).

С открытием новых неклассических свойств витамина D большое внимание уделяется определению его роли во время беременности. Проводимые за последние 10 лет исследования структуры витамина D установили новые свойства холекальциферола, которые, прежде всего, связаны с наличием к его активному метаболиту рецептора во всех органах и тканях. Помимо его участия в кальций-фосфорном обмене, есть данные о риске развития преэклампсии, гестационного сахарного диабета, бактериального вагиноза при дефиците витамина D в организме[1,2,3]. Эпидемиологические данные свидетельствуют, что уровень витамина D у большинства беременных женщин недостаточен. По данным литературы [11], минимальное допустимое значение концентрации 25 (OH) D3 в крови – 30 нг/мл. [4]. Ежедневные рекомендуемые дозы витамина D для женщин в третьем триместре беременности составили от 400 до 1000 МЕ [4,5]. В тоже время отсутствуют нормативные показатели витамина D в I половине гестации.

Цель исследования явилась оценка уровня витамина D в сыворотке беременных в I половине гестации. Всего обследовано 50 беременных в возрасте 27±0,5 лет. Срок беременности приходился на первую половину гестации и составил в среднем 15,5 недель. Проведен анализ анамнестических данных беременных. Из них 27 первобеременных женщин и 23 – повторнобеременные. В ходе работы всем беременным определяли концентрацию 25

гидроксивитамин D в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Критерии обеспеченности витамином D по содержанию в крови 25 OH D3: дефицит определялся при концентрации 25 OH D3<10 нг/мл, недостаточность – <20 нг/мл, гиповитаминоз – < 30 нг/мл, норма – >30 нг/мл[5].

По результатам анализа у всех обследованных беременных отмечается гиповитаминоз, из них у 14% женщин выявлен дефицит витамина D, который составлял менее 12 нг/мл 25 (OH) D3 в крови.

Учитывая классические и недавно открытые функции витамина D, становится очевидна его роль во время беременности и для матери, и для плода. С учетом существующих критерий обеспеченности витамином D данные анализа свидетельствуют о выраженной недостаточности витамина D у беременных первой половины гестации в зимне-весенний период. Особого внимания заслуживают женщины с дефицитом витамина D, т.к. известно, что при уровне основного индикатора статуса витамина D в крови (25 (OH) D) ниже 12 нг/мл невозможен синтез активной формы витамина D [5]. С целью предупреждения осложнений, связанных с недостаточностью витамина D, важным становится выделять группу риска женщин с явным дефицитом витамина D и своевременно корректировать состояние гиповитаминоза, предупреждая развитие подобных осложнений.

Литература

1. Stene LC, Ulriksen Jб Magnus P, Joner G. Use of cod liver oil during pregnancy associated with lower risk of type I diabetes in the offspring. Diabetologia 2000;43:1093e8.

2. Robinson CJ, Alanis MC, Wagner CL, Hollis BW, Jonson DD. Plasma 25-hydroxyvitamin D levels in early-onset severe preeclampsia. Am J Ob Gyn 2010: In press, doi:10.1016/j.ajog.2010.06.036

3. Bodnar LM, Krohn MA, Simhan HN Maternal vitamin B deficiency is associated with bacterial vaginosis in the first trimester of pregnancy. J Nutr 2009; 139:1157e61

4. Hchberg Z, Bereket A, Davenport M et al on behalf of the European Society for pediatric Endocrinology (ESPE).

5. Дефицит витамина D: диагностика, лечение и прфилактика. // под рук. профессора, академика РАН Дедова И.И., профессора, академика РАН Мельниченко Г.А., Москва, 2014г, 77с.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Саидданеш Ш.Ф., Чупрынин В.Д., Мельников М.В., Данилов А.Ю., Хилькевич Е.Г., Павлович С.В.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. ак. В.И. Кулакова» Минздрава России

Диагностика эндометриоза с поражением кишечника затруднительна и должна проводиться с применением современных методов визуализации. При этой патологии магнитно-резонансная томография, компьютерная томография и ультразвуковое исследование являются взаимодополняющими методами. Наибольшая диагностическая точность при дооперационной диагностике заболевания получена при использовании магнитно-резонансной томографии.

Diagnosis of endometriosis with infiltrative intestinal lesion is difficult and must be carried out using modern imaging techniques. Magnetic resonance imaging, computed tomography and ultrasound are method used in diagnosis of this pathology. The highest diagnostic accuracy in the preoperative diagnosis of the disease was obtained using magnetic resonance imaging.

Актуальность. Эндометриоз – генетически обусловленное, хроническое, дисгормональное, иммунозависимое заболевание с доброкачественным разрастанием ткани, аналогичной по морфологическому строению и функции эндометрия, за пределами слизистой оболочки матки. При ретроцервикальном эндометриозе патологический процесс локализуется в проекции задней поверхности шейки матки и ее перешейка на уровне крестцово-маточных связок. Очаги способны к инфильтративному росту, обычно в направлении прямой кишки, заднего свода влагалища и влагалищно-прямокишечного углубления. Жалобы при ретроцервикальном эндометриозе во многом обусловлены близостью прямой кишки и тазового нервного сплетения. Ретроцервикальный эндометриоз в 83% наблюдений становится причиной периодической утраты трудоспособности и в значительном числе наблюдений имитирует заболевания других органов.

Цель исследования. Определить диагностическую ценность различных инструментальных методов исследования при эндометриозе с поражением дистальных отделов толстого кишечника.

Материал и методы. Изучена информативность данных инструментального обследования при диагностике эндометриоза у 150 пациенток с рас-

пространенными формами эндометриоза, в том числе у 78 пациенток с диагностированным эндометриозом с поражением дистальных отделов толстого кишечника, подтвержденного при проведении оперативного лечения и морфологически верифицированного в 1-м патологоанатомическом отделении ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Проанализированы данные трансвагинального ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ). Средний возраст больных составил 28,2±0,5 лет, средняя длительность заболевания – 6,7±0,5 лет.

Результаты исследования. При УЗИ с использованием трансвагинального датчика диагноз ретроцервикального эндометриоза был установлен в 70 (89,7%) случаев и ошибочно – в 14 (19,4%) из 72 случаев. Таким образом, чувствительность УЗИ составила 89,7%, специфичность – 80,6%, точность – 85,3% и эффективность – 85,1%. Прогностическая ценность положительного результата составила 83,3%. Прогностическая ценность отрицательного результата составила 80,6%.

Использование МРТ позволило установить диагноз в 76 (97,4%) случаев из 78 и ошибочно – у 3 (4,2%) из 72. Таким образом, чувствительность МРТ составила 97,4%, специфичность - 95,8%, точность – 96,7% и эффективность – 96,6%. Прогностическая ценность положительного результата составила 96,2%. Прогностическая ценность отрицательного результата составила 95,8%.

Использование КТ позволило диагностировать у 68 (87,2%) и ошибочно в 7 (9,7%) случаях из 72. Чувствительность КТ составила 87,2%, специфичность – 90,3%, точность – 88,7% и эффективность – 88,7%. Прогностическая ценность положительного результата составила 90,7%. Прогностическая ценность отрицательного результата составила 90,3%.

Заключение. Применение современных инструментальных методов визуализации позволяет осуществить диагностику эндометриоза с поражением дистальных отделов кишечника в абсолютном большинстве случаев, при этом наибольшая диагностическая точность получена при использовании МРТ при сравнении с трансвагинальным УЗИ и КТ.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ

Самко А.А., Новикова С.В., Климова И.В., Бирюкова Н.В.

Москва

Беременность монохориальной моноамниотической двойней имеет множество перинатальных и постнатальных осложнений, связанных с наличием сосудистых анастомозов между плацентами обоих плодов. Наиболее тяже-

лыми осложнениями являются задержка внутриутробного роста плодов, а также гибель одного или обоих плодов вследствие фето-фетального трансфузионного синдрома.

Monochorionic twin pregnancies have an increased risk of intrauterine and postnatal complications because of the present placental vascular anastomoses. The main problems are the development of twin-to-twin transfusion syndrome, selective intrauterine growth restriction, monoamniotic twins and single intrauterine death on the one hand and congenital abnormalities like twin reversed-arterial perfusion and conjoined twins on the other hand.

Одним из основных факторов риска при монохориальной беременности является наличие сосудистых анастомозов. Под нашим наблюдением находилась беременная А., 22 лет, у которой в 5 недель гестации выявлена монохориальная моноамниотическая двойня. Данной пациентке предстояли первые роды. Многоплодие у нее носило наследственный характер (у бабушки пациентки и у бабушки мужа были двойни). Соматический анамнез не отягощен. Данная беременность протекала с явлениями угрозы прерывания и анемии на всем протяжении. С 20 недель гестации каждые 14 дней проводилось полное ультразвуковое исследование. Допплерометрическое исследование проводилось каждые 14 дней до 32 недель гестации, далее каждые 7 дней. С 27 недель беременности отмечено повышение резистентности в сосудах пуповины обоих плодов, в связи с чем в сроки 27, 32, 35 недель проводилось стационарное лечение по разработанной схеме. С 34 недель беременности выявлено диссоциированное развитие плодов. В сроке 37 недель данная пациентка родоразрешена путем операции кесарева сечения. Родились 2 девочки массой 2690 г и 1770 г. Первая девочка родилась с оценкой состояния по шкале Апгар 6 и 7 баллов, вторая – 7 и 8 баллов. У обоих новорожденных отмечались признаки морфо-функциональной незрелости, а у второй новорожденной выявлен СЗРП 3 степени и синдром дыхательных расстройств 1 степени. У обеих новорожденных был резко выражен синдром гемотрансфузии (бледность кожных покровов, сниженный гемоглобин (85 г/л) и АД у плода - донора и полицитемия, гиперемия кожных покровов, повышенный гемоглобин (253 г/л) у плода – реципиента). Обе новорожденные переведены на этапное выхаживание. При осмотре плаценты обнаружен перекрут обоих пуповин. При гистологическом исследовании выявлена монохориальная моноамниотическая плацента с истинным узлом обоих пуповин, многочисленными сосудистыми анастомозами в хориальной пластине между бассейнами обоих пуповин, признаками незрелости и резким полнокровием, крупно – очаговыми инволютивными изменениями и клинико – морфологической картиной трансплацентарной трансфузии с первым плодом – реципиентом и вторым – плодом – донором.

Таким образом монохориальный тип плацентации является наиболее неблагоприятным в отношении развития перинатальных и постнатальных осложнений как со стороны матери, так и со стороны плодов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Акопов К.О., Кацалап С.Н., Гевондян Н.М.

Москва
ЦКБ РАН

Здоровый эндометрий является неотъемлемой частью успешного исхода цикла ЭКО. Использование современных методов лечения патологии эндометрия, таких как фотодинамическая терапия, позволяет улучшить результативность протоколов ВРТ.

A healthy endometrium is essential for successful outcome of IVF cycle. Use of modern methods of treatment of endometrial pathology, such as photodynamic therapy, can improve the effectiveness of art protocols.

Поиск оптимальных эффективных и безопасных методов лечения патологии эндометрия у пациенток с бесплодием остается на сегодняшний день актуальной и не решенной проблемой. В настоящее время фотодинамическая терапия (ФДТ) является одним из перспективных методов лечения патологии эндометрия у пациенток с бесплодием. Целью исследования явилось изучение возможностей метода ФДТ с использованием фотосенсибилизатора – фотодитазина в лечении патологии эндометрия у пациенток с бесплодием. Нами проведено обследование и лечение 78 пациенток репродуктивного возраста от 23 до 45 лет с морфологически верифицированным диагнозом хронический эндометрит (ХЭ). Пациентки разделены на три группы. I группа (n=25) – проводилась ФДТ патологии эндометрия, II группе (n=35) – после проведенной ФДТ патологии эндометрия пациентки получали циклическую терапию эстрогенами/прогестагенами, пациентки III группы (n=18) в рамках подготовки к протоколу ВРТ получали только гормональную терапию. С целью подготовки к проведению ФДТ пациенткам была выполнена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, с последующим гистологическим исследованием материала. Всем пациенткам проводился забор крови непосредственно перед процедурой ФДТ, через сутки, через 30 и 60 суток после ФДТ для определения функциональной активности В-системы иммунитета путем оценки авидитета секретируемых антител. Для проведения процедуры использовали новый внутриматочный баллонный световод – КОВБ 660, фирма изготовитель ООО «ГАУС». За 1,5–2 часа перед ФДТ вводился фотосенсибилизатор «Фотодитазин» с последующим облучением на аппарате «ЛАМИ», с длиной волны 660 нм и выходной мощностью лазерного излучения 0,8–1,0 Вт. ФДТ проводили без анестезиологического пособия. Удельная доза лазерного излучения составила 80–110

Дж/см. В процессе лазерного воздействия с интервалом 5–7 минут производилось УЗ исследование вагинальным датчиком. В результате проведения иммуногистохимического исследования выявлено достоверное нарушение стероидной рецептивности эндометрия у пациенток с хроническим эндометритом (p=0,008). Уровень экспрессии рецепторов прогестерона в железах эндометрия был значительно ниже уровня экспрессии альфа-рецепторов эстрогена, кроме того, в строме эндометрия также выявлены низкие уровни рецепции к прогестерону (p=0,001). Пациентки II группы через 1 месяц после ФДТ получали циклическую гормональную терапию с использованием накожного 17 β-эстрадиола (дивигель) и прогестагена. При анализе данных авидитета у всех пациенток с хроническим эндометритом и бесплодием выявлено снижение количества антител имеющих высокий авидитет. Вторым этапом, направленным на восстановление репродуктивной функции, явилось включение всех пациенток в программу ЭКО и ПЭ. У 78 пациенток проведено 104 цикла ССО. Перенос эмбрионов в полость матки осуществлен во всех циклах стимуляции. Среднее количество ооцитов, полученных у пациенток на цикл стимуляции в группах достоверное не отличалось, составило 6,8±2,4, 6,4±2,6, 5,9±1,9 соответственно. Частота наступления беременности на перенос эмбрионов группах составила 32,7%, 38,2% и 33,4% соответственно. Эмбриологические результаты: Степень зрелости ооцитов: ооцитов M II – 71,1%, 74,6% и 72,1% в исследуемых группах. Оплодотворение (2pn): 81,9%, 85,9% и 80,2% соответственно. Процент эмбрионов хорошего качества через 72 часа: – 40,1%, 42,4% и 39,3%. Использовались среды фирмы COOK. Таким образом, ФДТ при патологии эндометрия у пациенток с бесплодием является эффективным и перспективным методом лечения, улучшающим исходы протоколов ВРТ.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Кузнецова Е.П., Ванке Е.С., Иванова Т.В.

Москва
ЦКБ РАН

Проведение прегравидарной подготовки позволяет увеличить процент наступления беременности в протоколах ВРТ и снизить риск ее осложнений. Большое значение прегравидарная подготовка имеет у пациенток, перенесших оперативные вмешательства на яичниках, т.к. является основным меха-

низмом, позволяющим улучшить показатели наступления беременности и родов в программах ВРТ.

Carried out pregravid preparation allows to increase the percentage of pregnancy and reduce the risk of complications. Great importance has pregravid preparation in patients who underwent surgery on the ovaries, because it is the primary mechanism which can improve the performance of pregnancy and childbirth in ART programs

Оперативные вмешательства на яичниках являются фактором риска снижения овариального резерва, и характеризуют различные изменения, как в гистологической структуре, так и в рецептивности эндометрия. Клиническое исследование включало 130 пациенток с бесплодием, из них у 110 в анамнезе оперативные вмешательства на яичниках и 20 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Критерии включения в исследование: возраст 25–40 лет; бесплодие; оперативное лечение кист и доброкачественных образований яичников в анамнезе; проведение стимуляции суперовуляции с использованием агонистов и антагонистов ГнРГ. Пациентки с оперированными яичниками в анамнезе разделены на 2 группы: I – ретроспективная – 58 пациенток (прегравидарная подготовка не проводилась), II – проспективная – 52 пациентки (прегравидарная подготовка проводилась). III – сравнения – 20 пациенток с интактными яичниками и трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Пациенткам в II группе проведено иммуногистохимическое исследование эндометрия. Показанием для назначения гормонотерапии явилось нарушение эхо-структуры эндометрия по данным УЗИ и стероидной рецепции (железы, строма) белок Ki-67. Оплодотворение проводилось методами ЭКО и ИКСИ. Конечный этап исследования – анализ частоты наступления беременности. Длительность бесплодия в исследуемых группах в среднем составила 6,6±0,66 лет, 5,6±0,74 лет, и 4,1±0,77 года (соответственно). В I и II группах чаще было выявлено первичное бесплодие, в 36 (62,1%) и 27 (51,9%) случаях соответственно. Эндокринное бесплодие наблюдалось у 46 (79,3%) и 46 (88,5%) пациенток исследуемых групп. При тщательном анализе было выявлено, что у большинства пациенток в обеих группах менструации были скудными. Виды оперативных вмешательств в исследуемых группах – резекция яичников (37 (63,8%) и 30 (57,7%) соответственно), цистэктомия (21 (36,2%) и 27 (51,9%) соответственно) и овариэктомия (1 (1,7%) и 4 (7,7%) соответственно). Достоверно чаще ($p<0,0001$) были выполнены органосохраняющие оперативные вмешательства на яичниках. Наиболее частой причиной оперативных вмешательств на яичниках были эндометриоидные кисты: 17 (42,5%) в I группе и 22 (55%) во II. Фолликулярные кисты в 20% случаев в обеих группах. Кисты желтого тела – у 22,5% и 15% пациенток в группах соответственно. При оценке овариального резерва было выявлено его снижение в группах пациенток с оперированными яичниками. По данным иммуногистохимического исследования обнаружено: экспрессия прогестероновых рецепторов в строме достоверно уступала нормальным показателям (181,8±8,7 баллов), а экспрессия ЭРα и в железах и строме достоверно превышала норму 155,6±11,3 и 125,6±9,8 баллов, соответственно. Анализ дан-

ных показывает, что операции по поводу кист и доброкачественных образований яичников влияют на овариальный резерв, что подтверждается сниженным количеством полученных фолликулов и ооцитов. Но, проведенная прегравидарная подготовка позволила увеличить процент наступления беременности в 2 раза во II группе. Также, при проведении прегравидарной подготовки в протоколе ВРТ (II группа) использованы более низкие дозы гонадотропинов, получено большее число зрелых ооцитов и бластоцист, по сравнению с I группой.

Таким образом, комплексная прегравидарная подготовка и восстановление нормобиоцитоза влагалища препаратами – Тержинан, Ломексин, Лактагель и гормональной терапией – трансдермальным 17 β-эстрадиолом (Дивигель) с включением прогестагенов, позволяет не только увеличить процент наступления беременности, но и снизить риск осложнений беременности, и, тем самым, повлиять на перинатальные и младенческие потери.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ТЭС-ТЕРАПИИ

Смолова Н.В., Андреева М.В.

Волгоград

Доказано, что ТЭС-терапия является методом выбора при лечении больных с хроническим воспалением придатков матки (ХВПМ). Она обладает широким спектром действия. Это в конечном итоге сопровождается улучшением общего состояния больных и приводит к значительному повышению качества их жизни.

TES-therapy has been proven to be effective in the treatment of chronic inflammation of the uterine appendages. TES therapy has beneficial effects on a wide range of conditions including an improvement in overall function and quality of life in patients.

Традиционная терапия больных с ХВПМ, особенно с болевым синдромом, не нормализует полностью их общее состояние, что сопровождается снижением качества жизни. Необходим поиск новых методов лечения таких больных. К одному из них относится транскраниальная электростимуляция стволовых структур мозга (ТЭС-терапия), обладающая комплексным гомеостатическим и саногенетическим эффектами, что может привести к улучшению качества жизни больных с ХВПМ.

Данных о качестве жизни таких пациенток, получавших ТЭС-терапию, в доступной нам литературе не найдено, что и явилось целью исследования.

Обследование проведено в двух группах больных. Основную группу составили 68 больных, которым проводилось комплексное лечение с включением ТЭС-терапии. В группу сравнения вошли 63 пациентки, получавшие стандартную терапию. Для оценки состояния здоровья больных и эффективности проведенной терапии нами применялся метод анкетирования на основе вопросника «Качество жизни женщин». С помощью него можно оценить качество жизни женщин до и после лечения. Оптимальным считается качество жизни при показателях (в баллах), близких к нулю.

В результате исследования получены следующие данные. Так физическая активность в основной группе улучшилась. Показатель ее составил 1,88 балла и расценивался как «хороший» (в группе сравнения 2,61 балла, $p<0,05$). После лечения оценка психической активности в основной группе была достоверно лучше, чем в группе сравнения (1,52 и 2,03 балла соответственно, $p<0,05$). Оценка социального функционирования после лечения составила в основной группе 1,06 балла и расценивалась как «хорошая». В группе сравнения этот показатель улучшился незначительно – 1,48 балла (до лечения – 1,55 балла, $p>0,05$). У больных основной группы после лечения показатель ролевого функционирования расценивался как «хороший» (0,82 балла) и был достоверно лучше, чем в группе сравнения (1,22 балла, $p<0,05$). Сексуальное функционирование у пациенток основной группы стало «относительно благоприятным» (1,56 балла) по сравнению с таковым до лечения ($p<0,05$) и в группе сравнения ($p<0,05$).

Показатель общей самооценки состояния здоровья в основной группе после лечения расценивался как «хороший» (1,06 балла) и был достоверно лучше, чем в группе сравнения (2,82 балла, $p<0,05$).

После курса ТЭС-терапии качество жизни оценивалось больными основной группы как «хорошее» (1,11 балла). В группе сравнения данный показатель практически не изменился после лечения (1,88 балла, до лечения – 1,95 балла, $p>0,05$).

Выводы. ТЭС-терапия является методом выбора при лечении больных с обострением ХВПМ с болевым синдромом, так как она обладает широким спектром действия, особенно выраженным анальгетическим эффектом. Это в конечном итоге сопровождается улучшением общего состояния больных и приводит к значительному повышению качества их жизни.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕСТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Сонич М.Г., Ульянова Н.Ф.

Москва
Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Изучена эффективность использования схем гипотензивной терапии у женщин в период грудного вскармливания, перенесших различные гипертензивные гестационные осложнения. Выбор гипотензивного средства определялся формой артериальной гипертензии и грудным вскармливанием. Прекращение лактации связано с недостаточной информированностью о безопасности и необходимости гипотензивной терапии при АГ в этом периоде. Грамотный выбор гипотензивных препаратов позволил обеспечить эффективный контроль гемодинамики и предотвратить поражение органов-мишеней.

Efficiency of use schemes of hypotensive therapy at the women during breastfeeding who have forms of arterial gestational hypertension complications is studied. The choice of hypotensive means in the period of lactation was defined by a form of the arterial hypertension and breastfeeding. The termination of lactation by patients is connected with insufficient knowledge of safety and need of hypotensive therapy at AG in the postnatal period. The competent choice of hypotensive preparations allows to providing effective control of hemodynamics and prevents defeat of target organs.

Актуальность: Распространенность артериальной гипертензии среди женщин составляет около 40%. По данным эпидемических обследований только 80% знают о наличии у них АГ, лечатся лишь 63%, а эффективно лечатся (т.е. контролируют его на должном уровне) 22,5%. Во время беременности уровень А/Д выше 140/90 мм.рт.ст регистрируется у 10% , при этом в 8% случаев ее осложняет преэклампсия, а у 25% диагностируется хроническая артериальная гипертензия (ХАГ).

Цель: изучить эффективность использования, влияние на качество жизни и длительность лактации различных схем гипотензивной терапии у женщин в период грудного вскармливания, перенесших разнообразные гипертензивные гестационные осложнения.

Материалы и методы: обследованы 245 беременных, наблюдавшихся и родоразрешенных в клинике акушерства и гинекологии ПМГМУ им. И.М. Сеченова в период 2012–14 г. Пациенты были разделены на группы в зависимости от формы перенесенной артериальной гипертензии. Ретроспективный анализ позволил выделить следующие группы – 145 пациенток с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ), 57 – с умеренной преэклампсией (ПЭ), ПЭ тяжелой степени-28 человек и 15 с хронической артери-

альной гипертензией (ХАГ) и присоединившейся ПЭ. Средний возраст колебался от 23 до 45 лет и в среднем составил 34+0,64 года. Медикаментозная коррекция осуществлялась в зависимости от формы АГ до достижения целевого уровня 140/90 мм рт ст с верификацией суточного мониторирования.

Частота и характер осложнений беременности и родов в исследуемых группах были следующими-угроза прерывания возникала более, чем у половины – 65%, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода у 18%, в 2% случаев развился пиелонефрит, анемия возникла у 3,5% пациенток. В родах имела место внутриутробная гипоксия плода- у 9%, аномалии родовой деятельности – у 3%. Кесарево сечение было выполнено в 65% случаев, в том числе 15% при преждевременных родах. Масса тела доношенных детей составила 3140+200 гр, гипотрофия отмечена у 12% новорожденных. Масса тела недоношенных детей составила 2030+200 грамм. Перинатальных потерь в исследуемых группах не было.

Течение послеродового периода у пациенток с АГ характеризовалось рядом особенностей. У 2% пациенток он осложнился субинволюцией матки и гематометрой. У 86% отмечалась гипопротеинемия, явления анемии у 35%. У 65% с профилактической целью применялась терапия низкомолекулярными гепаринами.

Выбор гипотензивного средства в послеродовом периоде определялся формой гипертензии (АГ) и грудным вскармливанием. Обычно рекомендовались те же лекарственные средства, которые женщина получала при беременности.

Анализ показал, что у 87% пациенток с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) происходила нормализация цифр А/Д к 2–3 суткам послеродового периода без применения лекарственной терапии и лишь 13% понадобилось ее пролонгирование. Препаратом выбора служил метилдопа в дозе 1,5–2 гр./сут. (как неонатально безопасный). 68% пациенток с умеренной ПЭ нуждались в продолжении терапии при лактации, для лечения использовались кардиоселективные В-адреноблокаторы (В-АБ) у 50%, блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) у 35% (нифедипин), 15% понадобилась комбинация этих препаратов. Все пациентки с тяжелой ПЭ получали гипотензивную терапию в послеродовом периоде, из них 63%-БМКК (нифедипин), 26% – БАБ, а 11% – их комбинацию. Всем пациенткам с ХАГ и присоединившейся ПЭ требовалась гипотензивная терапия из них 82% использовали БАБ и БМКК, а 18% из-за неэффективности последних получали ингибиторы АПФ и прекратили грудное вскармливание (отсутствие информации о неонатальном воздействии).

Выводы: лекарственная терапия АГ в послеродовом периоде в очень редких случаях требует отказа от грудного вскармливания. Часто пациентки прекращают лактацию из-за переоценки риска лечения и недостаточной информированности о возможностях, безопасности и необходимости лекарственной терапии при артериальной гипертензии. Грамотный выбор гипотензивных препаратов позволяет обеспечить эффективный контроль гемодинамики и предотвращает поражение органов – мишеней.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО И СИСТЕМНОГО АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА

Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Смирнов А.А., Шахламова М.Н., Волощук И.Н., Лебедев В.А., Ли А.Б.

Москва
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии.

Получены данные о достоверном повышении экспрессии СЭФР и его рецепторов, увеличении размеров сосудов и их площади в овариальной ткани у пациенток с АЯ по сравнению с контролем. Средний уровень СЭФР в сыворотке крови перед операцией, через 3 и 6 месяцев достоверно не различался, что указывает на локальный характер изменений ангиогенеза в овариальной ткани. Выделены неблагоприятные прогностические признаки течения восстановительного периода.

The data about the significant increase of expression of VEGF and its receptors, increasing the size of the vessels and the area in ovarian tissue in patients with ovarian apoplexy as compared with the control group. The average level of VEGF in serum before surgery, 3 and 6 months did not differ significantly, which indicates the local nature of the changes of angiogenesis in ovarian tissue. Obtained unfavorable prognostic signs during the recovery period.

Проблема апоплексии яичника (АЯ) – одна из актуальных медико-социальных проблем. АЯ встречается у женщин репродуктивного возраста, требует экстренного хирургического вмешательства (40%), характеризуется возникновением рецидивов в виде болевой или анемической формы (22–69%), формированием спаечного процесса в полости малого таза (37,7% – 92%) и бесплодия (42% – 59%). До конца неизвестно, какие факторы и механизмы приводят к развитию кровоизлияния в овариальную ткань и возникновению спаек при АЯ.

С целью изучения локального и системного ангиогенеза обследованы 60 пациенток с анемической формой АЯ, которым выполнялась лапароскопия с цистэктомией и/или биполярной коагуляцией яичника. Средний возраст – 24,3±4,3 года. Внутрибрюшное кровотечение у 91,5% пациенток обусловлено разрывом кисты желтого тела с кровоизлиянием, у 4,3% – разрывом желтого тела с кровоизлиянием и у 4,2% – разрывом фолликулярной кисты. Иммуногистохимическое исследование ткани яичника проводили с применением антител к CD34, СЭФР и его рецепторам СЭФРР1, СЭФРР2. Контролем служили нормальные желтые тела пациенток с другой гинекологической патологией. Уровень СЭФР в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием моноклональных антител к СЭФР перед опе-

рацией и затем через 3, 6 месяцев. Эхографию и гормональное исследование выполняли через 1, 3, 6 месяцев после операции.

Обнаружено, что овариальный ангиогенез у пациенток с АЯ имеет ряд особенностей. Выявлено достоверное увеличение уровня экспрессии СЭФР и рецепторов СЭФРР1, СЭФРР2 в эндотелии сосудов и гранулезо-лютеиновых клетках желтых тел, а также нарушение соотношения экспрессии СЭФРР1 и СЭФРР2 в эндотелии желтых тел в сравнении с контролем (0,51±0,05 балла и 0,21±0,1 балла соответственно). При морфометрической оценке васкуляризации желтых тел при АЯ отмечено достоверное увеличение размеров сосудов (742,33 пикселя; в группе контроля 320,13 пикселей; p=0,008; r=0,54) и их площади (53591,9 пикселей; в контроле 23844,2 пикселя; p=0,013; r=0,51), в отдельных наблюдениях с преобладанием крупных сосудов синусоидального типа в теке и в гранулезе. Это указывает на тенденцию к формированию «зрелых» сосудов на фоне относительного снижения пролиферативной активности эндотелиальных клеток при АЯ.

Данные литературы в отношении нормативных значений СЭФР в сыворотке крови у здоровых женщин репродуктивного возраста варьируют в широких пределах – от 6,01 до 774,76 пг\мл. Средняя концентрация СЭФР в сыворотке крови в остром периоде АЯ составила 269,15±36,37 пг\мл, достоверно не отличаясь от таковой через 3 и 6 месяцев после операции (269,35±68 пг\мл и 303,36±56,9 пг\мл соответственно). Это свидетельствует о локальном характере изменений ангиогенеза в овариальной ткани. У 50% пациенток в остром периоде уровень СЭФР был повышен. Выявлена обратная корреляционная зависимость между содержанием СЭФР в эндотелии сосудов и его уровнем в сыворотке крови в остром периоде АЯ (r=-0,78, p=0,022).

Корреляционный анализ результатов комплексного обследования показал, что неблагоприятными прогностическими факторами являются: большие размеры сосудов в кистах/желтых телах более 1004,3±208,47 пикселей; уровень экспрессии СЭФР в эндотелии сосудов желтых тел более 2,0 баллов; уровень СЭФР в сыворотке крови в остром периоде АЯ ниже 300 пг/мл. Наличие данных факторов позволяет прогнозировать медленное восстановление овуляторного цикла, более выраженное уменьшение объема оперированного яичника, повышенный риск функциональных кист яичников, более длительное восстановление гормонального статуса.

Таким образом, получены данные о роли нарушений локального ангиогенеза в овариальной ткани в патогенезе АЯ. Уровень СЭФР в сыворотке крови не отражает в полной мере выраженность изменений в желтом теле, но может говорить о возможном различии патогенетических механизмов формирования АЯ.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В СОЧЕТАНИИ С СЗРП

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Якушина Н.И.

Москва
Первый МГМУ им И.М. Сеченова кафедра акушерсктва гинекологии и перинатологии, НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»

Резюме. Уровень СЭФР и на протяжении всего изученного периода гестации практически не отличается при ранней преэклампсии с/без СЗРП. Концентрация СЭФР-Р1 в несколько раз возрастает начиная со II триместра, особенно при ранней преэклампсии в сочетании с СЗРП. СЭФР-Р1 обладает высокой чувствительностью для прогнозирования ранней ПЭ: значения СЭФР-Р1 равные или выше 9,483±0,83 нг/мл в 16–22 недели с чувствительностью 80% и 12,194±1,41 нг/мл в 23–29 недель с чувствительностью 82% указывают на высокий риск развития ранней ПЭ с СЗРП. (специфичность 96%).

Summary. Level of VEGF and throughout the gestation period studied does not differ in the early pre-eclampsia with / without FGR. The concentration of sFlt-1 increases several times since II trimester, especially for early preeclampsia in combination with FGR. sFlt-1 has a high sensitivity for the early prediction of PE: sFlt-1 equal to or higher than 0,83±9,483 ng / ml in 16–22 weeks with a sensitivity of 80% and 12.194±1.41 ng / ml in 23–29 weeks sensitivity 82% indicate a high risk of early PE with FGR. (specificity 96%).

Преэклампсия (ПЭ) – осложнение беременности, характеризующееся развитием генерализованного сосудистого спазма и эндотелиальной дисфункции, чаще всего проявляющееся артериальной гипертензией, протеинурией, и приводящее к полиорганной недстаточности. ПЭ возникает в 2–8% беременностей и является ведущей причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В настоящее время используются понятия ранняя и поздняя ПЭ. При этом срок 34 недели наиболее часто рассматривается в качестве референсного, поскольку коррелирует с нарушением плацентации в ранние сроки. Ранняя ПЭ ассоциируется с более высокой частотой неонатальной заболеваемости и смертности; ПЭ с поздним началом составляет 75–80% всех случаев ПЭ и вносит основной вклад в частоту поздних преждевременных родов, а также материнской смертности и тяжелой заболеваемости.

С целью определить значение ангиогенных факторов СЭФР, ФРП и их рецептора – СЭФР-Р1 в прогнозировании ранней и поздней преэклампсии с/без СЗРП было произведено проспективное исследование 124 беременных с преэклампсией (ПЭ) средней и тяжелой степени, с/без синдрома задержки роста плода (СЗРП).

Результаты исследования. Исследование СЭФР показало, что в начале II триместра при СЗРП на фоне ПЭ ранней и поздней и при СЗРП, в отсутствии ПЭ значения этого ФР не имели существенных различий от 42,1±4,1 до 52,2±6,1

пг/мл. К 23–29 неделям СЭФР при наличии СЗРП на фоне ПЭ ранней, поздней и СЗРП при отсутствии ПЭ возрос в 2–3 раза и составил 115,7±12,0 пг/мл, 99,2±8,9 пг/мл и 121,1±10,6 соответственно. В III триместре продолжается рост СЭФР при поздней ПЭ.

Динамика СЭФР-Р1 принципиально иная. При поздней ПЭ без СЗРП средний уровень СЭФР-Р1 на сроке 16–22 недели составляет 2,6±0,3 нг/мл, у беременных с ранней ПЭ без СЗРП–в 3,6 раза выше (9,4 нг/мл), при поздней ПЭ с последующим СЗРП – в 1,5 раз выше (3,8±0,3 нг/мл). При увеличении срока гестации и прогрессировании ПЭ наблюдается рост концентрации СЭФР-Р1 как при отсутствии СЗРП, так и при его наличии. Однако, уровень рецептора при ранней ПЭ в 1,5–2 раза превышает этот показатель. Так, на сроке 23–29 недель уровень СЭФР-Р1 при последующей поздней ПЭ составляет 6,8±0,6нг/мл, при СЗРП и поздней ПЭ– 10,7±1,2 нг/мл (в 1,57 раз выше), при ранней ПЭ в сочетании с СЗРП– 12,2 нг/мл (в 1,78 раз выше).

Выводы. Уровень СЭФР на протяжении всего периода гестации не отличается при ранней, поздней ПЭ с/без СЗРП. Уровень СЭФР-Р значительно выше уже во втором триместре у пациенток с ранней ПЭ, особенно в сочетании с СЗРП. Таким образом, СЭФР-Р1 обладает высокой чувствительностью для прогнозирования ранней ПЭ как в сочетании с СЗРП , так и без него: значения СЭФР-Р1 равные или выше 9,5±0,8 нг/мл в 16–22 недели с чувствительностью 80% и 12,2±1,4 нг/мл в 23–29 недель с чувствительностью 82% указывают на высокий риск развития ранней ПЭ с СЗРП (специфичность 96 и 97%).

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ШКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сухарева Е.А.

Сызрань
ГБУЗ СО Сызранская ГП

Занятия в школах профилактики онкологических заболеваний помогают сформировать среди прикрепленного к поликлинике населения мотивацию на ведение здорового образа жизни, создают условия для сознательного участия обучаемых в профилактических мероприятиях.

Classes in schools of prevention of cancer help to shape motivation to healthy life style among the attached to clinic and create conditions for the conscious participation of students in preventive actions.

Актуальность. На протяжении последних десятилетий в большинстве развитых стран отмечается тенденция к росту заболеваемости злокачествен-

ными новообразованиями и смертности от них. Основным направлением деятельности онкологической службы амбулаторно-поликлинического звена является профилактика и ранняя диагностика данной патологии.

Цель работы: совершенствование организационно-методических подходов к ведению школ профилактики онкологических заболеваний и поддержки онкологических больных среди здорового населения, больных злокачественными новообразованиями и их родственников.

Материал исследования: слушатели школ профилактики онкологических заболеваний и поддержки онкологических больных отделения профилактики ЛПУ.

Полученные результаты. В онкологии различают первичную профилактику – комплекс социально-гигиенических мероприятий, направленных на максимальное снижение воздействия канцерогенных факторов внешней среды, а так же стабилизация иммунологического статуса организма путем неспецифического воздействия на человека. Вторичную профилактику – комплекс медицинских мероприятий, направленных на выявление больных с предраковыми заболеваниями, с последующим их оздоровлением и наблюдением за ними. И третичную профилактику – предупреждение рецидива рака. При формировании групп для обучения в школах профилактики учитывали следующие особенности: потребность в обучении у пациента и его родственников, мотивацию обучения, методы передачи знаний и умений пациенту. Главная цель профилактических мероприятий онкологической школы среди здорового населения – предупреждение и раннее выявление онкологических заболеваний. При работе со здоровым контингентом выделены следующие направления профилактической работы: сохранение женского здоровья, сохранение мужского здоровья, проблемы рационального питания, обучение самообследованию молочных желез у женщин, обучение самообследованию кожных покровов, пропаганда физкультуры и спорта, отказ от вредных привычек, разъяснение необходимости проходить ежегодные профилактические осмотры и флюорографию. Основная цель школы в работе с онкологическими больными – улучшение качества жизни пациента и предупреждение рецидива заболевания. Основными задачами в этом направлении являются: разъяснение сущности заболевания, методов обследования и лечения, знание возможных осложнений специального лечения и мер их профилактики, психологическая поддержка. Основная цель в работе с родственниками онкологических больных – оказать помощь по уходу за больным, особенно 4 клинической группы. Основные направления работы включают: обучение уходу за тяжело больными и правилам обезболивания, поддержание рационального питания, уход за стомами, психологическая поддержка.

Выводы. Обучение в школах профилактики онкологических заболеваний и поддержки онкологических больных помогает: мотивировать население на активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, стимулировать отказ от вредных привычек, формировать межличностные отношения в семье и трудовых коллективах, сознательно участвовать в

профилактических мероприятиях, проводимых медицинским учреждением, выполнять предписания врача.

ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

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

Москва
НЦАГиП им. В.И. Кулакова

Various studies show contradictory results of the effect of different controlled ovarian hyperstimulation (COS) protocols on embryological stage and outcomes of the in vitro fertilization (IVF) cycles. Our study demonstrated that COS protocol has an impact on parameters of folliculo-, oo- and embryogenesis, as well as on IVF outcomes (clinical pregnancy and child birth rate). Clinical characteristics of patients affect both the selection of COS and the IVF outcomes.

Различные исследования демонстрируют противоречивые результаты относительно влияния различных протоколов овариальной стимуляции на эмбриологический этап и клинические исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). По данным нашего исследования, различные протоколы стимуляции яичников влияют как на параметры фолликуло-, оо- и эмбриогенеза, как и частоту наступления беременности и живорождения в циклах ВРТ. Клинические характеристики пациенток влияют как на выбор протокола овариальной стимуляции, так и на исход циклов ВРТ.

Для повышения эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) большинство пациенток подвергается овариальной стимуляция с целью получения достаточного числа ооцитов и эмбрионов. Протокол стимуляции выбирается на основании клинико-анамнестических и лабораторных данных пациенток без учета его влияния на исходы программ ВРТ. Одной из причин такой тактики является противоречивость данных о влиянии протоколов стимуляции суперовуляции на параметры фолликуло-, оо- и эмбриогенеза, а также исходы программ ВРТ.

Целью нашего исследования стала оценка эмбриологических характеристик и исходов программ экстракорпорального оплодотворения / интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ЭКО/ИКСИ) в зависимости от выбранного протокола стимуляции.

В проспективное когортное исследование была включена 521 пациентка с бесплодием различного генеза. Группу 1 составили пациентки, применявшие протокол с ант-ГнРГ, при этом 143 пациентки, использовавшие в качестве триггера овуляции ХГ составили подгруппу 1а, а 85 пациенток, использовавших а-ГнРГ – подгруппу 1б. В группу 2 вошли 119 женщин с «длинным» протоколом с а-ГнРГ, в группу 3 – 82 женщины в «модифицированном» естественном цикле, а в группу 4 – 92 женщины, получавшие протокол с ант-ГнРГ и корифоллитропином альфа. Морфологическая оценка эмбриона проводилась эмбриологом во время процедуры ИКСИ, а оценка качества эмбриона – на 3 сутки культивирования. Клиническая беременность регистрировалась при визуализации плодного яйца в полости матки через 21 день после переноса.

Пациентки группы 1б были младше и имели более низкий индекс массы тела по сравнению с пациентками из других групп. Уровень АМГ был наибольшим в группе 1б ((5,2±3,1) нг/мл) и наименьшим в группе 3 ((0,9±1,1) нг/мл) ($p<0,0001$), что может быть связано с возрастными и клиническими особенностями пациенток, включаемых в данные протоколы.

Среднее число фолликулов и ооцитов было значимо выше в группе 1б. При этом в группе 2 доля фолликулов, содержащих ооциты (78,9%), была наибольшей. Отношение количества зрелых ооцитов к общему числу ооцит-кумулюсных комплексов было максимальным в группе 1а (87,9%) и 2 (87,2%) по сравнению с группами 1б и 4 (84,0% и 81,9%, соответственно).

При оценке влияния протоколов стимуляции на развитие морфологических аномалий ооцитов не было отмечено различий в частоте появления экстрацитоплазматических дисморфизмов, при этом в группах с ант-ГнРГ было больше женщин с цитоплазматическими дисморфизмами ооцитов – 39,9% женщин в группе 1а, 38,8% – в группе 1б, 33,7% – в группе 4 в сравнении с 20,2% и 20,7% женщин в группах 2 и 3, соответственно.

Частота оплодотворения была выше в группе 3 ($p<0,0001$). Качество эмбрионов не различалось в группах сравнения. Женщин, не имеющих пригодного для переноса эмбриона, было больше в группах 3 и 4 ($p=0,0328$). Частота наступления клинической беременности была значимо ниже в группе 3 и 4: клиническая беременность наступила у 33,6% женщин в группе 1а, у 30,6% – группы 1б, 32,8% – в группе 2, 8,5% – в группе 3 и у 18,5% пациенток в группе 4 ($p<0,0001$). Частота живорождения составила 24,5% в группе 1а, 27,1% в группе 1б, 19,3% в группе 2, 7,3% в группе 3 и 15,2% в группе 4 ($p=0,0065$).

Наше исследование показало, что протокол стимуляции суперовуляции влияет на параметры фолликуло-, оо- и эмбриогенеза, а также на частоту наступления клинической беременности и исходы программ ВРТ. Выбор протокола зависит от клинических особенностей пациенток, которые также могут оказывать влияние на исследуемые параметры.

ОСОБЕННОСТИ КАТАМНЕЗА ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГРИПП А (H1N1) PDM 09 ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Папкина Т.И., Герасимова А.А., Григорьева О.О., Гомбоева М.С., Доржижапова А.А., Болотова Я.Б., Базарова А.Ц., Жамсаранова А.Д.

Чита
ГБОУ Читинская государственная медицинская академия

Проведен анализ 5-летнего катамнеза детей, матери которых перенесли грипп А (H1N1) pdm 09 при беременности. Дети, рожденные от матерей с гриппозной инфекцией, к 5 летнему возрасту значимо чаще относятся к когорте болеющих детей, у них в 2 раза чаще ОРВИ осложняются пневмонией. Частота бронхиальной астмы у детей была повышена при заболевании матерью в 1 и 2 триместре гестации гриппом А (H1N1) pdm 09.

The aim of this study was to assess 5-years catamnesis of children from mothers who suffered the flu A(H1N1)pdm09 in pregnancy. It was shown that 11.9% of children born to mothers with influenza infection in pregnancy vs 1.8% of children of the control group formed to 5 years of age a cohort of patients with recurrent respiratory tract infections. Acute respiratory infections were complicated by pneumonia in 15.4% of study group children vs 8.8% in the comparison group. We founded a significant association between maternity influenza A (H1N1) pdm 09 during 1st and 2nd trimester of gestation and increased frequency of asthma in their children.

С момента появления нового вируса гриппа AH1N1/ Калифорния/04/09, впервые выделенного от заболевших в конце марта – апреле 2009 года в Калифорнии и Мексике, впоследствии быстро распространившегося на другие штаты США, а затем и на все континенты земного шара прошло пять лет. Несмотря на большое количество публикаций по проблеме гриппа А (H1N1) pdm 09, его влияния на течение и исходы беременности, состояние плода и новорожденного pdm 09, остаются до конца не изученными отдаленные последствия для детей, рожденных от матерей с гриппом А (H1N1) pdm 09. Целью нашего исследования явилась 5-летняя оценка состояния здоровья детей, рожденных от матерей, перенесших грипп и ОРВИ в период эпидемии гриппа А (H1N1) 2009 года.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели проведено когортное, одномоментное, ретроспективное исследование случай-контроль. Работа выполнялась в ноябре 2015 года в 5 поликлинических подразделениях ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»

(главный врач – к.м.н. Нардина И.В.). Источниками для сбора катамнеза явились 454 амбулаторные карты (Ф-112 У) детей, родившихся в срок 37–41 нед гестации, в период с 5 октября 2009 года по 5 июня 2010 года (в течение 9 месяцев с начала эпидемии). В основную группу исследования вошли 227 детей, рожденных от матерей, переболевших гриппом в период эпидемии А (H1N1) pdm 09 (легкой степени-85 матерей, средней степени – 118 женщин и тяжелой степени 24 женщины). В группу сравнения были включены 227 детей от беременных, которые находились в тот же период в эпидочаге, но не заболели пандемическим гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями. Матери детей обеих групп были сопоставимы по возрасту, паритету, акушерской и экстрагенитальной патологии, течению родов. Сравниваемые группы детей были сопоставимы по полу, показателям физического развития при рождении, оценке по шкале Апгар, течению раннего неонатального периода и типу вскармливания.

Результаты. Оценка катамнестических сведений о детях обеих групп показало одинаковую дифференциацию детей в I, II и III группы здоровья к 1 году жизни, сопоставимую частоту фоновых заболеваний (ППЦНС, анемия, рахит, гипотрофия), возникновения атопического дерматита и бронхиальной астмы. Распространенность часто и длительно болеющих в возрастном коридоре от 3–5 лет в основной группе увеличилось в 2 раза по сравнению с предыдущими годами, и к 5-летнему возрасту 11,9% (27) детей, рожденных от матерей с гриппом нуждались в наблюдении в данной диспансерной группе по сравнению с детьми незаболевших женщин ($p<0,05$). Закономерно осложнения ОРЗ в виде пневмоний значимо чаще регистрировались среди детей основной группы ($p<0,05$). Среднее число эпизодов ОРЗ в год во всех трех возрастных периодах среди детей, рожденных от матерей, переболевших гриппом, существенно превосходило аналогичный показатель в контрольной группе. При этом инфекционный индекс среди ЧБД обеих выборок был примерно одинаковым 1,48±0,4 против 1,2±0,1. Результаты оценки состояния здоровья детей в зависимости от того, в каком триместре был перенесен грипп у женщин, показали однородность в формировании групп здоровья, в развитии фоновых заболеваний и в частоте эпизодов ОРЗ среди ЧБД и их осложнений. Однако при анализе таблиц сопряженности обнаружена достоверная ассоциация между перенесенным женщинами гриппом только в 1 и 2 триместре гестации и реализацией бронхиальной астмы у их детей ($p=0,031$).

Выводы. 11,9% детей, рожденных от матерей с гриппозной инфекцией, к 5 летнему возрасту формируют когорту частоболеющих детей. У 15,4 % детей от матерей, переболевших гриппом А (H1N1) pdm 09 при беременности, острые респираторные инфекции осложняются пневмонией. Выявлена ассоциативная связь между заболеванием матерью гриппом А (H1N1) pdm 09 в 1 и 2 триместре гестации и повышенной частотой бронхиальной астмы у детей.

ФОЛАТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Хомич Е.А.

Волгоград
ГБУЗ Волгоградский МЦ 2

Гипергомоцистенемия является одной из причин развития замершей беременности, особено ее тяжелые формы. Гомозиготное носительство мутантного аллеля MTHFR 677 TT в группах риска по развитию замершей беременности с гипергомоцистеинемией в 6 раз превышает носительство данного мутантного аллеля в популяции.Применение фолатов, а именно метафолина, может являться одним из методов профилактики замершей беременности в ранние сроки.

Gipergomocisteinemiya is one of reasons of development of stopping beating pregnancy, especially its heavy forms. The homozygous transmitter of mutant allelya in the groups of risk on development of stopping beating pregnancy in 6 times exceeds the transmitter of this mutant allelya in populyacii. Application of folates, namely metafolina, can be one of methods of prophylaxis of stopping beating pregnancy in early terms.

Фолаты,также называемые витамином В9 участвуют в большинстве биохимических реакций в организме, необходимых для процесса клеточного деления, и поэтому при дефиците этого микронутриента (свойственном каждой третьей-четвертой российской женщине по данным от 2014 года) нарушается работа многих органов, особенно неблагоприятно в данной ситуации зачатие, так как сопровождается высоким процентом гестационных осложнений.

Цель исследования – выявить роль гипергомоцистемии при замершей беременности и на основе выявленных патогенетических механизмов усовершенствовать профилактические мероприятия.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе – были выявлены основные предполагаемые факторы риска развития замершей беременности на основе ретроспективного анализа 90 историй болезней гинекологических больных с замершей беременностью. Далее с целью выявления достоверных факторов риска и разработки клинико-анамнестических алгоритмов прогнозирования неразвивающейся беременности, кроме общеклинического обследования проводилось исследование на гомоцестеин, а затем у женщин с гипергомоцистеинемией проводилось исследование на носительство генотипа MTHFR 677 TT (мутация представляющая собой точечную замену нуклеотида цитозина на тимидин в позиции 677-го гена, кодирующего фермент метилентетрагидрофолактредуктазу). В группах риска возникновения замершей беременности были предложены методы профилактики данной патологии. Одним из них являлось применение фолатов, а именно активного метаболита фоли-

евой кислоты – метафолина (левомефолата кальция) до и после зачатия. На следующем этапе проводилось проспективное исследование для оценки эффективности применения метафолина в профилактике замершей беременности .

Результаты исследования Были выявлены основные предполагаемые факторы риска развития замершей беременности и разделены на несколько групп: социально-биологические, генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические. На основании анкетирования выявлено, что возраст исследуемых был практически одинаков и равнялся 26±2, 8 лет. Повышение гомоцестеина выявлено у каждой четвертой женщины (легкая степень гомоцистеинемии наблюдалось у 64%, средняя степень у 29%, тяжелая –у 7%). В результате проведенного исследования выявлено, что у 60% женщин с гипергомоцистеинемией с замершей беременностью в анамнезе являлись гомозиготными носителями мутантного генотипа MTHFR 677 TT,хотя процент носительства мутантного аллеля в популяции составляет 10–12%. На основании вышеизложенного у данных пациенток предложено применение метафолина (препарат «Фемобион-1») за 16 недель до зачатия и 12 недель после зачатия. В результате применения «Фемибиона-1» в качестве прегравидарной подготовки у 25 женщин,имеющих замершую беременностьв 1 триместре в анамнезе с гипергомоцистеинемией у 19 женщин (76%) с наступившей беременностью осложнений 1 триместра не наблюдалось, у 20% – появились явления угрозы прерывания беременности, что потребовало госпитализации в гинекологический стационар(курс проведенной терапии с положительным эффектом-беременность прогрессирует), и у 1 (4%) женщины была повторная замершая беременность, что потребовало дальнейшего дообследования.

Выводы. Применение фолатов, а именно активного метаболита фолиевой кислоты – метафолина, может являться одним из методов профилактики замершей беременности в ранние сроки , а не только оказывать протективное действие в отношении развития ВПР.

ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ В КЛИНИКЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Коломытцева С.А., Хаммад Н.П.

Волгоград
ВолгГМУ

Резюме: рассматривается распространенность первичных цефалгий у женщин с предменструальным синдромом. Выявлена связь с психоэмоциональными изменениями.

Summary: The prevalence of primary headache in women with premenstrual syndrome is considered. The connection of a psycho-emotional changes with pain is revealed.

Болевые синдромы различной локализации и, в частности, головные боли, служат основной причиной обращения к врачу у женщин с предменструальным синдромом. Широкая распространенность этой патологии, разнообразие клинических проявлений и связанные с этим трудности диагностики, различная выраженность симптомов дают основание считать предменструальный синдром одной из актуальных проблем современной медицины. Первичные цефалгии представляют собой одну из наиболее частых жалоб больных и составляют от 70 до 80% в структуре ПМС. Особенно сложным алгическим феноменом являются хронические головные боли, которые зачастую выступают как дезорганизующий фактор, неизбежно влияющий на личность и систему ее отношений с обществом, что является социальной проблемой.

Нами было обследовано 165 женщин, страдающих ПМС. Возраст пациенток составил от 19 до 31 года. Изучался неврологический статус, выявлялись клинические критерии первичных головных болей. Боль оценивалась по визуально-аналоговой шкале. Исследование психоэмоционального статуса включало тестирование депрессивных (тест Бэка), тревожных (тест Спилбергера) проявлений и степени социальной дезадаптации (опросник качества жизни), а также сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ). Тестирование проводилось дважды, в первую и вторую фазы менструального цикла.

По результатам исследования головные боли встречались в жалобах у 136 пациенток (82,4%), при этом эпизодическая головная боль напряжения выявлена у 46%, хроническая головная боль напряжения у 19,4%, мигрень – у 16,9% женщин.

Было отмечено учащение и усиление первичных цефалгий во вторую фазу менструального цикла. Так, если средние значения по визуально-аналоговой шкале в первую половину составили 5,2±0,3, то во второй половине этот показатель возрос до 7,6±0,7. Приступы мигрени встречались в первую половину менструального цикла лишь у 7 пациенток (4,2%).

Результаты тестирования показали возрастание уровня депрессии с 11,2 баллов в первую фазу цикла до 16,5 баллов во вторую. Также изменялся уровень реактивной тревожности (тест Спилбергера): в первой фазе он составлял 42 балла, во второй – 48 баллов. Уровень личностной тревожности повысился в 1,5 раза. По опроснику качества жизни выявлено ухудшение социальной адаптации во второй половине менструального цикла (показатели 12,4 и 18,6 баллов). Сопоставление усредненных профилей теста СМОЛ показывает их значительное повышение во вторую фазу цикла, причем наибольшие изменения касались «невротической триады». Психическая неуравновешенность возросла с 8,0 до 8,8 баллов, эстетическая впечатлительность – с 5,5 до 7,4 баллов, астения – с 7,4 до 7,9 баллов, шизоидность – с 8,0 до 8,6 баллов. При этом наблюдалась корреляция между психоэмоциональными изменениями и выраженностью и длительностью первичных цефалгий.

Таким образом, первичные цефалгии являются важным симптомом в картине предменструального синдрома. Их наличие отрицательно влияет на психоэмоциональный статус женщин, страдающих ПМС, а течение подвергается значительным изменениям в зависимости от фазы менструального цикла, что снижает качество жизни и ухудшает работоспособность этой группы населения.

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

Волгоград
Волгоградский Государственный медицинский университет

Проведено комплексное иммуноморфологическое исследование экспрессии ER-α, PR и Ki-67 в 64 соскобах эндометрия, полученных при раздельном диагностическом выскабливании у женщин в возрасте от 45 до 55 лет. Обоснован дифференцированный подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом.

Comprehensive immunomorphological study was conducted to examine the expression of ER-α, PR and Ki-67in 64 endometrial scrapes obtained during separate diagnostic curettage in women aged 45 to 55 years. The difference approach to treatment of endometrial hyperplasia with chronic endometritis has been warranted.

Высокая частота встречаемости гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузальном периоде, отсутствие должной эффективности от гормональной терапии, а также вероятность озлокачествления, ставит их в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины.

Целью исследования явилось обоснование дифференцированного подхода к лечению гиперпластических процессов эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом на основании выявленных морфологических и иммуногистохимических особенностей эндометрия.

Нами проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 108 пациенток в возрасте от 45 до 55 лет с гиперплазией эндометрия. Средний возраст обследуемых составил 48,12±2,15 лет. Всем пациенткам была выполнена гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием и последующим гистологическим исследованием соскобов эндометрия и цервикального канала.

Иммуногистохимическому исследованию были подвержены 64 образца ткани эндометрия, полученные от больных с ПГЭ и СГЭ (32 до и 32 после лечения). С этой целью использовали моноклональные антитела (Daco Cytomation, Дания) к рецепторам эстрогенов (ER-α) (1:35), прогестерона (PR) (1:50) и Ki-67 (1:40).

В структуре нарушений менструального цикла доминировала олигоменорея (у 63,9% больных), чередующаяся с менометроррагиями, у 30 (27,8%) пациенток отмечались меноррагии, а у 4,6% – олигоменорея, в то время как у 3,7% женщин клинических проявлений гиперплазии эндометрия не наблюдалось. У всех пациенток в анамнезе имелись повторные диагностические выскабливания стенок полости матки.

В результате гистологического исследования из 108 пациенток у 65 (60,2%) была диагностирована простая гиперплазия эндометрия (ПГЭ), у 26 (24,1%) – сложная гиперплазия эндометрия (СГЭ), при этом, в 46,2 % случаев ПГЭ сочеталась с хроническим эндометритом, сочетание СГЭ и хронического эндометрита выявлено у 30,8% пациенток. Атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) обнаружена в 15,7% случаев.

В подавляющем большинстве исследуемых образцов отмечалось полнокровие сосудов. Кроме того, в 41,8% случаев наблюдалась рассеянная и очаговая инфильтрация стромы лимфоцитами, в том числе с примесью гистиоцитов. У 32,4% пациенток выявлены фиброзные изменения стромы.

Согласно полученным результатам иммуногистохимического анализа, максимальный уровень рецепторов PR выявлен в клетках желез и стромы у больных с ПГЭ, при этом наиболее низкая – у пациенток, имеющих сочетание гиперпластического процесса с хроническим эндометритом. Независимо от формы гиперпластического процесса, более низкая экспрессия ER-α выявлена в стромальных клетках эндометрия по сравнению с железистыми. При этом, аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении экспрессии PR.

Оценка маркера пролиферации Ki-67 свидетельствует о том, что ее уровень как в железах, так и строме был более низким при ГЭ, чем в неизменном эндометрии стадии пролиферации. Независимо от формы ГЭ наиболее высокая экспрессия Ki-67 отмечена в железах эндометрия, чем в строме.

Таким образом, определение экспрессии гормональных рецепторов и биомолекулярных маркеров ГПЭ позволяет не только прогнозировать возможность их рецидивирования, но и диктует необходимость разработки дифференцированного подхода к лечению и профилактике гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ткаченко Л.В., Фёдорова Е.П., Полеско И.В.

Липецк
МУГБ Липецк Мед ГУЗ ГБ № 4

Резюме: оценена эффективность применения рекомбинантного интерферона (ИФН) в комплексной терапии у женщин после самопроизвольного выкидыша. Показано повышение эффективности реабилитации у женщин с применением рекомбинантного ИФН за счет коррекции гуморального и клеточного иммунитета.

Abstract. The efficacy of the recombinant interferon (IFN) in complex therapy in women after spontaneous abortion was evaluated. Displaying improving the efficiency of rehabilitation in women using recombinant IFN by.correcting the humoral and cellular immunity in the postoperative period.

Цель исследования – провести оценку безопасности и лечебной эффективности препарата рекомбинантный ИФН альфа-2β с антиоксидантами(токоферола ацетат и аскобиновая кислота), суппозитории 500 000 МЕ в комплексной реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности по сравнению со стандартной терапией.

Материалы и методы. В исследование были включены 53 пациентки в возрасте от 18 до 35 лет, перенесших выскабливание полости матки по поводу прерывания беременности от 5 до 22 недель с диагнозом: самопроизвольный выкидыш, аборт в ходу, неразвивающаяся беременность, анэмбриония. Из них 28 человек было рандомизировано в основную группу, которые получали препарат рекомбинантный ИФН альфа-2 β с антиоксидантами(токоферола ацетат и аскобиновая кислота), суппозитории 500 000 МЕ по схеме и стандартную терапию, 25 человек- в контрольную группу(получали стандартную терапию).

Результаты исследования. При оценке исследований клеточного иммунитета было отмечено, что содержание субпопуляций лимфоцитов в обеих группах и до начала лечения и после курса терапии находилось в пределах нормальных референсных значений. Отсутствие изменений в показателях оценки клеточного иммунитета, исходно находившихся в пределах нормы, говорит о том, что включение препарата рекомбинантный ИФН альфа-2β с антиоксидантами(токоферола ацетат и аскорбиновая кислота), суппозитории 500 000 МЕ в комплексное лечение при реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности, не вызывает излишней стимуляции и /или угнетения нормального иммунного ответа.

Более того, при оценке динамики параметров клеточного иммунитета можно было отметить, что в основной группе к 14 дню наблюдения снижение

уровня значений основных эффекторов воспаления: CD3+CD19-, CD3+CD8+, и CD3+CD16+/CD56 было достоверно меньше (p<0,05), чем в контрольной группе. При этом в контрольной группе наблюдалась тенденция к приросту уровня значений NK-кл. CD3-CD16+/CD56+. Такая динамика показателей может свидетельствовать о меньшей предрасположенности к хронизации инфекционного процесса у пациенток основной группы.

В результате комплексной терапии пациенток основной группы выявлено более выраженное сочетанное изменение параметров гемодинамики в сосудах матки, в частности за счет снижения диастолической скорости кровотока и тенденции к повышению уголнезависимых(пульсационный индекс и индекс резистентности) индексов кривых скоростей кровотока, что положительно влияет на восстановление перфузии на всех уровнях маточных сосудов.

При оценке динамики основных критериев эффективности проведенной в обеих группах терапии, можно отметить, что на фоне проводимой комплексной терапии наблюдалась более выраженная положительная динамика регресса воспалительного процесса за счет взаимосвязи всех механизмов регуляции иммунной системы участвующих в формировании воспалительной реакции.

Одновременное назначение препарата рекомбинантный ИФН альфа-2β с антиоксидантами (токоферола ацетат и аскорбиновая кислота), суппозитории 500 000 МЕ и антибактериальных средств в комплексной терапии после оперативного лечения самопроизвольного прерывании беременности позволяет быстро добиться эффекта за счет одновременного подавления функциональной активности возбудителя антимикробным средством и повышения иммунологической реактивности организма.

АКУШЕРСКИЙ ПЕССАРИЙ – ШАНС ПОЛУЧИТЬ ДОНОШЕННУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Узденова З.Х., Черная Н.Е., Шаваева В.А., Шогенова Ф.М., Гатагажева З.М., Абрегова А.Р., Берхамова Э.А.

Нальчик

Резюме. Проведена оценка эффективности и безопасности применения акушерских пессариев у 157 беременных женщин с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН). Установлено, что использование акушерских пессариев существенно улучшает качество жизни пациенток при угрозе преждевременных родов и уменьшает неблагоприятные исходы беременности.

Summary. The assessment of efficiency and safety of application obstetric pessary of 157 pregnant women with failure of the cervical canal insufficiency is carried out. It was found that the use of obstetric pessary significantly improves

the quality of life of patients with the threat of premature birth and reduce adverse outcomes of pregnancy.

Согласно данным официальной статистики ежегодный прирост показателя преждевременных родов в ряде развитых стран, в том числе и в России составляет 2,5%. (ИЦН) – распространенное осложнение гестации, которая наблюдается у 15% беременных с угрозой прерывания. Различают функциональную и посттравматическую ИЦН.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения силиконовых акушерских пессариев как альтернативного метода профилактики и лечения ИЦН.

Под нашим наблюдением находились 157 беременных женщин с ИЦН, которым были установлены перфорированные силиконовые акушерские пессарии доктора Арабин в 2014–2015 гг. Показаниями к установке акушерского пессария явились:

– ИЦН (укорочение шейки матки до 25 мм и менее при сроке гестации с 16 до 34 недель беременности);

– профилактика несостоятельности шва при хирургической коррекции ИЦН;

– угроза невынашивания беременности в сочетании с прогрессирующими изменениями шейки матки;

– профилактики преждевременных родов (многоплодие, беременность после высокотехнологических видов ВРТ, привычное невынашивание, преждевременные роды в анамнезе);

– рубцовая деформация шейки матки.

У 42% беременных акушерские пессарии были использованы в связи с функциональной, у 58% – анатомической ИЦН. Всем беременным амбулаторно проводилась гормональная поддержка гестагенами без токолитиков и спазмолитиков.

Противопоказаниями к введению акушерских пессариев были: тяжелая экстрагенитальная патология, рецидивирующие кровянистые выделения из половых путей, пролабирование плодного пузыря. При наличии воспалительных процессов во влагалище акушерские пессарии после предварительной санации и бактериологического контроля.

Акушерские пессарии в плановом порядке извлекались в 37 недель +1 день. У одной пациентки через 3 недели после введения пессария произошел самопроизвольный выкидыш при сроке 19 недель гестации на фоне ОРВИ и острого многоводия. Клинических ситуаций, при которых показано досрочное удаление пессария: необходимость экстренного родоразрешения; несвоевременное излитие околоплодных вод; развитие родовой деятельности; явления хориоамнионита, в наших наблюдениях не было.

Преимуществом использования пессариев в акушерстве явилось:

– применение метода в амбулаторных условиях;

– отсутствие необходимости в госпитализации;

– безболезненность и простота введения пессариев;

– снижение риска инфицирования и травматизма в родах;

– экономическая целесообразность.

Таким образом, использование акушерских пессариев существенно улучшает качество жизни пациенток при угрозе преждевременных родов и уменьшает неблагопртиятные исходы беременности.

ПРОЛАПС – ЛЕЧИТЬ ИЛИ ПРОФИЛАКТИРОВАТЬ

Узденова З.Х., Черная Н.Е., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., Гатагажева З.М., Абрегова А.Р., Берхамова Э.А.

Нальчик

Резюме: Проведена оценка эффективности и безопасности применения силиконовых урогинекологических пессариев доктора Арабин как альтернативного метода профилактики и лечения пролапса тазовых органов. Установлено, что использование урогинекологических пессариев существенно улучшает качество жизни пациенток при пролапсе тазовых органов.

Summary. The assessment of efficiency and safety of application of silicone pessaries urogynaecological doctor Arabin as an alternative method in the prevention and treatment of pelvic organ prolapse. It was found that the use of pessaries urogynaecological significantly improves the quality of life of patients with the pelvic organ prolapse.

Проблема пролапса тазовых органов в последние годы имеет актуальное значение. Проведенные исследования показали, что распространенность пролапса составляет от 7 до 28%. Рост данной патологии связан с увеличением продолжительности жизни, высокой частотой рецидивов после оперативного лечения (20–40 %), с затруднениями полного опорожнения мочевого пузыря, кишечника. Пролапс тазовых органов негативно сказывается на качестве жизни женщины (боли внизу живота, диспареуния, расстройства мочеиспускания и недержание кала).

В отечественной литературе отмечается, что хирургическое лечение опущения и выпадения тазовых органов в настоящее время является основным методом лечения при пролапсе. Консервативные методы лечения опущения и выпадения внутренних органов у женщин позиционируются только как вынужденная мера при невозможности хирургической коррекции и сводятся в основном к использованию урогинекологических пессариев.

В последние годы в зарубежной литературе акцентировано внимание специалистов на использование неинвазивного и доступного метода как использование урогинекологического пессария.

По результатам исследований среди голландских врачей общей практики большинства (79%) женщин, использующих пессарий при влагалищном пролапсе, выбрали продолжение этой терапии

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения силиконовых урогинекологических пессариев доктора Арабин как альтернативного метода в профилактике и лечении пролапса тазовых органов.

Под нашим наблюдением находились 83 женщины с пролапсом тазовых органов, которым были установлены перфорированные силиконовые урогинекологические пессарии доктора Арабин в 2014–2015 гг. Индивидуальный подбор формы пессария производился в зависимости от вида и степени пролапса.

Показаниями к установке пессария явились:

– опущение тазовых органов;
– у возрастных пациенток, имеющих экстрагенитальную патологию;
– при стрессовом недержании мочи;
– при отказе пациентки от хирургической коррекции;
– после гинекологических операций (удалению матки и придатков),
– при планировании беременности во время нее.

При использовании пессариев происходили положительное объективное изменения: уменьшение размера половой щели через 3 месяца с 4,4 до 3,6 см, снижение степени опущения у 24% женщин после 1 года использования.

Таким образом, использование урогинекологических пессариев существенно улучшает качество жизни пациенток при пролапса тазовых органов.

Преимуществом использования пессариев в урогинекологии явилось: применение метода в амбулаторных условиях, отсутствие необходимости в госпитализации, безболезненность и простота введения пессариев, отсутствие анестезиологического пособия, экономическая целесообразность.

ОСОБЕННОСТИ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫМИ

Фомина М.М., Богатова И.К., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

Иваново
ФГБУ «Ивановский НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава РФ

Резюме. Представлены данные об особенностях овариального резерва девочек-подростков, рожденных недоношенными. Выявлено, что подростки, рожденные преждевременно, чаще имели повышенное содержание антимюллерова гормона (АМГ) в сыворотке крови, что характерно для высокого овариального резерва, наблюдаемого при синдроме поликистоза яичников (СПКЯ).

Summary. Some features of an ovarian reserve of prematurely-born girls at puberty are presented. It was found that prematurely-born adolescents more often had anincreased content of Anti-Müllerian hormone (AMH) in the blood

serum, which is typical for the high ovarian reserve observed with a polycystic ovary syndrome (PCOS).

Недоношенность неблагоприятно влияет на половое развитие и репродуктивную функцию (Уварова Е.В., 2006; Матковская Л.И., 2006).

Целью настоящей работы явилось выявление особенностей овариального резерва девочек-подростков, рожденных недоношенными. Всего обследованы 180 девочек в возрасте 16 лет. Основную группу составили 120 подростков, рожденных преждевременно в 27–36 недель гестационного периода. Контрольная группа представлена 60 пациентками, родившимися в срок с нормальной массой тела при рождении. С целью оценки овариального резерва исследовали уровень АМГ в сыворотке крови как «золотой стандарт» лабораторной диагностики состояния фолликулярного аппарата яичников. Измерение проводили в периферической крови с помощью реактивов и расходных материалов «BeckmanCoulter» иммуноферментным методом на автоматическом ридере «EL 808». Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», «MicrosoftOffice 2007».

Выявлено, что в группе девочек, рожденных преждевременно, уровень АМГ был достоверно выше, чем в группе подростков, родившихся в срок: 2,4 (1,54–3,71) нг/мл и 1,88 (1,47–2,35) нг/мл соответственно ($p<0,01$). АМГ более 2,5 нг/мл наблюдался значительно чаще в основной группе – у 58 (48,3%) пациенток, чем в контрольной – у 13 (21,7%) обследованных ($p<0,001$).

В литературе существуют разные мнения по поводу концентрации антимюллерова гормона в сыворотке девочек, рожденных недоношенными. Согласно данным ряда авторов, у девочек с низким весом при рождении наблюдается увеличенный сывороточный уровень АМГ по сравнению с девочками, рожденными с нормальной массой тела (Sir-Petermann T., Márquez L., Cárcamo M., Hitschfeld C., Codner E., Maliqueo M., Echiburú B., Aranda P., Crisosto N., Cassorla F., 2010). Существуют исследования, показывающие, что уровень АМГ не зависит от срока гестации при рождении (Kerkhof G.F., Leunissen R.W., Willemsen R.H., de Jong F.H., Visser J.A., Laven J.S., Hokken-Koelega A.C., 2010). Уровень сывороточного АМГ является точным маркером овариального резерва яичников и может применяться вместо подсчета количества антральных фолликулов по УЗИ в качестве диагностического критерия СПКЯ (Pigny P., Jonard S., Robert Y., Dewailly D., 2006). Однако существует мнение, что АМГ применим в качестве маркера овариального резерва яичников только у женщин в возрасте 25 лет и старше (Lie Fong S., Visser JA., Welt C.K., deRijke Y.B., Eijkemans M.J., Broekmans F.J., Roes E.M., Peters W.H., Hokken-Koelega A.C., Fauser B.C., Themmen A.P., deJong F.H., Schipper I., Laven J.S., 2012).

Таким образом, можно предположить, что у девочек, рожденных недоношенными, чаще наблюдался высокий овариальный резерв, характерный для СПКЯ.

ДИФФЕРЕНЦИРОВКА И ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Фролова М.В., Кудряшова А.В., Сотникова Н.Ю.

Иваново
ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В. Н. Городкова» Минздрава России

Задержка роста плода (ЗРП) характеризуется изменениями антителозависимых реакций иммунной системы. Целью работы было изучить особенности дифференцировки и функциональной активности В-клеток при ЗРП. Было выявлено, что у пациенток с ЗРП усиливалась активация В-клеток и их дифференцировка до плазматических клеток, угнетался апоптоз В-лимфоцитов и функция Breg.

Fetal growth retardation (FGR) is characterized by changes of the antibodies-depended reactions of immune system. The aim of the work was to investigate the differentiation and functional activity of B-cells during FGR. It was found the increase of activation of B-cells and its differentiation for stages of plasma cells, suppression of B-cells apoptosis and Bregs function.

Раннее было показано, что задержка роста плода (ЗРП) сопровождается изменениями в реакциях гуморального звена иммунитета.

Цель исследования – изучить особенности дифференцировки и функциональной активности периферических В-лимфоцитов у беременных женщин с ЗРП. Обследовали 73 женщин в 32–36 недель гестации, из них 25 с неосложненным течением беременности и 48 женщин с диагнозом ЗРП. Женщины с ЗРП были разделены на группы: общая группа, родившие детей с ЗРП (ЗРП→ЗРП) – 32 человека (11 с легкой, 21 с умеренной и тяжелой степенью), 16 женщин родили детей без ЗРП (ЗРП→нормотрофия). Методом проточной цитофлюориметрии в периферической венозной крови определяли: в общей фракции лимфоцитов содержание CD19+ и CD20+ В-клеток; в популяции CD20+ В-лимфоцитов исследовали уровень B1 (CD5+), B2 (CD5-) клеток, CD27-CD10+ (незрелые), CD27-CD10- (наивные зрелые), CD27+CD10+ (герменативные) клеток; в популяции CD19+ клеток относительное содержание IgD+ (зрелые), CD27-IgD+ (транзиторные), CD20-CD38+ (плазматические) клеток. Для оценки функциональной активности в популяции CD19+ клеток исследовали содержание активированных CD20+CD38+CD95+ клеток, BAFFR+ (CD268+) клеток; в популяции CD20+ лимфоцитов определяли уровень IL-4+, IL-6+, IL-10+ (Breg) клеток, а также IgM+ и IgG+, CD95+ и CD95L+ B1 и B2 лимфоцитов, и уровень AnnexinV+ В-клеток. Методом иммуноферментного анализа оценивали сывороточное содержание иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG, IL-10, BAFF.

В общей группе ЗРП→ЗРП, в подгруппах с умеренной и тяжелой ЗРП при рождении отмечался сниженный уровень В2 клеток, транзиторных и наивных зрелых В-клеток по сравнению с показателями в контрольной группе. Снижение уровня транзиторных клеток отмечалось и в подгруппе с ЗРП легкой степени. Содержание герменативных и плазматических было достоверно выше в группе ЗРП→ЗРП по сравнению с контролем, за счет их существенного повышения в группе умеренной и тяжелой ЗРП при рождении.

Функциональная активность В-лимфоцитов при ЗРП по сравнению с показателями при неосложненной беременности характеризовалась: сниженным уровнем Breg во всех группах, имевших при рождении ЗРП; повышенным содержанием IL-4+ и IL-6+ клеток, IgM+ и IgG+, В2 IgM+ и IgG+ клеток; ростом сывороточного уровня IL-10 в общей группе ЗРП→ЗРП и в группе умеренной и тяжелой ЗРП.

Нами было определено, что уровень CD95+, CD5-CD95+ В-клеток был существенно снижен во всех группах, имевших ЗРП при рождении. Уровень CD95L+, CD5-CD95L+ лимфоцитов был достоверно выше в общей группе ЗРП→ЗРП, за счет существенного повышения исследуемых параметров группы умеренной и тяжелой ЗРП при рождении. В общей группе ЗРП→ЗРП достоверно снижался уровень В2 и В1 лимфоцитов, вступивших в апоптоз.

Относительное содержание и MFI BAFFR+ В-клеток, сывороточный уровень BAFF были повышены как в общей группе женщин, родивших детей с ЗРП, так и в группе умеренной и тяжелой ЗРП при рождении. В группе легкого ЗРП при рождении отмечалось только повышение содержания BAFFR+ клеток.

Группа ЗРП→нормотрофия характеризовалась только снижением содержания Breg и сывороточных IgA, IgM, IgG по сравнению с показателями в контрольной группе. Это свидетельствует о том, что при отсутствии глубоких иммунных нарушений антителозависимых реакций значительно повышается возможность рождения детей с нормальным массо-ростовым коэффициентом.

Таким образом, при ЗРП отмечается активация В-клеток, в том числе и в результате ауторегуляции провоспалительными цитокинами, усиливается их дифференцировка в сторону эффекторных клеток преимущественно в субпопуляции В2 лимфоцитов, но угнетаются апоптоз В-лимфоцитов и функция Breg.

ОБЪЕМ ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОТЧЕТНОЙ ФОРМЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ №32 ЗА 2015 Г

Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н.

Москва

Представлены изменения, которые коснулись заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, т.е. тем видам патологии, которые диагностируют и лечат в учреждениях на амбулаторном уровне в годовой отчетной форма федерального статического наблюдения №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

We present the changes that have touched diseases and pathological conditions prior to or arising during pregnancy, the types of diseases that are diagnosed and treated in outpatient institutions in the annual report in of the federal form of static observation №32 «Data on care for pregnant women, women in childbirth and after childbirth.»

Приказом Росстата от 27 ноября 2015 г. № 591 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения» была утверждена годовая отчетная форма федерального статического наблюдения №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» с указаниями по их заполнению, сбору и обработке данных. Эта форма вводится в действие с отчета за 2015 г., поскольку в содержание внесены изменения.

Задача – представить изменения, которые коснулись заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности, т.е. тем видам патологии, которые диагностируют и лечат в учреждениях на амбулаторном уровне.

В таблице 2130 «Заболевания и патологические состояния, предшествующие или возникшие во время беременности» сократилось количество строк с 16 до 15. Строка 01 «Число женщин» исключена и представлена отдельным пунктом (2150) – Число женщин, у которых зарегистрированы заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности.

В строке 1 учитываются все заболевания (коды по МКБ-10 пересмотра 000–099). В строке 2 учитывается существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период (коды по МКБ-10 пересмотра 010,0–010,4, 010,9). В предыдущем варианте формы учи-

тывались отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (О10 часть – О16 часть). Из представленных видов патологии учитывались преэклампсия и эклампсия (О11, О13, О14, О15). В новом варианте в строке 3 учитывается преэклампсия средней тяжести; в строке 4 – преэклампсия тяжелая, в строке 5 – эклампсия во время беременности.

Таким образом, число заболеваний преэклампсией и эклампсией будет учитываться раздельно с учетом тяжести преэклампсии.

Следующие изменения коснулись угрозы прерывания беременности с учетом ее сроков. В прежней форме угроза прерывания беременности учитывалась по ее срокам (до 22 недель, 22–27 недель, 28–37 недель). В новом варианте формы учитываются: угроза прерывания беременности (О20.0) и угроза преждевременных родов (О47.0).

Изменения коснулись также строк 10 – «патологические состояния плода» и 11 – «из них плацентарная недостаточность». В новом варианте оставлена только строка 10 «патологические состояния плода».

«Болезни щитовидной железы» (строка 14) заменены на «болезни эндокринной системы».

Таким образом, достоверная статистическая информация позволит оценить репродуктивное здоровье женского населения и явится основой для разработки эффективных мер лечения и профилактики зарегистрированных у беременных, поступивших под наблюдение врачей учреждений амбулаторного звена.

НОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ И ПРОГРЕССИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Хлебкова Ю.С., Вишнякова П.А., Погосян Ш.М., Высоких М.Ю., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н.

Москва

Повысить эффективность диагностики и разработать тактику ведения пациенток с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями (ЦИН) на основании изучения метаболического репрограммирования клеток. Изучить маркеры прогнозирования: VDAC1, HK2, GLUT-1.

To enhance the efficiency of diagnosis and management tactics in patients with cervical intraepithelial neoplasia (CIN), by studying metabolic reprogramming of normal and abnormal cells. And study potential prediction markers: VDAC1, HK2, GLUT-1.

В настоящее время рак шейки матки (РШМ) является одной из самых актуальных проблем онкогинекологии и занимает третье место среди всех злокачественных новообразований у женщин в мире.

Развитию РШМ предшествуют цервикальные интраэпителтальные неоплазии (ЦИН).

В связи с этим актуальной проблемой является поиск маркеров для раннего выявления и прогнозирования прогрессии ЦИН и РШМ, которые позволили бы усовершенствовать подходы к прогнозу течения заболевания и эффективности терапии. Изучение особенностей метаболических реакций в клетках имеет значение для понимания механизмов возникновения и развития ЦИН и РШМ. Отличительным свойством раковых клеток является состояние их метаболического репрограммирования.

Цель исследования: повысить эффективность диагностики и разработать тактику ведения пациенток с ЦИН на основании изучения маркеров прогнозирования, таких как белок наружной митохондриальной мембраны потенциал-зависимый анионный канал 1 (VDAC1), белок гексокиназа 2 (Н К2) и белок – переносчик глюкозы-1 (GLUT-1).

Материалы и методы. В исследование были включены 85 женщины в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст – 30,5 лет), обратившихся в научно-поликлиническое отделение ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Всем пациенткам перед включением в исследование проводилось клинико-лабораторное обследование. По результатам цитологического исследования все пациентки (100%) были разделены на 4 группы: контрольная группа – 18 (21%), пациентки с ASCUS – 27 (31,7%); с LSIL – 27 (31,7%); с HSIL – 13 пациенток (15,3%). Всем пациенткам проводилось определение уровня экспрессии белков VDAC1, НК2 и GLUT-1 в соскобе эпителия шейки матки методом вестерн-блот анализа с детекцией хемилюминисценции по протоколу (табл.1).

Таблица№1

Группы	Уровень экспрессии белков			
	n	VDAC1	НК2	GLUT-1
Контроль	18	48.1	20.3	385,2
ASCUS	27	36.5	24.4	570
LSIL	27	67.5	33.4	738
HSIL	13	85.7	44.9	1154,2

Результаты. Анализ данных показал, что уровень относительной экспрессии белка VDAC1 в группе пациенток с HSIL – 85,7 достоверно выше по

сравнению с контролем – 48,1. В случае белка HK2 относительный уровень экспрессии в группе с HSIL составил – 44,9, что так же достоверно выше по сравнению с группой контроля – 20,3. Результаты вестер-блоттинга относительно белка GLUT1 показали, что средний уровень экспрессии в группе контроля равен – 385,2, а в группе с HSIL – 1154,2.

Вывод. Исходя из полученных результатов, можно сделать заключение о наличии взаимосвязи между уровнями экспрессии белка наружной митохондриальной мембраны VDAC1, фермента гексокиназы 2, белка переносчика глюкозы GLUT-1 и степенью тяжести цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Исследуемые белки могут являться потенциальными маркерами ранней диагностики и прогнозирования прогрессии ЦИН и РШМ, что требует проведение дальнейшего исследования.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК СО СРАЩЕНИЯМИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Ходжаева А.С.

Ташкент
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Резюме. Высокая частота рецидивов синехий малых половых губ обусловливают поиска современных и оптимальных методов лечения. Применение крема Фемистрон у девочек с данной патологией и наблюдение в течение 6 мес не выявило ни одного случая рецидива.

Abstract. High frequency of relapses after the labia minora adhesions treatment are responsible for search of modern and optimal healing methods. Application of Femistron cream in girls with this pathology and follow up for 6 months did not reveal a single case of relapse after such kind of cure.

Частота сращений малых половых губ составляет 13–25%. Лечебные подходы остаются стандартными на протяжении многих лет, хотя частота рецидивов достигает 40%. Вместе с тем патогенез данного требует уточнения. Имеются скудные сведения об использовании эстроген-содержащего крема при лечении синехий без указания суточной/курсовой дозы препаратов, побочных эффектов. Нами применен крем Фемистрон в составе комплексной терапии сращений малых половых губ. Обследовано 40 девочек в возрасте от 1,5 до 8 лет (средний возраст – 5,6±2,3 лет). I группа – впервые выявленный вульвовагинит в сочетании с синехиями малых половых губ (N=20). Вторая группа – рецивирующие синехии в сочетании с вульвовагинитом (N=20). Применялись: антропометрия, общеклинические (общий анализ крови и мочи), лабораторные (микроскопия мазка, бактериологическое исследование выделений из влагалища), инструментальные (вагиноскопия),

УЗИ органов малого таза. Результаты антропометрического исследования верифицировали нормальную возрастную физиологию соматического развития пациенток. Клинические анализы крови у большинства пациенток были в пределах возрастной нормы, в моче отмечались повышенное количество лейкоцитов, солей (35%). В бактериологическом анализе выделений из влагалища отмечалась смешанная грибково-кокковая флора (73%). В остальных случаях – УП-флора. УЗИ органов малого таза не выявило возрастных отклонений. В 17%случаев имелись жалобы на жжение, дискомфорт и затруднение при мочеиспускании. Отмечались покраснение, отечность вульвы, выделения (45%), наличие нежных синехий (34%), грубое сращение малых половых губ (53%), нарушение мочеиспускания (23%). Нами был использован крем Фемистрон, содержащий смесь коньюгированных эстрогенов животного происхождения в виде натриевых водорастворимых солей, который наносится местно по 0,5 г в день. Поскольку синехии практически всегда сочетаются с клиникой вульвовагинита, необходимо ориентироваться на такие его проявления, как гиперемия, зуд, жжение. В результате лечения клинические проявления вульвовагинита исчезали на 3–5 день, синехии истончались на 5–7 день, становилось возможным их механическое почти безболезненное разъединение. Комплекс лечения включал противовоспалительные, антигельминтные (по показаниям), общеукрепляющие препараты. Сроки лечения колебались от 7 до 10 дней. Нагрубания молочных желез, кровянистых выделений, раздражения кожи промежности не было отмечено. Наблюдение в течение 6 месяцев не выявило рецидива. Консервативное разъединение сращение малых половых губ у девочек с помощью крема Фемистрон было успешным у всех обследованных девочек, что позволяет его считать альтернативой хирургическому методу лечения и предупреждает рецидивы. Фемистрон крем является высокоэффективным лекарственным средством в лечении вульвовагинитов в сочетании с синехиями малых половых губ у девочек.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕСТОЗА

Цигулева О.А., Арутюнян Н.С.

Барнаул
Алтайский государственный медицинский университет

Резюме. Обследованы 52 беременные женщины с риском развития гестоза, из-за экстрагенитальной патологии: ожирение, гипертонической болезни, гипергомоцистеинемии, антифосфолипидного синдрома, хронического пиелонефрита. Своевременная терапия позволила избежать тяжелых форм гестоза, сохранить здоровье и жизнь матери и плода.

Summary. A total of 52 pregnant women at risk for preeclampsia, because of extragenital pathologies: obesity, hypertension, hyperhomocysteinemia, antiphospholipid syndrome, chronic pyelonephritis. Timely treatment possible to avoid severe preeclampsia, to preserve the health and life of the mother and fetus.

На современном уровне гестоз рассматривается как системная эндотелиальная болезнь (эндотелиоз), вызванная активацией тромбоцитов, эритроцитов, интерлейкинов. Генерализованный вазоспазм носит вторичный характер. К факторам риска развития гестоза относятся: ожирение, артериальная гипертония, гипергомоцистеинемия, антифосфолипидный синдром, хронический нефрит, то есть, совершенно различная экстрагенитальная патология.

Целью нашей работы являлось определение стандартов предупреждения гестоза при экстрагенитальных заболеваниях и оценка полученного эффекта терапии.

Обследованы 52 беременные женщины в возрасте от 18 до 39 лет, на I, II, III триместрах гестации. Группу сравнения составили 20 сопоставимых по срокам гестации и возрасту беременных, не имеющие экстрагенитальной патологии. Проводились общеклинические, биохимические, иммунологические, гемостазиологические анализы, исследовался уровень гормонов беременности. Всем пациенткам сделаны ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ матки и придатков, исследование влагалищного мазка. При ожирении назначался вобензим по 3 драже 3 раза в сутки, курсами по 2 месяца, с 2 недельными перерывами. При этом отмечено улучшение реологических свойств крови, повышение фибринолитической активности. Строгое соблюдение диеты и контроль веса позволили избежать развития тяжелых форм гестоза. Лишь у 5 пациенток вследствие гестоза проведено кесарево сечение. При артериальной гипертонии назначался амлодипин по 10 мг/сутки. Со II триместра назначался нормодипин по 10 мг/сутки. Благодаря контролю за уровнем АД, холстеровскому мониторированию, ЭКГ в динамике, все беременные с гипертонией родоразрешены при доношенной беременности. С целью лечения гипергомоцистеинемии осуществлялся регулярный контроль гемостаза, во избежание увеличения количества тромбоцитов, накопления Д-димеров, роста фибрин-мономеров. С I триместра назначался магне-В6, способный влиять на сосудистую стенку, восстанавливать соотношение между гипертромбогенностью и тромборезистентностью. При достижении срока 12 недель гестации вместо магне-В6 назначался аспирин по 125 мг/сутки или трентал по 300мг/сут, в зависимости от степени риска развития гестоза.

При наличии антифосфолипидного синдрома, предполагающего высокий титр антифосфолипидных антител, тромбозы в анамнезе или выдыши на ранних сроках гестации, с I триместра назначался растительный препарат гинкго билоба по 1 таблетке 3 раза в день, месячными курсами, с 2-х месячным перерывом. С III триместра использовался низкомолекулярный гепарин (фраксепарин) по 5 тыс ЕД 3 раза в сутки. За 3–4 недели до родов фраксипарин отменялся. Кровотечения в родах у пациенток этой группы не зафиксировано. Однако, у 3 беременных произошли самопроизвольные выкидыши. При хроническом пиелонефрите к лечению подключался канефрон Н по 2 драже

3 раза в сутки. Курсы лечения составляли 4 недели, с перерывами 14 дней, всего 3 курса. Такая терапия позволила избежать отечного синдрома, предупредить досрочные роды.

При угрозе развития гестоза необходимо комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, причем лучше это сделать на этапе прегравидарной подготовки. Своевременное начало лечебных мероприятий и поэтапная терапия позволяют избежать средней и тяжелой форм гестоза, сохранить здоровье и жизни матери и плода.

ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Шелестова Л.П., Аллахвердиев Р.С.

Донецк
ДонНМУ им. Горького

У женщин репродуктивного возраста с дефицитом массы тела наблюдается снижение общего кальция и кальцийрегулирующих гормонов, частота остеопенического синдрома составляет 32,3 % (95% ДИ 22,2–44,4 %), в том числе, остеопороз – 4,6 % (95% ДИ 1,6–12,7 %). Выявленные изменения в кальцийрегулирующей системе указывают на необходимость разработки лечебно-профилактических мероприятий, направленных на их коррекцию.

In women of reproductive age with deficiency of body weight decrease total calcium and hormones which regulate calcium, osteopenic syndrome amounts to 32.3% (95% CI 22,2–44,4%), including osteoporosis – 4.6% (95 % CI 1,6–12,7%). Detect changes in the calcium regulating system point to the need to develop therapeutic and preventive measures aimed at their correction.

Масса тела является одним из важных показателей соматического и репродуктивного здоровья женщины. Дефицит массы тела характеризуется метаболическими нарушениями и ведет к различным расстройствам гомеостаза.

Целью исследования была оценка состояния костно-минерального обмена у женщин репродуктивного возраста с дефицитом массы тела.

У 65 женщин с дефицитом массы тела (ДМТ) и 35 здоровых женщин с нормальной массой тела (НМТ), обратившихся в женскую консультацию для планирования беременности, в сыворотке крови определены общий кальций (Ca++) колориметрическим методом, неорганический фосфор (P) – спектрофотометрическим, паратгормон (ПТГ), остеокальцин (ОК) и витамин D общий (25(OH)D) – иммунохимическим методом с электрохемилюминесцентной детекцией. Структурно-функциональное состояние костной ткани у этих жен-

щин изучали с помощью ультразвуковой денситометрии. Количественные показатели представлены медианой (Me) и 25 и 75 процентилями (25; 75 %), сравнение показателей между группами осуществляли с помощью непараметрического критерия U Манна-Уитни (U test Mann-Whitney). Для частоты определяли 95% й доверительный интервал (95% ДИ) по методу Уилсона (Wilson).

У женщин с ДМТ зарегистрировано статистически значимое снижение содержания Са++ (Me (25; 75%) 2,26 (2,21; 2,36) против 2,36 (2,32; 2,42) ммоль/л при НМТ; U=397, Z = –5,4, p<0,001). К тому же, ниже референтных значений концентрация Са++ была у 10 женщин с ДМТ (15,4 %; 95% ДИ 8,6–26,1%). Хотя статистически значимой разницы между группами по показателям Р не выявлено (Me (25; 75%) 1,19 (1,12; 1,24) ммоль/л в группе ДМТ и 1,22 (1,16; 1,29) ммоль/л — в группе НМТ, соответственно; U = 932, Z = –1,5, p = 0,137), отмеченная тенденция к его снижению при ДМТ, по нашему мнению, указывает на возможность дефицита этого показателя в дальнейшем. При ДМТ диапазоны колебаний показателей кальцийрегулирующих гормонов были расширенными и смещены в сторону нижней границы нормы, в связи с чем были ниже, чем при НМТ, в частности, Me (25; 75 %) ПТГ составили 26,0 (17,2; 32,6) пг/мл против 37,2 (33,0; 40,2) пг/мл при НМТ (U = 335, Z = –5,8, p < 0,001); ОК — 16,4 (11,6; 18,7) против 23,4 (21,2; 25,2) нг/мл (U = 177, Z = –6,9, p < 0,001), витамина D — 28,0 (25,0; 30,0) против 32,3 (30,3; 35,0) нг/мл; U = 357, Z = –5,6, p < 0,001), соответственно. Ниже референтных значений концентрация ПТГ была у 12 (18,5 %; 95% ДИ 10,9–29,6 %) женщин с ДМТ, ОК — у 14 (21,5 %; 95% ДИ 13,3–33,0 %).

При ультразвуковом остеоденситометрическом исследовании минеральной плотности костной ткани у 21 женщины с ДМТ из 65 (32,3%; 95% ДИ 22,2–44,4%) был выявлен остеопенический синдром, в том числе, остеопения 1 й степени (Т критерий от –1 до –1,5 SD) зарегистрирована у 9 женщин (13,8 %; 95% ДИ 7,5–24,3%); 2-й степени (от –1,5 до –2 SD) — у 5 (7,7%; 95% ДИ 3,3–16,8%); 3 й степени (от –2 до –2,5) — у 4 (6,2 %; 95% ДИ 2,4–14,8 %), а остеопороз (ниже –2,5 SD) — у 3 (4,6 %; 95% ДИ 1,6–12,7%).

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста с ДМТ имеют место нарушения кальций-фосфорного и костного метаболизма, свидетельствующие о напряжении костно-минерального обмена, что указывает на необходимость разработки лечебно-профилактических мероприятий, направленных на их коррекцию, которая будет способствовать улучшению качества здоровья женщин.

Литература

1. Жукова Н. П. Ретроспективный анализ менструальной и репродуктивной функций и методов их коррекции у больных с нарушением питания / Н. П. Жукова, О. Н. Шматкова // Охрана материнства и детства. – 2010.–№ 1 (15). – С. 4–8.

2. Клиническая оценка репродуктивной функции женщин с дефицитом массы тела / Е. Н. Грузинова, Л.И. Герасимова, Т. Г. Денисова, Э. Н. Васильева // Практическая медицина. –2012.–№ 1.– С. 23–25.

3. Этиология и патогенез нарушений репродуктивной системы у женщин с дефицитом массы тела (обзор литературы) / Т. Г. Денисова, Э. Н. Васильева, Э. А. Мноян [и др.] [Электронный ресурс] // Здравоохранение Чувашии. — 2014. — № 1. — Режим доступа к журн. : http://journal.giduv.com/numbers/2014/1/ etiology i pathogenesis

ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ-НОВЫЙ МЕТОД АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Левков Л.А., Кулакова Е.В., Владимирова И.В, Беляева Н.А., Павлович С.В., Куземин А.А., Бурдули А.Г.

Москва

Тонкий эндометрий является частой причиной существенного снижения возможности наступления беременности. Считается, что толщина эндометрия по данным УЗИ менее 7 мм (период существования окна имплантации) дает минимальные шансы на зачатие.

Целью исследования являлась оценка эффективности применения газовой смеси (CO2+N2) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО.

The thin endometrium often turns out to be the cause of the considerable decrement of the pregnancy after the IVF procedure. It is considered that the endometrium thickness which is less than 7 mm (in the implantation window) provides the minimal chance for the efficient conception . Up to the present time in the modern scientific literature we did not found any facts about the treatment of the patients with the thin endometrium by means of the gas mixture (CO2+N) processing of the endometrium, which provides the considerable blood circulation enhancement and, as a result, the rising of the thickness of the basal and functional layers.

Тонкий эндометрий является частой причиной существенного снижения возможности наступления беременности. Считается, что толщина эндометрия по данным УЗИ менее 7 мм (период существования окна имплантации) дает минимальные шансы на зачатие. Целью исследования являлась оценка эффективности применения газовой смеси (CO2+N2) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО.

CO2 обладает активным сосудорасширяющим действием, способствует расширению мелких артерий и увеличению кровотока. Локальное воздействие CO2 на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, повышением скорости экстракции кислорода тка-

нями, усилением их метаболизма, восстановлением рецепторной чувствительности, усилением репаративных процессов и активацией фибробластов.. Азот в организме является одним из основных биогенных элементов, входящих в состав важнейших веществ живых клеток, белков и нуклеиновых кислот, входит в состав белков (16% – 18% по массе), аминокислот, гемоглобина и др.

По проводимой методике в полость матки через катетер под определенным давлением вводилась дозированная воздушная смесь (CO2+N2), которая, заполняя полость матки, воздействовала на эндометрий. Благодаря этому происходило усиление кровоснабжения в слизистой полости матки и увеличение толщины эндометрия.

В исследование были включены 160 пациенток репродуктивного возраста (25–40 лет) с диагносцированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами. Всем пациенткам выполнено клинико-лабораторное исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование.Орошение эндометрия газовой смесью проводилось на 7,9 и 11 дни менструального цикла а УЗИ проводилось на 7, 11, 13, 15 дни перед каждой процедурой орошения. До начала проведения газового орошения эндометрия, толщина последнего варьировалась от 3,1мм до 5,9 мм., а после третьего орошения толщина эндометрия соответствовала 8,3–12,8 мм. Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами, прослеживается четкая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси (CO2+N2).

The thin endometrium often turns out to be the cause of the considerable decrement of the pregnancy after the IVF procedure. It is considered that the endometrium thickness which is less than 7 mm (in the implantation window) provides the minimal chance for the efficient conception . Up to the present time in the modern scientific literature we did not found any facts about the treatment of the patients with the thin endometrium by means of the gas mixture (CO2+N) processing of the endometrium, which provides the considerable blood circulation enhancement and, as a result, the rising of the thickness of the basal and functional layers.

CO2 appears to be the great vasorelaxant. It is proved that the local impact of the carbon dioxide on the circumscribed portion of the tissues is accompanied by the blood flow enhancement.

The research method: the endometrium thickness (ultrasonography) was measured repeatedly before the patients inclusion into the research program, and after that for three times: during the procedure cycle and during the next cycle after the procedure. 160 patients of the fertile age with the diagnosed natural sterility or secondary infertility and the thin endometrium not responding to medical treatment took part in the research. During the first ultrasonography before the endometrium gas ablution, its thickness made from 3,1 mm to 5,9 mm. and after the third ablution the endometrium thickness made 8,3–12,8 mm. Providing that the women who had completed the multiple unsuccessful endometrium rising hormonotherapy stimulation procedures before took part in the research, there is

the evident trend of the endometrium thickness rising under the influence of the gas mixture (CO2+N2).

РОССИЙСКИЕ МОДЕЛИ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ

Шнейдерман М.Г.

Москва

В структуре причин преждевременных родов наиболее часто встречается истмико-цервикальная недостаточность. Надежной профилактикой преждевременных родов является применение акушерского разгружающего пессария.

Созданные в ФГБУ «НЦ АГи П им. В.И. Кулакова» новые виды акушерского и гинекологического пессарев доктора Шнейдермана предотвращают наступление преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности и привычном выкидыше и помогают при опущении и выпадении органов малого таза. Cervical insufficiency is one of the most common reasons for preterm labor. As a means of efficient preventive care could be used obstetrical pessary.

The study of a variety of pessaries revealed a number of faults in their construction and possible complications resulting from their use. This task can be solved with the help of new models of obstetrical pessaries, engineered by the doctor Schneiderman.

Thus, application of new models of obstetrical pessaries by the doctor Schneiderman considerably increases the chances of maintenance of pregnancy among women with cervical insufficiency and habitual abortion.

Изучение имеющихся многочисленных разновидностей акушерских пессариев выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при использовании: чувство дискомфорта, боли, смещение и выпадение пессариев, отсутствие эффекта препятствия дальнейшему раскрытию шейки матки, обильные влагалищные выделения и образование пролежней на стенке влагалища. В связи с этим в ФГБУ «НЦ А Ги П» им. акад. В.И. Кулакова разработана и апробирована новая модель акушерского пессария доктора Шнейдермана , которая выполнена из высококачественного силикона, опре-

деленной упругости и плотности. Созданный новый вид акушерского пессария надежно удерживает шейку матки в сомкнутом состоянии, препятствует ее раскрытию и предотвращает наступление преждевременных родов. Отличительной особенностью нового пессария доктора Шнейдермана является наличие четырех полукруглых симметричных вырезов с внешней поверхности кольца и четырех полукруглых симметричных выпуклостей с внутренней стороны кольца,которые значительно повышают возможность сохранения беременности при ИЦН.

Имеются семь преимуществ новой модели акушерского пессария доктора Шнейдермана перед существующими образцами:

Дополнительная фиксация пессария во влагалище за счет присасывания стенок влагалища к наружным вырезам (при этом не происходит смещения и выпадения пессария).

Удобство и простота введения пессария во влагалище.

Исключается возможность развития пролежней на слизистой влагалища за счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища.

Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого (через четыре наружных выреза).

Не наблюдаются аллергические осложнения.

Наличие четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца надежно предупреждает раскрытие шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности (выпуклости сжимают щейку матки, препятствуя ее дилятации).

Устраняются симптомы подтекания мочи при кашле, чихании и физических нагрузках.

Оптимальное время использования акушерского пессария – от 14 недель до 37 недель беременности.

Таким образом, применение нового вида акушерского пессария позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем.

В последние годы все больше женщин обращаются к врачам по поводу довольно серьезного заболевания – опущения и выпадения органов малого таза. Часто это сопровождается недержанием мочи при напряжении, чихании, кашле и поднятии тяжестей. Применение имеющихся разновидностей гинекологических пессариев приводит х целому ряду осложнений подобных осложнениям при использовании акушерских пессариев.

В ФГБУ «НЦ АГ и П» им. акад. В.И. Кулакова разработана новая модель гинекологического пессария. Отличительной особенностью новой модели является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением в которые присасываются стенки влагалища препятствуя смещению или выпадению изделия. Преимущество новой модели урогинекологического пессария перед существующими образцами состоит в следующем: пессарии легко вводится во влагалище и легко извлекается самой женщиной, позволяет удерживать в правильном анатомическом положении тело и шейку матки, препятствует опущению стенок влагалища, предотвращает непроизвольное мочеиспускание 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 (профилактика развития пролежней), эффективно обеспечивает отток влагалищного отделяемого. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище, отсутствуют аллергические осложнения

Оптимальное время непрерывного использования пессария – от 20 до 25 дней, после чего пессарий извлекается, промывается теплой водой и может быть снова введен во влагалище.

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ: РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ

Шогенова Ф.М.

Нальчик
КБГУ

Резюме. В раннем неонатальном периоде состояние детей определяется как самим методом родоразрешения, так и особенностью внутриутробного существования, степенью доношенности и зрелости плода, тяжестью перенесенной перинатальной гипоксии/ишемии, создающей условия для формирования гипоксически опосредованных нарушений ЦНС. Резервом снижения количества детей с ограниченными возможностями являются объективная оценка имеющихся перинатальных факторов риска и их своевременная коррекция.

Summary. In the early neonatal period the condition of children is defined both by a method of a childbirth, and by a feature of intrauterine existence, fetus maturity level, difficulty of the carried perinatal hypoxia / ischemia, creating conditions for formation hypoxemic of the mediated violations of central nervous system. The objective assessment of the available perinatal risk factors and their timely correction is a reserve of decrease in number of children with limited opportunities.

По данным официальной статистики за 2014 год 5 миллионов детей в нашей стране имеют хроническую патологию, свыше 640000 детей – инвалиды.

Целью исследования явилась оценка структуры причин детской инвалидности в Кабардино-Балкарии и их корреляции с перинатальными факторами риска.

Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 206 женщин, имеющих детей-инвалидов и проспективный анализ состояния здоровья 206 детей этих матерей по данным медицинской документации, отобранной методом случайной выборки, в родовспомогательных учреждениях и детских поликлиниках КБР.

С учетом причин, повлекших инвалидизацию детей, нами были выделены три группы: I группа – 72 ребенка с врожденными пороками развития, II группа – 78 детей, у которых инвалидность была связана с болезнями нервной системы, III группа – 55 детей, имеющих инвалидность в связи с заболеваниями и последствиями травм, не связанными с болезнями нервной системы.

В структуре перинатальных факторов риска отягощенная наследственность в 2 раза чаще отмечена во II группе, чем в I и III. Отягощенный акушерский анамнез был у каждой второй матери в I и II группах и у каждой четвертой в III. Матери старше 40 лет достоверно чаще были в I группе, чем в III. Достоверных различий в частоте влияния вредностей на производстве у родителей детей в трех группах не было. Экстрагенитальные заболевания у матерей достоверно чаще были в I и II группах, чем в III. ИППП во время беременности были достоверно чаще в I и II группах, чем в III. Поздние гестозы осложняли течение беременности у каждой четвертой пациентки в I группе, у каждой шестой во II и у каждой восьмой в III. Гипоксия плода была в 2 раза чаще в I и II группах, чем в III.

Внутриутробная инфекция была диагностирована у каждого третьего новорожденного в I группе, у каждого пятого во II. Гемолитическая болезнь новорожденных отмечена во всех исследуемых группах детей, не имея достоверных различий по частоте.

Преждевременные роды произошли у каждой третьей роженицы во II группе и у каждой пятой – в I. Кесаревым сечением была родоразрешена каждая пятая пациентка, причем в I группе – каждая четвертая, во II – каждая пятая и в III группе – каждая седьмая. Основными показаниями к абдоминальному родоразрешению чаще были несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения или консервативной миомэктомии, гипоксия плода, недоношенность и незрелость плода.

Каждый второй ребенок во II и каждый четвертый в I группах родился в состоянии умеренной и выраженной асфиксии. Церебральная ишемия (ЦИ) I, II и III степени диагностированы у 2/3 детей II группы и у каждого четвертого ребенка I группы, тогда как ЦИ II и III степени у детей III группы не было. Внутричерепная родовая травма и краниоспинальная травма достоверно чаще имела место у детей II группы, чем I, тогда как у детей III группы их этих трав не было.

Каждый второй новорожденный из II группы и каждый третий из I группы были переведены на II этап выхаживания. В структуре причин перевода детей из I и II группы чаще были родовая травма ЦНС и недоношенность.

По нашим данным состояние детей в раннем неонатальном периоде определялось не самим методом родоразрешения, а особенностями внутриутробного существования, степенью доношенности и зрелости плода, тяжестью перенесенной перинатальной гипоксии, создающей условия для формирования гипоксически опосредованных нарушений ЦНС, а также своевременностью выполнения абдоминального родоразрешения. Тщательная оценка

перинатальных факторов риска и своевременная их коррекция - резерв снижения детской инвалидности.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЦЕННОСТИ МАТЕРЕЙ В ОТНОШЕНИИ ИХ ДАЛЬНЕЙШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ

Шувалова М.П., Гребенник Т.К., Чаусов А.А., Приходько Н.А.

Москва

Изучение медико-социальных аспектов, определяющих систему ценностей матерей по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья ребенка на раннем этапе его развития показало, что женщины с высоким доходом склонны чаще обращаться за медицинской помощью, а не обходиться «своими силами» в случае возникновения проблем. Респонденты обладают высоким стремлением к получению информации и располагают достаточными средствами для этого.

The study of medical and social aspects which determine the mothers' value system for the conservation, restoration and strengthening of health of the child at an early stage of its development showed that women with higher income are more inclined to seek medical care and do not "own forces" in case of problems. Respondents have a high desire for information and have sufficient means to do so. Most of the issues in the care and treatment of the newborn will trust doctors' recommendations and to rely on a spouse and close relatives. Previous experience in maternal improves activity of women, compliance, and makes a more careful approach to the choice of doctor and medical organization for their child.

В современных условиях разработка мероприятий, направленных на повышение медицинской активности матерей в отношении сохранения, укрепления и восстановления здоровья детей на раннем этапе развития, приобретает ключевое значение в связи с тем, что этот наиболее управляемый фактор в дальнейшем принесет ощутимый экономический эффект и будет способствовать формированию здоровьесберегающего поведения в семье.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между медико-социальными аспектами и системой ценностей матерей в отношении их дальнейшей медицинской активности.

Материалы и методы: Специально разработанная анкета состояла из 62 вопросов, отражающих следующие личностные категории человека: цивилизованность, гражданственность, групповую интегрированность, коммуника-

тивность, социальную активность, самореализованность, жизнестойкость и самосознание. Дополнительный набор параметров включал анализ субъективной оценки состояния здоровья и уровня комплаентности женщины. Опрос проводился в ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Наличие, силу и направление связи между переменными анализировали с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Для расчёта статистических показателей использовалась программа IBM SPSS Statistics 22. Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта 15-06-10917.

В рамках исследования было опрошено 64 женщины. Большинство родильниц (87,5%) состояли в зарегистрированном браке, высшее образование имели 68,8% опрошенных. До беременности каждая вторая женщина имела постоянную работу (62,5%), остальные (28,1%) – не работали. Более половины респонденток (60,9%) указали, что их финансовое положение позволяет покупать еду, одежду, необходимые предметы длительного пользования, но не автомобиль, квартиру и прочие предметы роскоши, при этом 21,9% полагали, что могут позволить себе купить все, что считают нужным. Таким образом, большинство женщин, принявших участие в опросе, являются образованными людьми, живущими в финансовом достатке.

В ходе анализа были установлены следующие взаимосвязи:

• более высокий уровень общительности коррелировал с высокими ожиданиями той или иной помощи от близких людей ($rs=0,3$; $p<0,0001$);

• паритет беременности коррелировал с большей активностью женщин в отношении самостоятельного выбора медицинской организации и врача для своего ребенка ($rs=0,3$; $p<0,0001$, $rs=0,4$; $p<0,0001$ соответственно);

• паритет беременности повышал значимость вопросов обеспечения сбалансированного питания и питьевого режима (в том числе грудного вскармливания) ($rs =0,35$; $p=0,001$, $rs=0,34$; $p=0,03$);

• сочетание старшего возраста и более высокого финансового дохода увеличивал стремление женщин обращаться к врачу незамедлительно при возникновении жалоб, связанных со здоровьем ребенка ($rs=0,35$; $p=0,038$, $rs=0,3$; $p=0,026$);

• с возрастом женщины ощущали большую необходимость придерживаться определенных религиозных норм и традиций ($rs=0,34$; $p=0,01$);

• наличие большего числа детей в семье коррелировало с более высоким уровнем комплаентности ($rs=0,3$; $p=0,04$).

Полученные результаты демонстрируют, что женщины с высоким доходом склонны чаще обращаться за медицинской помощью, а не обходиться «своими силами» в случае возникновения проблем. Респонденты обладают высоким стремлением к получению информации и располагают достаточными средствами для этого. Большинство в вопросах ухода и лечения новорожденного будут доверять рекомендациям врачей и полагаться на супруга и близких родственников. Предыдущий опыт материнства повышает медицинскую активность женщин, комплаентность и заставляет более тщательно подходить к выбору медицинской организации и врача для своего ребенка.

ГРАДИЕНТ СОВРЕМЕННОГО РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шувалова М.П., Письменская Т.В.

Москва
ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова»

Концепция развития первичной медико-санитарной помощи, провозглашенная на Алма-Атинской конференции в 1978 году, и по сей день остается базовым приоритетом функционирования системы здравоохранения любой страны мира. Не вызывает сомнений, что службы охраны здоровья, ориентированные на развитие первичной медико-санитарной помощи достигают лучших результатов в отношении здоровья и удовлетворенности населения при меньших финансовых затратах.

Амбулаторно-поликлиническая служба является первичной точкой соприкосновения населения с системой медицинского обслуживания, где люди получают большую часть необходимой им помощи, а в случае необходимости направляются на другие уровни системы здравоохранения.

При реформировании амбулаторно-поликлинической службы в России на первый план выходят следующие стратегические задачи:

- повышение доступности оказания помощи сельскому населению;
- модернизация существующих учреждений и их подразделений;
- выстраивание потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации;
- развитие новых форм оказания медицинской помощи - стационарзамещающих и выездных методов работы;
- развитие неотложной помощи на базе поликлинических подразделений;
- совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

В настоящее время амбулаторно-поликлиническая служба сталкивается с высокими ожиданиями со стороны общества. Этому способствует широкая доступность информации по вопросам, связанным со здоровьем, деятельностью учреждений здравоохранения, развитием медицинской науки и технологий.

Современные медицинские технологии создают новые возможности для расширения спектра услуг и передачи большей части помощи, традиционно предоставляемой на базе больниц, на первичный уровень.

Предполагается, что первичное звено должно чутко реагировать на изменения потребностей населения, связанных со здоровьем, идти по пути развития интегрированной модели тем самым, повышая эффективность национальной системы здравоохранения в целом.

С каждым годом пациенты все больше и больше становятся вовлеченными в процессы, касающиеся состояния их здоровья и оказания медицинской помощи. Во всем мире возрастает интерес к пациент-ориентированному подходу к лечению, который учитывает личные предпочтения пациентов, культурные традиции, ценности и образа жизни семьи.

Традиционно амбулаторно-поликлиническая служба сфокусирована на выявлении и лечении потенциальных или уже имеющихся заболеваний, не обращая должного внимания на поддержание и укрепление здоровья и благополучия большой когорты беременных, чье состояние здоровья не требует каких-либо медицинских вмешательств. На сегодняшний день содержание и качество медицинских услуг, оказываемых на уровне первичного звена акушерско-гинекологической службы, имеет ограниченный набор индикаторов оценки эффективности, что сдерживает возможности оптимизации деятельности.

НОВОЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Шуравина Н.П., Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Хлынова С.А., Нариманова М.Р.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

В связи с низким уровнем ранней диагностики рака яичников было проведено экспериментальное исследование, направленное на поиск новых маркеров рака яичников. Особый интерес вызывает сывороточный амилоид А острой фазы. A-SAA обладает рядом уникальных и важных свойств для потенциального биомаркера рака. Как самостоятельный маркер рака яичников A-SAA, обладает чувствительностью 50% и специфичностью 96,4%. Но надо отметить, что добавление к данным масс-спектрометрической детекции A-SAA значений концентраций A-SAA и CA-125, измеряемых методом иммуноферментного анализа, позволяет повысить точность диагностики рака яичников до 95%.

With poor standards of ovarian cancer early detection, this experimental trial was conducted to find new cancer-specific antigens and markers. Serum amyloid A of acute phase is promising. It has unique and important properties as prospective cancer antigen. A-SAA alone has the sensitivity of 50% and specificity of 96.4%. Using mass-spectrometric detection of A-SAA in conjunction with concentrations of A-SAA and CA-125, detected by means of enzyme-linked immunosorbent assay, increases accuracy to 95%.

Цель исследования. Изучение возможностей повышения эффективности своевременной малоинвазивной диагностики рака яичников на основе

использования комбинации сывороточных белков A-SAA и CA-125, определяемых методами масс-спектрометрии и иммуноферментного анализа.

Материалы и методы. Материалом исследования явились клинико-морфологические данные пациенток исследуемой выборки и сыворотки их крови. Исследуемая выборка состояла из 91 пациентки, подразделенная на 4 сравниваемые группы (I–IV). В I группу вошли 34 пациентки больные раком яичников. Во II группу 14 пациенток с доброкачественными опухолями яичников. III группу составили 17 пациенток с миомой матки и 26 практически здоровых женщин составили IV группу. Для определения концентрации A-SAA и CA-125 использовали спектрофотометр Labsystems Multitiscan Plus, Финляндия.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования показали, что, используя масс-спектрометрическую технологию SELDI-TOF, можно с достаточно высокой эффективностью распознавать сыворотки крови больных раком яичников, здоровых женщин и больных доброкачественными опухолями яичников и миомой матки. Основой разработанной экспериментальной диагностической системы являются масс-спектрометрические данные, использование которых в отдельности позволило получить точность диагностики примерно 90%. Добавление к масс-спектрометрическим данным значений концентраций A-SAA и CA-125, измеренных иммуноферментным методом, привело к повышению точности диагностики до 95,2%. Наилучшие результаты были достигнуты при применении метода опорных векторов.

Преимуществом предложенного нами метода профилирования является его простота. Отсутствие стадий префракционирования сыворотки приводит к повышению воспроизводимости результатов и увеличивает шансы на внедрение методики в практическую диагностику. Полученные результаты могут служить предпосылками для разработки специального аппаратно-программного комплекса для своевременной диагностики рака яичников.

Заключение. Таким образом, как самостоятельный маркер рака яичников A-SAA, обладает чувствительностью 50% и специфичностью 96,4%. Но надо отметить, что добавление к данным масс-спектрометрической детекции A-SAA значений концентраций A-SAA и CA-125, измеряемых методом иммуноферментного анализа, позволяет повысить точность диагностики рака яичников до 95%.

АНЖЕЛИК В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Эседова А.Э., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Таибова Д.У.

Махачкала
ДГМА

Изучена выраженность урогенитальных расстройств у женщин с инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД), находящихся в постменопаузе, а также оценена эффективность коррекции таких расстройств с помощью дифференцированной заместительной гормональной терапии (препарат анжелик).

Is studied intensity of urogenital disorders in women with insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM), which are post-menopausal, and evaluated the effectiveness of the correction of such disorders using differentiated hormone replacement therapy (drug Angeliq).

Особый интерес представляет назначение ЗГТ женщинам с патологией сопряженных с репродуктивной системой эндокринных желез, в частности поджелудочной железы. До настоящего времени не проводилось исследований, посвященных выраженности УГР на фоне ИНСД в постменопаузе.

Цель: изучение выраженности урогенитальных расстройств у женщин с инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД), находящихся в постменопаузе, а также оценка эффективности коррекции таких расстройств с помощью дифференцированной заместительной гормональной терапии (препарат анжелик).

Материал и метод исследования. Обследовано 130 пациенток с продолжительностью постменопаузы от 1 года до 15 лет. Основную группу составили 70 пациенток, страдающих урогенитальными расстройствами на фоне ИНСД, контрольную группу – 60 пациенток с урогенитальными расстройствами, не имевших ИНСД. Методом исследования явились клинический, лабораторный (определение содержания половых гормонов, глюкозы натощак, гликированного гемоглобина, pH вагинального содержимого, показателя зрелости вагинального эпителия, микробиологическое исследование вагинального содержимого), инструментальный (расширенная кольпоскопия, УЗИ гениталий).

Результаты исследования. Наиболее частыми были жалобы на сухость и зуд во влагалище (67% женщин обеих групп). Симптомы атрофического вагинита сочетались с поллакиурией (у 16 женщин в основной и 8 – контрольной), никтурией (18 женщин в основной и 10 – контрольной), цисталгией. До начала терапии при осмотре выявлены бледность и сухость слизистых обо-

лочек – у 75% женщин с ИНСД и у 62,5% пациенток контрольной группы. При кольпоскопии у 90 женщин выявлены различная степень атрофии эпителиального слоя влагалища, окраска раствором Люголя, недостаточно интенсивная. У 41,6% (64) женщин обеих групп слизистая оболочка влагалища имела багрово-синюшную окраску, блестящую поверхность, местами определялось скопление ороговевших клеток. Нормальную слизистую оболочку влагалища мы выявили лишь у 40 женщин (у 18 – в основной группе и у 22 – в контрольной). pH влагалища у 103 обследованных женщин – у 58 (82%) в основной группе и у 45 (75%) в контрольной группе – оказался повышенным от 6,0 до 7,0 (при норме 3,5–5,5).

Обследование, через 6 месяцев терапии, показало отсутствие различий основных критериев урогенитальной атрофии в обеих группах. Кольпоскопия в обеих группах уже через 3 мес показала исчезновение и уменьшение неспецифического воспаления слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Микроскопическое исследование вагинального содержимого в обеих группах продемонстрировало положительный эффект ЗГТ, выражающийся в снижении признаков вагинальной атрофии, у женщин с легкой и средней степенью УГР. Эффективность терапии при легкой степени урогенитальных расстройств составила 87,8%, при средней степени – 76,1%, при тяжелой степени – 35,8%.

Выводы. Результаты лечебного эффекта предложенной нами терапии доказали ее эффективность в нормализации общего состояния больных и повышении качества жизни у пациенток как с ИНСД, так и без него, что позволяет рекомендовать ее всем женщинам с проявлениями УГР. Положительные изменения микроэкологических параметров у больных с атрофическим вагинитом и сопутствующим ИНСД происходят в среднем через 6 мес после начала ЗГТ.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПО ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО СКРИНИНГА 1 ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

Ярыгина Т.А., Батаева Р.С

Москва
ООО «Центр медицины плода Медика»

В данном исследовании производился расчет индивидуального риска задержки роста плода (ЗРП) и ранней преэклампсии (ПЭ) при проведении

комбинированного скрининга 1 триместра беременности на хромосомные аномалии плода с использованием алгоритма Фонда Медицины Плода (FMF). На основании сравнительного анализа показателей скрининга при физиологическом течении беременности, развитии ЗРП в сочетании с ПЭ и изолированной ЗРП определены их ведущие факторы риска.

In our study we have performed the calculation of individual risk of fetal growth retardation (IUGR) and early-onset preeclampsia (PE) at the time of first-trimester screening for chromosomal abnormalities of the fetus using the algorithm of Fetal Medicine Foundation (FMF). On the basis of the comparative analysis of screening characteristics during physiological course of pregnancy, the development of IUGR in combination with PE and isolated IUGR their key risk factors were identified.

Задержка роста плода (ЗРП) многократно увеличивает риск перинатальной заболеваемости и смертности. По результатам мультинациональных исследований Фонда Медицины Плода (FMF) доказано, что только прием аспирина в низких дозах со сроков ранее 16 недель беременности позволяет снизить риск развития ЗРП на 50%.

Поэтому основной задачей является корректное выделение пациенток с высоким риском развития ЗРП, как связанной с ПЭ, так и изолированной от нее, еще в первом триместре беременности с учетом всех.

Для расчёта индивидуального риска ПЭ и ЗРП при проведении комбинированного скрининга 1 триместра на хромосомные аномалии плода нами был использован алгоритм FMF, учитывающий демографические характеристики матери, ее общий и акушерский анамнез, показатели пульсационного индекса (PI) маточных артерий, среднее артериальное давление (САД) и уровень ассоциированного с беременностью протеина А (PAPP-A) в сыворотке крови матери. Произведен детальный сравнительный анализ всех показателей скрининга при физиологическом течении беременности (245 случаев) – 1 группа, развитии ЗРП и ПЭ (14 случаев) – 2 группа и изолированной ЗРП (12 случаев) – 3 группа исследования.

По возрасту беременных, паритету, наличию сахарного диабета, антифосфолипидного синдрома, курению, уровню САД достоверных отличий между группами выявлено не было выявлено. Частота хронической артериальной гипертензии составляла 4% в первой, 16% во второй и 0% в третьей группе исследования. Беременность наступила в результате ЭКО у 20%; 33% и 16 % пациенток соответственно. ЗРП и ПЭ в анамнезе были у 4% пациенток 1 группы, у 16% второй и у 8% третьей группы. Средний ИМТ у беременных по группам был равен 24,5; 24,12 и 21,48 ($p<0,05$). Половина беременных с изолированной ЗРП имели ИМТ <20. Средние показатели PI маточных артериях составляли по группам: 1,69; 2,02; 1,78 ($p<0,05$). Нарушение кровотока (PI> 2,2–2,6) имели 5% беременных в первой и третьей и 19% во второй группе. Уровень PAPP – A был равен 1,12 МоМ; 0,64 Мом и 0,43 МоМ ($p<0.01$).

Полученные данные свидетельствуют, что основными факторами высокого сочетанного риска ЗРП и ПЭ являются: ПЭ и ЗРП в анамнезе, ЭКО, хроническая артериальная гипертензия, повышение PI в маточных артериях (PI> 2,2–2,6), сниженные показатели PAPP-A.

В формировании группы риска по ЗРП, не сопровождающей ПЭ, основными факторами являются низкая масса тела беременной (ИМТ менее 20), ЗРП в анамнезе и сниженные показатели PAPP-A.

Корректный расчет индивидуального риска ЗРП, как изолированного, так и связанного с ПЭ у беременной в 1 триместре, позволит своевременно назначить профилактическую терапию, снизив перинатальную заболеваемость и смертность.

КЛЮЧЕВАЯ ПРОБЛЕМА ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Прилепская В.Н.

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

Более 660 миллионов людей в мире инфицированы вирусом папилломы человека(ВПЧ). К ВПЧ-ассоциированным заболеваниям относятся генитальные и анальные неоплазии, рак шейки матки и ануса, рак ротовой полости и гортани, рецидивирующий респираторный папилломатоз и другие заболевания. В России и Восточной Европе преобладающее большинство всех случаев рака шейки матки вызвано ВПЧ 16 и 18 типа. В странах, где программы скрининга реализуются давно и эффективно, вакцинация против ВПЧ и скрининг основа профилактики предраковых поражений и рака шейки матки. В странах, где отсутствуют программы скрининга, вакцинопрофилактика – наиболее эффективный способ снижения заболеваемости РШМ и другими ВПЧ- ассоциированными заболеваниями.

Вакцины против ВПЧ в России применяются с 2008 года согласно зарегистрированным показаниям. Вакцинация обеспечивает эффективную защиту против двух наиболее опасных типов ВПЧ – 16 и 18, предотвращает инфицирование при первом половом контакте, вследствие этого, наибольшая эффективность наблюдается при вакцинации до начала половой жизни. Эффективность обеих вакцин от РШМ одинаково высока и составляет 96–98%.

Анализ первых результатов вакцинации в Австралии и США показали снижение частоты аногенитальных кондилом в популяции до 60%, в Германии – до 23%. Итоги 3-х первых лет(2007–2009 гг) национальной программы вакцинации против ВПЧ в Австралии показали снижение частоты CIN II\III на 38%.

В настоящее время по данным проводимых надзорных исследований у женщин и мужчин не выявлено проблем с безопасностью при введении как 4-х валентной, так и бивалентной вакцины против ВПЧ, однако мониторинг показателей безопасности ВПЧ вакцин для обоих полов продолжается.

С 2012 года в 5 странах вакцинация проводится и мальчикам в возрасте 12–13 лет.

Вакцинация против РШМ в России, в настоящее время не предусмотрена национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Вместе с тем она уже внедряется на региональных уровнях за счет других программ.

Способность ВПЧ к быстрому эпидемиологическому распространению и развитию онкопатологии обосновывают необходимость и целесообразность проведения массовой иммунизации, в первую очередь среди целевых групп населения, к которым относятся девочки в возрасте с 9 до 13 лет.

Что ожидают эксперты от результатов программы ВПЧ-вакцинации? Снижение частоты аногенитальных кондилом через 1–2 года, предраковых поражений шейки матки (5–10 лет), значительного снижения заболеваемости раком шейки матки (через 10–15 лет от начала массовой вакцинации).

Перспектива вакцинации предполагает разработку и внедрение 9-ти валентной вакцины (против ВПЧ 6, 11, 16, 31, 33, 45, 52, 58). На ранних стадиях разработки находится L2 вакцина, содержащая частицы универсального белка, а также терапевтические вакцины.

Таким образом, вакцинация являясь первичной профилактикой ряда ВПЧ-ассоциированных заболеваний открывает возможности для профилактики предрака и рака шейки матки открывая новые перспективы для сохранении здоровья женщин в целом.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Назарова Н.М., Мзарелуа Г.М., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Сычева Е.Г., Коршунов А.А., Трофимов Д.Ю., Бурменская О.В.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

Цель: Выявить изменения уровня экспрессии мРНК генов человека у пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки, для прогнозирования риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 225 женщин, в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 31,6±0,5

г). Экспрессию мРНК генов MKI 67 (KI67), CTSL2, CDKN2A (P16), ESR1, PGR, BCL2, BAX, BAG1, CD68, SCUBE2, PTEN определяли методом количественной ОТ-ПЦР в режиме реального времени относительно экспрессии референсных генов TBP, B2M и GUSB.

Результаты. Сформированы 5 групп: 45(20%) – ВПЧ-негативные (I группа –контрольная), II группа – 56 (24,9%) с субклиническими формами ПВИ, III группа – 50 (22,2%) с LSIL, IV группа – 55 (24,4%) с HSIL, V группа – 19 (8,5%) с РШМ.

По результатам исследования во II группе выявлено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,8 раза ($p=8,3 \times 10^{-3}$), CDKN2A (P16) в 1,6 раза ($p=4,6 \times 10^{-2}$), CTSL2 в 1,5 раза ($p=3,2 \times 10^{-2}$) по сравнению с контрольной группой. В III группе отмечено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,5 раза ($p=4,4 \times 10^{-2}$) и CDKN2A (P16) в 2,9 раза ($p=2,2 \times 10^{-4}$) по сравнению с контрольной группой. В IV группе выявлено достоверное повышение MKI67 (KI67) в 2,5 раза ($p=5,7 \times 10^{-6}$), CDKN2A (P16) в 5,9 раза ($p=1,2 \times 10^{-7}$) по сравнению с контрольной группой. В IV группе повышение экспрессии мРНК еще более существенно: MKI67 (KI67) в 10,3 раза ($p=1,6 \times 10^{-7}$), CDKN2A (P16) в 11 раз ($p=1,7 \times 10^{-5}$). При этом отмечается снижение BCL2 в 3,6 раза ($p=2,2 \times 10^{-4}$), SCUBE2 в 2,5 раза ($p=2,5 \times 10^{-2}$), BAG1 и BAX в 1,9 раза ($p=7,5 \times 10^{-3}$ и $p=1,6 \times 10^{-2}$ соответственно), PTEN в 1,4 раза ($p=1,4 \times 10^{-3}$). Значительно (в 25 раз) снижается рецепторный аппарат клеток – ESR1и PGR ($p=3,2 \times 10^{-4}$ и $p=3,2 \times 10^{-5}$ соответственно), по сравнению с контрольной группой.

С целью разработки способа определения образцов с высоким риском малигнизации тканей был выполнен регрессионный анализ (бинарная логистическая регрессия). Уравнение регрессии имело вид: $Z=0,8*\ln(KI6/PGR)+1,6*\ln(P16/BCL2) – 4$, где KI67, PGR, P16 и BCL2 – уровень экспрессии мРНК соответствующих генов.

На основании полученной функции для каждого образца была рассчитана вероятность развития неопластической трансформации эпителия шейки матки. Для определения критического значения вероятности (точка cut-off) был выполнен ROC-анализ. В группу высокого риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки попали 29 пациенток: 5 (8,9%) – из II группы, 9 (18%) – из III группы, 15 (27,3%) – из IV группы. Частыми типами ВПЧ у пациенток группы риска являлись: 16 (65%), 58 (24%), 31 (13%), 33 (13%), 39 (10%), 52 (6,8%), в 65,5% случаях выявлено наличие 2 и более типов ВПЧ.

Выводы: Многофакторный анализ позволяет определить группу повышенного риска развития и прогрессии неопластического процесса шейки матки по изменению уровня экспресии мРНК человека (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR и BCL2).

ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВАГИНАЛЬНЫХ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ

Карапетян Т.Э., Донников А.Е., Курчакова Т.А., Прозоровская К.Н., Кокоева Д.Н., Меджидова М.К.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова»

Установлено изменение показателей врожденного иммунитета у пациенток с дисбиотическими нарушениями влагалищной микрофлоры, выражающееся в снижении антимикробной активности вагинального отделяемого и дисбалансе цитокиновой регуляции.

We conducted the change set parameters of innate immunity in patients with impaired dysbiotic vaginal microflora, which is expressed in the reduction of antimicrobial activity of vaginal discharge and unbalance cytokine regulation.

Актуальность проблемы вагинальных оппортунистических инфекций определяется наиболее высокой их распространенностью среди всех воспалительных генитальных заболеваний. Многочисленные исследования свидетельствуют о неблагоприятном влиянии вагинальных инфекций на течение и исход беременности, что проявляется высокой частотой преждевременного прерывания беременности на любых сроках, развитием хориоамнионита и инфекции околоплодных вод, послеродовых гнойно-воспалительных осложнений. Обсуждаемым остается вопрос о роли иммунной системы при вагинальных инфекциях. В последние десятилетия был открыт новый класс регуляторных молекул, участвующих в передаче сигнала клеткам иммунной защиты, и получившие название «антимикробные пептиды» – «дефензины». Дефензины представляют собой различные группы белков, объединенные на основании их антимикробной активности. Но данные о дефензинах крайне ограничены и требуют углубленного изучения с точки зрения диагностической ценности и роли в механизмах развития вагинальной инфекции.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи вагинальных оппортунистических инфекций с изменением показателей врожденного иммунитета на локальном уровне.

В исследовании было обследовано 59 пациенток с вагинальной инфекцией и 56 здоровых беременных. Состояние врожденного иммунитета на локальном уровне оценивали по антимикробной активности вагинального отделяемого, а также по содержанию цитокинов цервикальной слизи и профилю экспрессии генов цитокинов в клетках влагалища.

С целью оценки состояния местного иммунитета был исследован уровень содержания цитокинов в цервикальной слизи и клетках цервикального канала у беременных с бактериальным вагинозом – наиболее часто встре-

чающейся вагинальной инфекцией. Местный иммунитет до лечения беременных с основной группы характеризовался достоверным повышением в 2,7 раз уровня про- и противовоспалительных цитокинов по отношению к их продукции у беременных группы контроля. Наиболее активно среди провоспалительных цитокинов у беременных основной группы возрастала концентрация ИЛ-6, которая была достоверно выше остальных провоспалительных цитокинов. Корреляционный анализ выявил тесную отрицательную корреляционную взаимосвязь между уровнями противовоспалительного цитокина ИЛ-10 и провоспалительного цитокина ИЛ-6. Отмечено статистически значимое повышение уровня как провоспалительных (LIF, IL8), так и противовоспалительного цитокина IL10.

Что касается исследования дефензинов, то антимикробная активность вагинального отделяемого у беременных с бактериальным вагинозом была существенно ниже, чем у здоровых беременных в контрольной группе. При этом статистически значимой зависимости от тяжести течения заболевания выявлено не было.

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено изменение показателей врожденного иммунитета у пациенток с дисбиотическими нарушениями влагалищной микрофлоры. Одним из механизмов, приводящих к изменению биоценоза влагалища может быть нарушение локального иммунитета, выражающееся в снижении активности антимикробных пептидов-дефензинов и дисбалансе цитокиновой регуляции. Снижение локальной иммунологической защиты приводит к замещению облигатной микрофлоры влагалища и бесконтрольному размножению факультативной микрофлоры. Недооценка роли нарушений локального иммунитета в патогенезе вагинальных инфекций в ряде случаев может объяснять неэффективность проводимой антибактериальной терапии и высокую частоту рецидивирования.

ЛОКАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Курчакова Т.А., Донников А.Е., Непша О.С., Меджидова М.К., Кокоева Д.Н., Тютюнник В.Л.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Проведено изучение локальных факторов врожденного иммунитета во влагалище у 125 беременных женщин с угрожающими преждевременными

родами (ПР) до развития регулярной родовой деятельности по профилю экспрессии мРНК генов цитокинов.

Выявлено достоверное увеличение уровня экспрессии мРНК генов TLR4/CD68 и снижение уровня TNF/GATA3 при преждевременных родах. На основании полученных данных были разработаны прогностические критерии риска реализации ПР в ближайшие 7 дней.

The study of local factors of innate immunity in the vagina at 125 pregnant women with threatening preterm delivery (POR) before the development of regular labor on the profile of cytokine gene mRNA expression. Found a significant increase in the level of mRNA expression of genes TLR4/CD68 and low levels of TNF/GATA3 in preterm labor. Based on these data were developed prognostic criteria of risk of realization of the PR in the next 7 days.

Преждевременные роды (ПР) остаются на сегодняшней день одной из наиболее важных проблем современного акушерства. Основным звеном патогенеза ПР является инфекционный фактор. Персистенция инфекции в организме матери способствует постоянному поддержанию уровня факторов воспаления в активном состоянии, посредством воздействия липополисахаридов, пептидогликанов и вирусных лигандов на Толл-рецепторный аппарат клеток системы врождённого иммунитета. При взаимодействии этих рецепторов с лигандами активируются гены, кодирующие синтез цитокинов и их рецепторов. Увеличение локального синтеза цитокинов, простагландинов и хемокинов, запускает механизм реализации воспалительного ответа и, как следствие, ПР.

Обследовано 125 женщин в возрасте от 19 до 40 лет с угрожающими преждевременными родами до развития регулярной родовой деятельности. Группу 1 составили 46 беременных, родивших в сроках от 22 недель до 36 недель в течение 7 дней после проведения обследования. Группу 2 – 79 случаев угрожающих ПР с последующим родоразрешением в доношенном сроке беременности. Всем пациенткам, включенным в исследование, было проведено определение уровней экспрессии мРНК генов TLR4, CD68, TNF, GATA3, IL1b, IL10, IL18, TNFa, TLR4, B2M, в цервикальном канале методом. Полученные результаты были проанализированы с применением бинарной логистической регрессии. Выявлено достоверное увеличение уровня экспрессии мРНК генов TLR4, CD68, IL18, IL ($p<0,05$) и снижение уровня TNF, GATA3 ($p<0,05$) при ПР. Было установлено, что у тех пациенток, у которых развилась родовая деятельность в течение 7 дней, существенно возрастало отношение уровней экспрессии генов TLR4/CD68 мРНК и снижалось отношение TNF/GATA3. С помощью бинарной логистической регрессии была построена математическая модель, позволяющая вычислить вероятность развития ПР. При вероятности большей или равной 67% прогнозируются ПР в ближайшие 7 дней. Площадь под ROC-кривой составила 0,947, $p=0,01$, чувствительность и специфичность в точке отсечки составили 89% и 100% соответственно. Соотношения уровней эксперссии мРНК генов TLR4/CD68 и TNF/GATA3 может быть использованы в качестве предикторов развития ПР.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ИЗМЕМЕНИЯМИ МКРНК В ПЛАЗМЕ КРОВИ

Прозоровская К.Н., Файзуллин Л.З., Ганичкина М.Б., Карнаухов В.Н., Трофимов Д.Ю., Тютюнник Н.В., Чаусов А.А., Кан Н.Е.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» имени академика В.И. Кулакова

Проведено сравнительное исследование экспрессии 4 мкРНК (mir-29b, mir-34a, mir-141* и mir-376c) в плазме крови женщин с нормальным течением беременности и с преэклампсией (ПЭ) с использованием метода qRT-PCR, с целью использования этих данных для диагностики преэклампсии. Исследование показало значительное увеличение экспрессии некоторых мкРНК в плазме крови беременных с ПЭ по сравнению с контрольной группой.

We conducted the comparative research, devoted to the expression of 4 miRNAs (mir-29b, mir-34a, mir-141* и mir-376c) in blood plasma of women with normal pregnancy and preeclamptic women by means of qRT-PCR with the aim of using this data to diagnose preeclampsia. The study showed the increase in the level of expression of several miRNAs in the blood plasma of preeclamptic women in comparison with the control group.

Преэклампсия (ПЭ) занимает одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Развитие ПЭ обусловленно дисбалансом эндотелий-зависимых процессов вазодилятации и вазоконстрикции в спиральных артериях плаценты, важную роль в регуляции которых играют малые некодирующие РНК (мкРНК).

Целью исследования явилось проведение сравнительного исследования экспрессии 4 мкРНК (mir-29b, mir-34a, mir-141* и mir-376c) в плазме крови женщин с ПЭ и физиологической беременностью, а так же поиск возможности использования эти данных для диагностики ПЭ.

В исследование были включены 36 женщин, из которых 18 составили основную группу беременных с ПЭ и 18 – контрольную группу с нормальным течением беременности. Образцы периферической крови собирали в пробирки с ЭДТА и немедленно центрифугировали при 1600g в течении 10 минут. Надосадок отбирали и повторно откручивал при 13000g в течение 10 минут. Плазму расфасовывали по пробиркам по 500 мкл и помещали на хранение при -80°С. Суммарную РНК выделяли с использованием метода фенольной депротеинизации. Измерение уровня экспрессии мкРНК проводили методом qRT-PCR с использованием комплекта реактивов TaqMan miRNA Assay (Applied Biosystems).

Статистическую обработку результатов исследования экспрессии мгРНК проводили методом непараметрического анализа с использованием про-

граммы Statistica 10, IBM SPSS Statistics v22. Для сопоставления двух групп по количественным признакам применяли U-критерий Манна-Уитни. Различие между группами полагали статистически значимыми при $p<0,05$. Для выявления точки отсечки положительных результатов диагностического теста и определения его диагностической точности использовались бинарная логистическая регрессия и ROC-кривая.

Обнаружено значительное повышение экспрессии трех мкРНК: mir-29b, mir-34a и mir-141* в плазме крови беременных с ПЭ по сравнению с контрольной группой. Различия в экспрессии mir-376c не было выявлено, но отмечалась высокая степень разброса по уровню экспрессии в группах. Данные логистического регрессионного анализа ROC-кривой показывают, что наиболее высокая диагностическая точность (73%) достигалась при суммировании уровней экспрессии всех трех мкРНК.

Количественная оценка экспрессии только miR-34a или суммированный показатель экспрессии по трем мкРНК в плазме крови в сроках после 30 недель позволяют с высокой точностью выявлять беременных с ПЭ.

АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Сергунина О.А., Ховхаева П.А., Тютюнник Н.В., Прозоровская К.Н., Караваева А.Л., Красный А.М.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

Проведено определение уровня активных форм кислорода и антиоксидантной защиты в периферической крови женщин при преэклампсии и физиологической беременности.

В исследование было включено 29 женщин. Из них 10 беременных с тяжелой или умеренной преэклампсией, 11 пациенток с физиологически протекающей беременностью и 8 здоровых небеременных женщин. Уровень активных форм кислорода и антиоксидантной защиты был определен при помощи прибора FORM 3000 с использованием наборов FORT, FORD (Каллегари, Италия).

We estimated the level of active forms of oxygen and the level of antioxidant protection in the peripheral blood of preeclamptic women and women with normal pregnancy. The study included 29 women: 10 women with severe and mild preeclampsia, 11 women with normal pregnancies and 8 healthy non-pregnant women. The level of active forms of oxygen and the level of antioxidant protection was evaluated using FORM 3000 (FORT, FORD).

Установлено, что уровень активных форм кислорода (АФК) при физиологически протекающей беременности к III триместру беременности повышается в 2,2 раза. В группе с преэклампсией средние значения АФК были выше в 1,3 раза по сравнению с нормой, но не имели статистически значимых различий. Также не имели значимых различий группы по уровню антиоксидантной защиты. В группе с преэклампсией уровень АФК коррелировал с относительным количеством нейтрофилов и белка в моче, а уровень антиоксидантной защиты имел отрицательную корреляцию с ферментами АЛТ и АСТ.

Установленная обратная корреляция между снижением уровня антиоксидантов и увеличением содержания ферментов АЛТ и АСТ указывает на роль антиоксидантов в предохранении клеток от цитолиза во время беременности. Выявленная взаимосвязь между ростом уровня АФК с содержанием белка в моче и, соответственно, тяжестью преэклампсии обосновывает возможность использования определения уровня окислительного стресса в крови беременных женщин для оценки степени тяжести преэклампсии.

АНАЛЬНЫЕ ТИПЫ ВПЧ И АНОМАЛЬНАЯ АНАЛЬНАЯ ЦИТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ

Суламанидзе Л.А., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Бурменская О.В., Демура Т.А., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность. Высокоонкогенные типы ВПЧ ассоциированы с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями аногенитальной области и, в первую очередь, с цервикальными и анальными неоплазиями (CIN и AIN) в 95% случаев. Женщины с персистенцией ВПЧ-инфекции или наличием CIN тяжелой степени и одновременно с наличием анальной ВПЧ-инфекции относятся к группе повышенного риска развития AIN. В связи с этим, является актуальным изучение распространенности ВПЧ анальной области и ранней диагностики AIN у пациенток с CIN. В отличие от скрининга РШМ, скрининг AIN в настоящее время находится в стадии разработки.

Цель. Выявить частоту аномальной анальной цитологии и анальные типы ВПЧ у женщин с CIN различной степени тяжести.

Материалы и методы. Обследовано 54 женщин в возрасте от 18 до 45 лет с CINI-II-III. Всем женщинам выполнено цитологическое исследование

переходного анального эпителия. ВПЧ тестирование 21 типа (6, 11, 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 44 (55), 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82) с определением вирусной нагрузки осуществлялось методом мультиплексной ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени (HPV квант-21, ДНК-Технология, Россия) в анальной области. При оценке вирусной нагрузки в качестве меры центральной тенденции определяли медиану, в качестве интервальной оценки – межквартильный размах. Количество вируса рассчитывали на 100 тыс.клеток.

Результаты. У пациенток с CIN по результатам цитологического исследования переходного эпителия анальной области выделены 4 группы: 1 группа (n=23, 42.5%) – пациентки с цитологическим диагнозом NILM, 2 группа (n=26, 48.1 %) - ASCUS, 3 группа (n=4, 7.4%) – LGAIN, 4 группа – (n=1, 1.8 %) – HGAIN. Таким образом, у пациенток с CIN различной степени тяжести в 57.3% случаев выявлена аномальная анальная цитология.

При NILM HR-HPV выявлены у 5 женщин (21.7%), LR-HPV – у 1 (3.7%). Выявлены следующие типы анальной ВПЧ: 53 тип (13%), 31 и 39 типы (8,6%), 68,6 и 56 типы (4,3%).

При ASCUS HR-HPV выявлены у 9 женщин (34.6%), LR-HPV – у 2 (7.7%). Выявлены следующие типы анальной ВПЧ: 16 тип (11.5%), 31, 33, 52, 39 и 56 (7,7%), 53, 68, 56, 6, 11 и 44 типы (3.8%). В данной группе по сравнению с NILM чаще встречались типы группы А9 (30.8% vs 8.6%, p=0.055).

При LGAIN во всех случаях выявлены HR-HPV (типы 31, 33, 58, 68, 51, 39 – по 25%) и в 1 случае LR-HPV (6 и 11 типы). В данной группе по сравнению с NILM чаще встречались типы группы А9 (75% vs 8.6%, p=0.0016, OR=31.5 (2.1–463).

При HGAIN выявлен ВПЧ 16 типа. Зависимости аномальной цитологии от величины вирусной нагрузки не установлено. В частности при NILM для группы А9 вирусная нагрузка составила 5.4 (5.1–5.8) lg на 100000 клеток, а у женщин с аномальной цитологией – 5.1 (4.6–5.3) lg на 100 тыс. клеток. Необходимы дальнейшие исследования значимости вирусной нагрузки в ВПЧ-ассоциированных поражениях анальной области.

Выводы. У пациенток с CIN различной степени тяжести в 57.3% случаев выявлена аномальная анальная цитология. ВПЧ высокого онкогенного риска в анальном эпителии выявлены в 21.7% при NILM, и 34.6% при ASCUS и в 100% случаев при LGAIN и HGAIN. Аномальная цитология чаще ассоциировала с ВПЧ группы А9.

СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ганичкина М.Б., Мантрова Д.А., Арушанова А.Г., Амирасланов Э.Ю., Прозоровская К.Н., Донников А.Е.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Проведено проспективное когортное исследование, в результате которого была разработана математическая модель прогнозирования СЗРП на основании клинико-анамнестических и молекулярно-генетических показателей у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

We conducted a prospective cohort study devoted to the prediction of IUGR in women with USTD. The mathematical model including clinical, anamnestic and molecular genetic parameters was developed to predict fetal growth restriction in women with USTD.

Синдром задержки роста плода (СЗРП) занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Одним из факторов риска развития СЗРП является экстрагенитальная патология. Необходимо проведение исследований, направленных на поиск маркеров прогнозирования СЗРП у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Целью исследования явилось создание математической модели для прогнозирования задержки роста плода у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

В проспективное когортное исследование была включена 201 беременная женщина. На основании перцентильной шкалы Фентона пациентки были разделены на две группы. Основная группа включала 63 женщины с СЗРП (антропометрические показатели новорожденных соответствовали интервалу от 3 до 10 перцентили). Группу сравнения составили 138 пациенток (антропометрические показатели новорожденных соответствовали интервалу более 10 перцентили). Степень выраженности нДСТ определялась на основании модифицированной бальной шкалы.

Определены клинические и молекулярно-генетические предикторы задержки роста плода, такие как степень выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани, угроза прерывания во II триместре беременности, обострение хронических заболеваний мочевыделительной системы, угроза преждевременных родов, задержка развития плода при ультразвуковом исследовании и полиморфизм генов VEGFA: -634 G>C и VEGFA: 936 C>T.

Разработана математическая модель прогнозирования задержки роста плода у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, включающая клинико-анамнестические и молекулярно-генетические факторы.

СОДЕРЖАНИЕ

3 ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФОНА МАТЕРИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ИСХОД РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА
Албутова М.Л., Богомолова И.А., Михеенко А.А., Андреева Г.Е., Григорьева Н.В.

5 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ
Албутова М.Л., Трубникова Л.И., Аспатурян А.Р., Идрисова Г.Ш., Кобякова З.И.

6 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН
Алимбарова Л.М.[1], Лазаренко А.А.[1], Баринский И.Ф.[1], Махмудов Ф.Р.[2]

8 НОВЫЙ ПОДХОД К КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АДЕНОМИОЗА В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ
Андреева М.В., Смолова Н.В., Матинян Г.К., Лукичева Я.Ю., Тучина А.В.

10 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ, ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ
Андреева М.В., Фетисова Е.С., Ковалева М.М., Бычкова Н.Е.

11 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНОНА И МЕДРОПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА
Арндт И.Г., Петров Ю.А.

13 КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОДКОЖНОГО ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА
Арндт И.Г., Петров Ю.А.

14 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БЕЗВОДНОГО ПЕРИОДА НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ,ОСЛОЖНЕННЫМИ ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Артымук Н.В., Елизарова Н.Н.

16 СЛУЧАЙНАЯ НАХОДКА: СЕРОЗНАЯ ТРУБНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА У ПАЦИЕНТКИ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ЛЕЙОМИОМЫ ТЕЛА МАТКИ

Асатурова А.В., Ежова Л.С., Файзуллина Н.М, Андреев А.И., Могиревская О.А., Шамаракова М.В., Иванова Н.В., Азиев О.В., Щербакова Л.Н., Пороховой В.О.

18 ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бабаева Э.И., Вартанян С.Л., Духин А.О., Арютин Д.Г.

19 «КЛИНИКА, ДРУЖЕСТВЕННАЯ К МОЛОДЕЖИ» И ЕЕ РОЛЬ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Железная А.А., Говоруха И.Т., Желтоноженко Л.В., Яценко В.Ю.

21 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕЛЕВОЙ ФОРМЫ АНЕСТЕТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ ПАПИЛЛОМ ВЛАГАЛИЩА

Бадикова Н.С., Кира Е.Ф.

23 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Бадретдинова Ф.Ф., Хамадьянов У.Р., Шейда Л.А., Бадретдинова Ю.А.

25 РОЛЬ МИКРОРНК (MIR-29B) В ПРОГНОЗЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ.

Байрамова Г.Р., Файзуллин Л.З., Окушко А.Н.

Чернова В.Ф., Трофимов Д.Ю.

26 РОЛЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НПЦ ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Авцина В.В., Хрусталева Е.В.

27 ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРЕИНВАЗИВНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Бахидзе Е.В., Берлев И.В., Архангельская П.А.

29 ВЫЯВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИКВЕНС-ТИПОВ G.VAGINALIS ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Бровкина Т.В., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р.,

Донников А.Е., Шубина Е.С., Быстрицкий А.А., Муравьева В.В.,

Погосян Ш.М., Орлова О.Е., Трофимов Д.Ю.

31 КАЧЕСТВО СНА, СЕКРЕЦИЯ МЕЛАТОНИНА И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Брюхина Е.В., Усольцева Е.Н.

33 УМЕНЬШЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕТИНОПАТИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
У ЖЕНЩИН С 1 ТИПОМ ДИАБЕТА ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПОМПОВУЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ

Валикова О.В., Мухотина А.Г.

34 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ
Гайдарова А.Х., Котенко Н.В.

35 ВИТАМИН D – ПЕРСПЕКТИВА ЛЕЧЕНИЯ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН
Гарифуллова Ю.В., Мальцева Л.И.

37 ПАТОЛОГИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
Голубятникова Е.В., Сотникова Л.С., Удут Е.В., Евтушенко И.Д.

39 ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЯ У ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНО-УЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ
Громова В.А., Ворохобина Н.В., Малыгина О.Ф., Кузнецова А.В.

41 ЭХОГРАФИЯ НОРМАЛЬНОГОВЛАГАЛИЩА И ПОРОКОВ ЕГО РАЗВИТИЯ
Демидов В.Н.

42 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯАВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИВ СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ
Демидов В.Н., Воронкова М.А., Вахтеркина К.Г.

44 К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ВИТАМИНА Д ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Герасимова Л.И., Александров А.Ю., Сидорова Т.Н.

45 ПРОДУКЦИЯ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА У ЖЕНЩИН С СПКЯ
Елгина С.И., Беглова А.Ю.

47 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С БЫСТРЫМИ РОДАМИ
Железова М.Е.

48 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМИ НАУЧНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ НИИ АГИР ИМ. Д.О. ОТТА
Жесткова Н.В., Мыльникова А.С., Опарина Т.И.

50 ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХОСЛОЖНЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ
Залиханова З.М., Мизиев И.А., Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Абрегова А.Р.

52 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ КРИТЕРИИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ
Зур Н.В., Миронов А.Ю.

53 СИСТЕМА «QUORUM SENSING» ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ
Зур Н.В., Миронов А.Ю.

55 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ ИНФЕКЦИЕЙ. ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ ИНФЕКЦИЕЙ
Ионова Е.В., Турчанникова Л.В.

57 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА Р. ФОЛЛЯ ПРИ ФИЗИОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В.

59 ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН: БОЛЕУТОЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В.

60 МАЛОИЗВЕСТНЫЕ ТРУДЫ АКАДЕМИКА Г.Е. РЕЙНА
Казиева З.М.

62 ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОТЕНЦИАЛ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ
Каралова И.В., Шмиголь Э.З.

63 ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОЗА В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Каримова Г.Н., Муравьева В.В., Иванец Т.Ю., Припутневич Т.В., Шмаков Р.Г.

65 РОЛЬ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ АЛЬБУМИНА В ПРЕДИКЦИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Каримова Г.Н., Насонова Д.М., Иванец Т.Ю., Шмаков Р.Г.

66 МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПОЛОСТИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Карпеев С.А., Глушаков Р.И., Тапильская Н.И., Савичева А.М.

68 ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН НА ТЕРРИТОРИИ ТВЕРИ И ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
Климова К.В., Чикалина Н.А.

69 ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ЦЕРВИЦИТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ
Клинышкова Т.В., Буян М.С.

71 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ
В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА
Коваленко М.А., Кравченко Е.Н.

73 ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВАЦИИ И АПОПТОЗА Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ЦИН И МИКРОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ КОРРЕКЦИИ INDICATORS ACTIVATION AND APOPTOSIS OF T-CELL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CIN AND MICROINVASIVE CERVICAL CANCER
Ковчур П.И., Белова Л.И., Курмышкина О.В., Волкова Т.О.

75 ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
(ПО МАТЕРИАЛАМ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ)
Ковчур П.И., Лазаревич О.В., Хидишан Е.В., Ястребова А.В.

77 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ, ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ – РЕАЛЬНЫЙ ФАКТОР ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Ковчур П.И.[1], Бахидзе Е.В.[2]

79 ОЦЕНКА ПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ
Коробкова Е.А., Бендюг Л.В.

81 КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ
Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В.

82 ДИССОЦИИРОВАННЫЙ РОСТ ПЛОДОВ
ПРИ ДВОЙНЕ: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?
Кузнецов П.А., Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С.,
Константинова К.И.

84 ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кулигина М.В., Песикин О.Н., Карнеева Л.В., Комарова И.А.

86 ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ: ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Линева О.И., Романова Е.Ю., Михальченко С.В., Казакова А.В.

87 МЕДИЦИНСКАЯ РЕПРОДУКТИВНАЯ КУЛЬТУРА МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Литвинова Н.И., Журавлева Т.П., Гречанинова Л.М., Левандовская Е.А., Шумова А.Л.

89 ОЦЕНКА РИСКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ЖЕНЩИН С СИМФИЗИОПАТИЕЙ

Логутова Л.С., Чечнева М.А., Черкасова Н.Ю., Анисимов А.В.

91 ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИМФИЗИОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Логутова Л.С., Чечнева М.А., Черкасова Н.Ю., Анисимов А.В.

92 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Магомедова П.А., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х., Эседова А.Э.

94 ЭНДОМЕТРИОЗ И ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ: ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Маланова Т.Б., Ипатова М.В.

96 ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ ПЛОДА
Машинец Н.В.

98 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА, СОДЕРЖАЩЕГО 1,5 МГ 17В-ЭСТРАДИОЛА И 2,5 МГ НОМЕГЭСТРОЛА АЦЕТАТА
Мгерян А.Н., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р.

99 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИМПЛАНТАЦИОННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ
Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Прилепская В.Н., Цаллагова Е.В., Мгерян А.Н.

100 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА
Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., Погосян Ш.М., Хлебкова Ю.С.

102 «ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ К СВОЕЙ ПРОФЕССИИ, КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ УСТАНОВОК НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ»
Мингалева Н.В., Бондаренко А.С.

104 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВОЗРАСТА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Михайлин Е.С.

106 РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПРОГНОЗЕ ИСХОДА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙВ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Муминова Н.Х.

107 ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕСИИ NOD-1 В СИНЦИТИОТРОФОБЛАСТЕ И ЭНДОТЕЛИИ ВОРСИН ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Низяева Н.В.[1], Куликова Г.В.[1], Наговицына М.Н.[1], Сухачёва Т.В.[2], Серов Р.А[2], Михайлова А.Н.[1], Щеголев А.И.[1]

109 ВЛИЯНИЕ ЛИМФОЦИТОТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ЦИТОКИНОВ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Николаева М.Г., Сердюк Г.В., Горбачева Т.И., Фадеева Н.И.

111 ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ СУТОЧНОГО РИТМА МОЧЕОБРАЗОВАНИЯ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ НОКТУРИИ У ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Осипова Н.А.

113 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Осипова Н.А.

114 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Пашов А.И., Сивова Е.Н., Вершинин И.В.

116 ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОТЛИЧИЯ ОДНОСТОРОННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Порошенко А.Б.

118 К ОЦЕНКЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.

120 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Сабиров И.Х., Зефирова Т.П.

121 ИСХОДЫ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Савушкина Н.М., Егорова О.Н., Белов Б.С.

123 ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ВИТАМИНОМ D В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ ГЕСТАЦИИ

Савченко Т.Н., Дергачева И.А., Водяник Н.Д.

125 ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Саидданеш Ш.Ф., Чупрынин В.Д., Мельников М.В., Данилов А.Ю., Хилькевич Е.Г., Павлович С.В.

126 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ

Самко А.А., Новикова С.В., Климова И.В., Бирюкова Н.В.

128 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Акопов К.О., Кацалап С.Н., Гевондян Н.М.

129 ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Кузнецова Е.П., Ванке Е.С., Иванова Т.В.

131 ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ТЭС-ТЕРАПИИ

Смолова Н.В., Андреева М.В.

133 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕСТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Сонич М.Г., Ульянова Н.Ф.

135 ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО И СИСТЕМНОГО АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА

Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Смирнов А.А., Шахламова М.Н., Волощук И.Н., Лебедев В.А., Ли А.Б.

137 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В СОЧЕТАНИИ С СЗРП

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Якушина Н.И.

138 ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ШКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОДДЕРЖКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сухарева Е.А.

140 ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

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

142 ОСОБЕННОСТИ КАТАМНЕЗА ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГРИПП А (H1N1)PDM 09 ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Папкина Т.И., Герасимова А.А., Григорьева О.О., Гомбоева М.С., Доржижапова А.А., Болотова Я.Б., Базарова А.Ц., Жамсаранова А.Д.

144 ФОЛАТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Хомич Е.А.

145 ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ В КЛИНИКЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА
Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Коломытцева С.А., Хаммад Н.П.

147 ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

149 ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Ткаченко Л.В., Фёдорова Е.П., Полеско И.В.

150 АКУШЕРСКИЙ ПЕССАРИЙ – ШАНС ПОЛУЧИТЬ ДОНОШЕННУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ
Узденова З.Х., Черная Н.Е., Шаваева В.А., Шогенова Ф.М., Гатагажева З.М., Абрегова А.Р., Берхамова Э.А.

152 ПРОЛАПС – ЛЕЧИТЬ ИЛИ ПРОФИЛАКТИРОВАТЬ
Узденова З.Х., Черная Н.Е., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., Гатагажева З.М., Абрегова А.Р., Берхамова Э.А.

153 ОСОБЕННОСТИ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫМИ
Фомина М.М., Богатова И.К., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

155 ДИФФЕРЕНЦИРОВКА И ФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСХОДАХ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Фролова М.В., Кудряшова А.В., Сотникова Н.Ю.

157 ОБЪЕМ ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОТЧЕТНОЙ ФОРМЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ №32 ЗА 2015 Г

Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н.

158 НОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ И ПРОГРЕССИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Хлебкова Ю.С., Вишнякова П.А., Погосян Ш.М., Высоких М.Ю., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н.

160 ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК СО СРАЩЕНИЯМИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Ходжаева А.С.

161 ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕСТОЗА

Цигулева О.А., Арутюнян Н.С.

163 ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Шелестова Л.П., Аллахвердиев Р.С.

165 ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ-НОВЫЙ МЕТОД АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Левков Л.А., Кулакова Е.В., Владимирова И.В, Беляева Н.А., Павлович С.В., Куземин А.А., Бурдули А.Г.

167 РОССИЙСКИЕ МОДЕЛИ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ
Шнейдерман М.Г.

169 ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ: РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ
Шогенова Ф.М.

171 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЦЕННОСТИ МАТЕРЕЙ В ОТНОШЕНИИ ИХ ДАЛЬНЕЙШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ
Шувалова М.П., Гребенник Т.К., Чаусов А.А., Приходько Н.А.

173 ГРАДИЕНТ СОВРЕМЕННОГО РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Шувалова М.П., Письменская Т.В.

174 НОВОЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ
Шуравина Н.П., Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Хлынова С.А., Нариманова М.Р.

176 АНЖЕЛИК В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Эседова А.Э., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Махтибекова П.А., Таибова Д.У.

177 ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПО ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО СКРИНИНГА 1 ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ
Ярыгина Т.А., Батаева Р.С

179 КЛЮЧЕВАЯ ПРОБЛЕМА ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Прилепская В.Н.

180 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Назарова Н.М., Мзарелуа Г.М., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Сычева Е.Г., Коршунов А.А., Трофимов Д.Ю., Бурменская О.В.

182 ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВАГИНАЛЬНЫХ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ

Карапетян Т.Э., Донников А.Е., Курчакова Т.А., Прозоровская К.Н., Кокоева Д.Н., Меджидова М.К.

183 ЛОКАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Курчакова Т.А., Донников А.Е., Непша О.С., Меджидова М.К., Кокоева Д.Н., Тютюнник В.Л.

185 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ИЗМЕМЕНИЯМИ МКРНК В ПЛАЗМЕ КРОВИ

Прозоровская К.Н., Файзуллин Л.З., Ганичкина М.Б., Карнаухов В.Н., Трофимов Д.Ю., Тютюнник Н.В., Чаусов А.А., Кан Н.Е.

186 АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Сергунина О.А., Ховхаева П.А., Тютюнник Н.В., Прозоровская К.Н., Караваева А.Л., Красный А.М.

187 АНАЛЬНЫЕ ТИПЫ ВПЧ И АНОМАЛЬНАЯ АНАЛЬНАЯ ЦИТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ

Суламанидзе Л.А., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Бурменская О.В., Демура Т.А., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю.

189 СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ганичкина М.Б., Мантрова Д.А., Арушанова А.Г., Амирасланов Э.Ю., Прозоровская К.Н., Донников А.Е.

СПИСОК АВТОРОВ

Абакарова П.Р. 98

Абубакиров А.Н., Левков Л.А., Кулакова Е.В., Владимирова И.В, 165

Албутова М.Л., Богомолова И.А., Михеенко А.А., Андреева Г.Е., Григорьева Н.В. 3

Албутова М.Л., Трубникова Л.И., Аспатурян А.Р., Идрисова Г.Ш., 5

Александров А.Ю., Сидорова Т.Н. 44

Алимбарова Л.М.[1], Лазаренко А.А.[1], Баринский И.Ф.[1], 6

Амирасланов Э.Ю., Прозоровская К.Н., Донников А.Е. 189

Андреева М.В., Смолова Н.В., Матинян Г.К., Лукичева Я.Ю., 8

Андреева М.В., Фетисова Е.С., Ковалева М.М., Бычкова Н.Е. 10

Арндт И.Г., Петров Ю.А. 11

Арндт И.Г., Петров Ю.А. 13

Артымук Н.В., Елизарова Н.Н. 14

Асатурова А.В., Ежова Л.С., Файзуллина Н.М, Андреев А.И., 16

Бабаева Э.И., Вартанян С.Л., Духин А.О., Арютин Д.Г. 18

Бабенко-Сорокопуд И.В., Яковлева Э.Б., Железная А.А., 19

Бадикова Н.С., Кира Е.Ф. 21

Бадретдинова Ф.Ф., Хамадьянов У.Р., Шейда Л.А., 23

Бадретдинова Ю.А. 23

Байрамова Г.Р., Файзуллин Л.З., Окушко А.Н. 25

Батышева Т.Т., Гунченко М.М., Авцина В.В., Хрусталева Е.В. 26

Бахидзе Е.В., Берлев И.В., Архангельская П.А. 27

Беляева Н.А., Павлович С.В., Куземин А.А., Бурдули А.Г. 165

Бровкина Т.В., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., 29

Брюхина Е.В., Усольцева Е.Н. 31

Бурменская О.В., Демура Т.А., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю. 187

Валикова О.В., Мухотина А.Г. 33

Ванке Е.С., Иванова Т.В. 129

Волощук И.Н., Лебедев В.А., Ли А.Б. 135
Гайдарова А.Х., Котенко Н.В. 34
Ганичкина М.Б., Мантрова Д.А., Арушанова А.Г., 189
Гарифуллова Ю.В., Мальцева Л.И. 35
Гатагажева З.М., Абрегова А.Р., Берхамова Э.А. 150
Гатагажева З.М., Абрегова А.Р., Берхамова Э.А. 152
Герасимова А.А., Григорьева О.О., Гомбоева М.С., 142
Говоруха И.Т., Желтоноженко Л.В., Яценко В.Ю. 19
Голубятникова Е.В., Сотникова Л.С., Удут Е.В., Евтушенко И.Д. 37
Громова В.А., Ворохобина Н.В., Малыгина О.Ф., Кузнецова А.В. 39
Демидов В.Н. 41
Демидов В.Н., Воронкова М.А., Вахтеркина К.Г. 42
Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Герасимова Л.И., 44
Донников А.Е., Шубина Е.С., Быстрицкий А.А., Муравьева В.В., 29
Доржижапова А.А., Болотова Я.Б., Базарова А.Ц., 142
Елгина С.И., Беглова А.Ю. 45
Жамсаранова А.Д. 142
Железова М.Е. 47
Жесткова Н.В., Мыльникова А.С., Опарина Т.И. 48
Залиханова З.М., Мизиев И.А., Узденова З.Х., 50
Зур Н.В., Миронов А.Ю. 52
Зур Н.В., Миронов А.Ю. 53
Ионова Е.В., Турчанникова Л.В. 55
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В. 57
Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В. 59
Казиева З.М. 60
Калинина Е.А., Долгушина Н.В. 140
Каралова И.В., Шмиголь Э.З. 62
Карапетян Т.Э., Донников А.Е., Курчакова Т.А., 182
Каримова Г.Н., Муравьева В.В., Иванец Т.Ю., 63

Каримова Г.Н., Насонова Д.М., Иванец Т.Ю., Шмаков Р.Г. 65

Карнаухов В.Н., Трофимов Д.Ю., Тютюнник Н.В., 185

Карпеев С.А., Глушаков Р.И., Тапильская Н.И., Савичева А.М. 66

Кацалап С.Н., Гевондян Н.М. 128

Климова К.В., Чикалина Н.А. 68

Клинышкова Т.В., Буян М.С. 69

Кобякова З.И. 5

Коваленко М.А., Кравченко Е.Н. 71

Ковчур П.И.[1], Бахидзе Е.В.[2] 77

Ковчур П.И., Белова Л.И., Курмышкина О.В., Волкова Т.О. 73

Ковчур П.И., Лазаревич О.В., Хидишан Е.В., Ястребова А.В. 75

Кокоева Д.Н., Тютюнник В.Л. 183

Константинова К.И. 82

Коробкова Е.А., Бендюг Л.В. 79

Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В. 81

Кузнецов П.А., Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С., 82

Кулигина М.В., Песикин О.Н., Карнеева Л.В., Комарова И.А. 84

Курчакова Т.А., Донников А.Е., Непша О.С., Меджидова М.К., 183

Левандовская Е.А., Шумова А.Л. 87

Линева О.И., Романова Е.Ю., Михальченко С.В., Казакова А.В. 86

Литвинова Н.И., Журавлева Т.П., Гречанинова Л.М., 87

Логутова Л.С., Чечнева М.А., Черкасова Н.Ю., Анисимов А.В. 89

Логутова Л.С., Чечнева М.А., Черкасова Н.Ю., Анисимов А.В. 91

Магомедова П.А., Абусуева З.А., Хашаева Т.Х., Эседова А.Э. 92

Маланова Т.Б., Ипатова М.В. 94

Махмудов Ф.Р.[2] 6

Махтибекова П.А., Таибова Д.У. 176

Машинец Н.В. 96

Мгерян А.Н., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., 98

Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Прилепская В.Н., 99

Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., 100

Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н. 158

Мингалева Н.В., Бондаренко А.С. 102

Михайлин Е.С. 104

Могиревская О.А., Шамаракова М.В., Иванова Н.В., Азиев О.В., 16

Муминова Н.Х. 106

Назарова Н.М., Мзарелуа Г.М., Зардиашвили М.Д., 180

Некрасова М.Е., Сычева Е.Г., Коршунов А.А., 180

Низяева Н.В.[1], Куликова Г.В.[1], Наговицына М.Н.[1], 107

Николаева М.Г., Сердюк Г.В., Горбачева Т.И., Фадеева Н.И. 109

Осипова Н.А. 111

Осипова Н.А. 113

Пашов А.И., Сивова Е.Н., Вершинин И.В. 114

Погосян Ш.М., Орлова О.Е., Трофимов Д.Ю. 29

Погосян Ш.М., Хлебкова Ю.С. 100

Порошенко А.Б. 116

Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В. 118

Прилепская В.Н. 179

Припутневич Т.В., Шмаков Р.Г. 63

Прозоровская К.н., Караваева А.л., Красный А.м. 186

Прозоровская К.Н., Кокоева Д.Н., Меджидова М.К. 182

Прозоровская К.Н., Файзуллин Л.З., Ганичкина М.Б., 185

Сабиров И.Х., Зефирова Т.П. 120

Савушкина Н.М., Егорова О.Н., Белов Б.С. 121

Савченко Т.Н., Дергачева И.А., Водяник Н.Д. 123

Саидданеш Ш.Ф., Чупрынин В.Д., Мельников М.В., Данилов А.Ю., 125

Самко А.А., Новикова С.В., Климова И.В., Бирюкова Н.В. 126

Сергунина О.А., Ховхаева П.а., Тютюнник Н.в., 186

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Акопов К.О., 128

Серебренникова К.Г., Твердикова М.А., Кузнецова Е.П., 129

Смолова Н.В., Андреева М.В. 131

Сонич М.Г., Ульянова Н.Ф. 133

Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Смирнов А.А., Шахламова М.Н., 135

Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Якушина Н.И. 137

Суламанидзе Л.А., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., 187

Сухарева Е.А. 138

Сухачёва Т.В.[2], Серов Р.А[2], Михайлова А.Н.[1], Щеголев А.И.[1] 107

Сыркашева А.Г., Казакова В.В., Андреева М.Г., 140

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Папкина Т.И., 142

Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Хомич Е.А. 144

Ткаченко Л.В., Курушина О.В., Коломытцева С.А., Хаммад Н.П. 145

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. 147

Ткаченко Л.В., Фёдорова Е.П., Полеско И.В. 149

Трофимов Д.Ю., Бурменская О.В. 180

Тучина А.В. 8

Узденова З.Х., Черная Н.Е., Шаваева В.А., Шогенова Ф.М., 150

Узденова З.Х., Черная Н.Е., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., 152

Фомина М.М., Богатова И.К., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г. 153

Фролова М.В., Кудряшова А.В., Сотникова Н.Ю. 155

Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н. 157

Хилькевич Е.Г., Павлович С.В. 125

Хлебкова Ю.С., Вишнякова П.А., Погосян Ш.М., Высоких М.Ю., 158

Хлынова С.А., Нариманова М.Р. 174

Ходжаева А.С. 160

Цаллагова Е.В., Мгерян А.Н. 99

Цигулева О.А., Арутюнян Н.С. 161

Чаусов А.А., Кан Н.Е. 185

Чернова В.Ф., Трофимов Д.Ю. 25

Шелестова Л.П., Аллахвердиев Р.С. 163

Шнейдерман М.Г. 167

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Мишиева Н.Г., 165

Шогенова Ф.М. 169

Шогенова Ф.М., Абрегова А.Р. 50

Шувалова М.П., Гребенник Т.К., Чаусов А.А., Приходько Н.А. 171

Шувалова М.П., Письменская Т.В. 173

Шуравина Н.П., Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., 174

Щербакова Л.Н., Пороховой В.О. 16

Эседова А.Э., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А., Идрисова М.А., 176

Ярыгина Т.А., Батаева Р.С 177