

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



XXXI

МОСКВА

**XXXI
ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС**

**АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ В ЭПИЦЕНТРЕ
ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ОТ МЕНАРХЕ
ДО МЕНОПАУЗЫ**

4–6 МАРТА 2025 ГОДА

**Москва, ул. Академика Опарина, д. 4
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России**

Сборник тезисов

**XXXI Всероссийский Конгресс
«Амбулаторно-поликлиническая помощь
в эпицентре женского здоровья
от менархе до менопаузы»**

Москва, 2025 – 255 с.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Российское общество акушеров-гинекологов

Общероссийская общественная организация «Российское общество по контрацепции»

Международная общественная организация «Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии»

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Академика РАН Сухих Г.Т.

Профессора Прилепской В.Н.

Составитель сборника к.м.н. Сычева Е.Г.

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

ISBN 978–5–906484–80–2

ООО «МЕДИ Экспо», 2025



РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

Абсатарова Ю.С., Евсеева Ю.С., Зеленкова-Захарчук Т.А., Андреева Е.Н.,
Шереметьева Е.В., Григорян О.Р., Михеев Р.К.

г. Москва

ГНЦ РФ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Актуальность

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) – патология, сопровождающаяся истощением овариального резерва в возрасте до 40 лет и характеризующаяся уменьшением выработки половых стероидов и бесплодием. Кроме того, для пациенток с данным заболеванием характерен высокий риск тревожных и депрессивных расстройств, что приводит к усугублению физического состояния и снижению качества жизни.

Цель

Представить описание клинического случая женщины с привычным невынашиванием беременности, ПНЯ и сопутствующей психопатологией.

Материалы и методы

Пациентка Н. 37 лет обратилась в отделение эндокринной гинекологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» в феврале 2024 г. с жалобами на привычное невынашивание беременности, повышенную тревожность, увеличение веса до 107 кг. В анамнезе 1 самостоятельные срочные роды в 2014 году, выкидыш на 18 неделе вследствие истмико-цервикальной недостаточности в 2020 г., замершая беременность в 6 недель в 2021 г., самопроизвольный аборт в 7 недель в 2023 г. Было проведено 2 протокола стимуляции суперовуляции в 2022 г. и 2023 г., но получить качественные яйцеклетки не удалось. За первую беременность пациентка прибавила в весе 20 кг, далее отмечала постепенный набор массы тела. Индекс массы тела на момент обращения 39,3 кг/м².

По данным гормонального анализа (январь 2024 г.): фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) – 25,6 Ед/л, лютеинизирующий гормон (ЛГ) – 19,8 Ед/л. В отделении проведено лабораторное исследование: Глюкоза – 5,7 ммоль/л, ЛГ – 5,2 Ед/л, ФСГ – 13,7 Ед/л, АМГ – 0,17 нг/мл. Методом высокоэффективной жидкостной хромато-масс-спектрометрии исследованы эстрадиол – 157 пмоль/л и тестостерон – 0,3 нмоль/л.

Учитывая жалобы на тревожность, пациентке была рекомендована консультация психотерапевта. При осмотре психотерапевтом выявлены: тревога ожидания повторной



неудачной беременности, неустойчивое настроение с перееданием простых углеводов. Выставлен диагноз: смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Назначена терапия венлафоксином и алпразоламом под динамическим контролем психотерапевта. Лечение пациентка переносила хорошо, отмечала снижение аппетита.

Несмотря на данные рекомендации по контрацепции, спустя 3 месяца пациентка повторно обратилась к гинекологу в связи с самостоятельно наступившей беременностью (13 недель). Повторно осмотрена психотерапевтом с целью коррекции терапии. Отмечалась положительная динамика в виде улучшения настроения, уменьшения тревоги, переедания, снижения веса на 4 кг. Беременность протекала без особенностей. Самостоятельные роды на 39 неделе, родилась девочка 3390 г, 50 см, по шкале Апгар 8/9.

Результаты

Вышеописанный клинический случай доказывает, как важно выявить психопатологию у пациенток с гипофункцией яичников и вовремя маршрутизировать женщину к психотерапевту с последующим назначением соответствующей терапии для улучшения репродуктивного прогноза.

Заключение

Несомненно, ПНЯ приводит к выраженному снижению фертильности, однако не менее значимым является психологическое состояние пациенток. Именно поэтому только междисциплинарный подход гинеколога и психиатра сможет повысить эффективность лечения и привести к восстановлению репродуктивной функции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Абусуева З.А., Сейдалиева К.Л.

г. Махачкала

ДГМУ

Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) является актуальной проблемой репродуктивного здоровья женщины. Согласно данным разных авторов, распространенность этого синдрома достигает до 20% среди женщин репродуктивного периода. Одним из патогенетических звеньев является хроническое воспаление низкой степени активности. Воспалительные реакции формируются преимущественно в жировой ткани за счет моноцитов, макрофагов, хемотаксических белков, которые выделяют цитокины, интерлей-



кины (IL) воспалительного и противовоспалительного рядов. С-реактивный белок (СРБ) является одним из универсальных маркетов воспаления.

Цель

Доказать взаимосвязь между СПЯ и воспалением за счет выявления корреляции между уровнями С-реактивного белка и интерлейкинов.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе женской консультации №1 (Махачкала). В исследование включены 108 женщин, которые были разделены на две группы: группа контроля, которая включала 52 женщины, и женщины с диагностированным СПЯ – 56 человек. Диагноз СПЯ выставлялся согласно Роттердамским критериям, пациентки с вторичными причинами СПЯ были исключены из исследования. Участникам исследования определяли уровень интерлейкинов, в частности IL-1 и IL-10, а также уровень СРБ. Для статистического анализа полученных данных применяли стандартный пакет статистических таблиц Microsoft Excel.

Результаты

Из 108 женщин, проходивших исследование, 52% были пациентками с СПЯ, а 48% являлись женщинами без патологий. Уровень СРБ у пациенток с СПЯ – 7,1, а в выборке здоровых женщин – 2,1. Уровень IL-1 среди женщин с СПЯ – 15,2, а в контрольной группе – 4,82. Уровень IL-10 у женщин с СПЯ – 3,8, в выборке здоровых – 8,64.

Заключение

В ходе исследования выявлено, что показатели IL-1, IL-10, СРБ у лиц с СПЯ достоверно выше по сравнению с контрольной группой (0,0001), что свидетельствует о роли хронического воспаления в патогенезе СПЯ.



РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ МИО-ИНОЗИТОЛА И D-ХИРО-ИНОЗИТОЛА В СООТНОШЕНИИ 40:1 У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Абусева З.А., Эфендиева Р.М., Сейдалиева К.Л.

г. Махачкала

ДГМУ

Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПЯ)- эндокринное заболевание женщин репродуктивного периода. Распространенность данного синдрома колеблется от 9% до 17%.

Инновационной методикой лечения является применение инозитола в лечении СПЯ. Данных, свидетельствующих об эффективности инозитола, становится всё больше и больше. Соотношение 40:1 считается более физиологичным и именно в таком соотношении мио- и D-хиро-инозитол находятся в плазме крови.

Цель

Доказать эффективность лечения СПЯ комбинацией мио- и D-хиро-инозитола в соотношении 40:1.

Материалы и методы

В исследование было включено 32 пациенток, проходивших лечение в гинекологическом отделении ГБУ РД «РКБ» г.Махачкалы. Критерии включения: возраст от 20 до 40 лет; диагностированный СПКЯ на основе Роттердамских критериев; ИМТ > 27, наличие гиперинсулинемии. Критерии исключения: наличие в анамнезе раннее вторичных эндокринных патологий и метаболических нарушений; наличие фармакологического лечения в течение последних 3 месяцев перед включением в исследование.

Пациенты были разделены на две группы: первая группа-контрольная, получающая лечение по привычной схеме, включающей в себя мероприятия по модификации образа жизни, терапию по снижению инсулинорезистентности (метформин в дозировке 1000мг), комбинированные эстроген-гестагенные препараты с добавлением антиандрогенного компонента (Диане-35), вторая группа помимо перечисленных препаратов принимала стериоизомеры инозитола (мио-инозитол в дозировке 1100мг и D-хиро-инозитол в дозировке 27,5 мг).



Результаты

Проводилась оценка гормонального профиля и антропометрических данных в исследуемых группах. В ходе исследования было выявлено, что темпы снижения уровня АМГ, ЛГ, ДГЭАС, андростендиона в группе, принимающей стероизомеры инозитола были значительно выше. У пациенток, принимающих изомеры инозитола были отмечены более высокие темпы сброса веса и нормализации ИМТ. В группе контроля наблюдалось в среднем снижением ИМТ на $3,63 \pm 1,18$, в группе пациенток, принимающей инозитола на $5,97 \pm 1,26$.

Средний уровень гликированного гемоглобина в группе контроля до исследования составлял $6,26 \pm 1,89$, в ходе лечения он снизился до $5,86 \pm 1,21$. В группе принимающей инозитол уровень гликированного гемоглобин снизился с $6,34 \pm 1,78$ до $5,04 \pm 0,98$. Наблюдается значительное снижение уровня гликированного гемоглобина у группы, принимающей инозитол.

Заключение

Полученные данные показывают, что использование инозитола в лечении СПЯ способствует снижению инсулинорезистентности, нормализации веса и гормонального профиля. Именно соотношение 40:1 приводит к быстрому исчезновению клинических симптомов и гистологических признаков СПЯ.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕМ АУТОИММУННЫХ МАРКЕРОВ

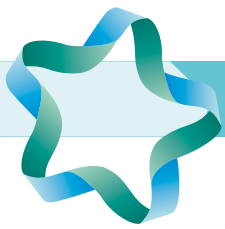
Адамян Л.В., Антонова А.А., Менжинская И.В., Макиян З.Н.

г. Москва

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Актуальность

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) является важной проблемой репродуктивной медицины и представляет собой симптомокомплекс, проявляющийся олиго/аменореей более 4 месяцев и повышением фолликулостимулирующего гормона (ФСГ > 25 МЕ/мл) в возрасте до 40 лет. Причинами ПНЯ являются ятрогенные, генетические, аутоиммунные факторы и др. Повышение гонадотропинов и снижение эстрогена приводит



к бесплодию, вазомоторным нарушениям, снижению либидо, сердечно-сосудистым заболеваниям, когнитивным нарушениям, депрессии и другим осложнениям. Важным является комплексный подход и привлечение междисциплинарной команды специалистов к обследованию и лечению ПНЯ, включающему как консервативные, так и хирургические методы.

Цель

Изучить эффективность комплексного подхода к обследованию и лечению ПНЯ с применением новых хирургических технологий.

Материалы и методы

В гинекологическом отделении проведено комплексное обследование и лечение 46 пациенток с ПНЯ. Предоперационное обследование включало оценку объема яичников и подсчет антральных фолликулов при ультразвуковом исследовании (УЗИ), анализ клинико-anamnestических данных, генетическое обследование. Хирургический этап лечения ПНЯ в 35 случаях включал проведение одноэтапной хирургической активации яичников, а у 11 пациенток – применение тубусного скальпеля по методам, разработанным академиком РАН Адамян Л.В. и соавторами в 2019 (патент № 2748246) и 2023 гг. (патент № 2809445). Группу сравнения составили 25 женщин с нормальным овариальным резервом без пролиферативных гинекологических заболеваний.

С использованием новых модификаций иммуноферментного анализа (ИФА) определяли широкий спектр сывороточных аутоантител, включая антитела к стероидогенным ферментам (патент № 2829511), в динамике до и после оперативного лечения у пациенток обеих групп.

Результаты

У 63% пациенток наблюдалось первичное и у 37% пациенток вторичное бесплодие, отсутствие эффекта от консервативного лечения, включая неэффективные попытки ЭКО с собственными или донорскими ооцитами в 41,3% случаев. У 69,6% пациенток при обращении на первичный прием отмечалась вторичная аменорея в течение 1 (0-12) года, тогда как у 30,4% пациенток был сохраненный нерегулярный менструальный цикл. По данным УЗИ фолликулярный тип ПНЯ был установлен у пациенток в 78,3% случаев до оперативного лечения по наличию от 1 до 4 фолликулов в одном из яичников.

Уровень антимюллера гормона у пациенток с сохраненным менструальным циклом составил 0,14 (0,01-0,28) нг/мл, и был выше, чем в группе с аменореей (0,02 (0,01-0,4) нг/мл). Уровни гонадотропных гормонов у пациенток были повышены в разной степени, при этом уровень ФСГ был значимо выше при аменорее (37,1 (5,18-189) мМЕ/мл), чем без нее (14,95 (5,2-84,1) мМЕ/мл), ($p=0,0041$).



С помощью разработанных методик ИФА выявлены новые диагностические маркеры аутоиммунной ПНЯ (аутоантитела к ферментам СУР19А1, СУР11А1), которые значимо чаще детектировались у пациенток основной группы ($p < 0,01$). При определении аутоантител в динамике у пациенток с ПНЯ до и после оперативного лечения не наблюдалось повышения уровня или запуска продукции аутоантител.

Начиная с раннего послеоперационного периода все женщины отметили улучшение сна, повышение либидо, снижение ночной потливости вплоть до полного её исчезновения. После оперативного лечения пациентки направлялись к репродуктологу для ежемесячного проведения фолликулометрии с целью подбора оптимального протокола ВРТ для реализации репродуктивной функции.

На момент исследования у 15 (32,6%) пациенток получен 31 ооцит, криоконсервировано 15 эмбрионов. Наступило 6 (13%) беременностей, 3 (6,52%) из которых завершились своевременными оперативными родами здоровых, доношенных детей.

Заключение

Комплексный подход к лечению ПНЯ с использованием новых хирургических технологий приводит к улучшению общего состояния пациенток, способствует реализации их репродуктивной функции и является безопасным с точки зрения запуска аутоиммунных процессов.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У РОДРАЗРЕШЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИМФИЗИОПАТИЯМИ

Азизова Г.Д., Юсупбаева А.Р

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Актуальность

В настоящее время от 20% до 50% женщин сталкиваются с малоизученным осложнением беременности, таким как болевой синдром в области лонного сочленения, который может привести к значительному травматизму и ухудшению качества жизни как в период беременности, так и в последующем, приводя порой к временной инвалидизации.

Цель

Изучить особенности клинико-anamнестических данных и способы родоразрешения у беременных женщин с симфизиопатиями.



Материалы и методы

Изучена информация, представленная в историях болезни 50 родоразрешенных женщин с симфизиопатиями за 2024г в «РСНПМЦЗМиР» и в Кибрайском родильном доме. Проанализированы клиничко-anamнестические данные и данные ультразвуковое исследование лонного сочленения, и способ родоразрешение.

Результаты

Данные историй болезней родоразрешенных с симфизиопатиями показал, что чаще встречаются у женщин молодого возраста в среднем $20,8 \pm 3,28$ лет и у повторнородящих женщин, с коротким интергенетическим интервалом, а также рожденными в анамнезе крупных детей, в среднем масса плода 3900 ± 4100 гр и с сопутствующими патологиями. Избыточную массу тела обнаружили у 13 (26%), ожирение 1-2 степени у 11 (22%) женщин. По данным УЗИ расхождение лонного сочленения из 50 женщин всего лишь у 6 (12%) выявили I степени, у 21 (42%) II степень и у 23 (46 %) - III степень. В зависимости от клиничко-anamнестических данных и степени выраженности болевого синдрома, 5% женщин родили естественным путём, 95% родоразрешены путём кесарева сечения.

Заключение

Данные показатели указывают об актуальности данной проблемы, и разработке алгоритма, тактики ведение и способы родоразрешения пациенток с симфизитами. Важно провести корректную реабилитацию после родов для предотвращения рецидивов. Совершенствование методов профилактики, диагностики симфизитов требует междисциплинарного подхода и дальнейших исследований.

НИША ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОЭСТРОГЕНОВ, КАК АЛЬТЕРНАТИВА МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Аксенова А.В., Юрова М.В.

г. Москва

ФГАОУ ВО «Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России;
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Среди числа самых распространенных тягостных симптомов в период менопаузального перехода и постменопаузы следует выделить жалобы на приливы (75% в возрасте



от 45 до 55 лет, при этом в 28,5% случаев регистрируется средняя или тяжелая степень выраженности симптома), нарушения сна у 39 – 47% в перименопаузе, у 35 – 60% женщин в постменопаузе, остеопороз – у 34% женщин при достижении ими 50 лет и старше. Также 15% женщин в перименопаузе и до 80 % женщин в постменопаузе отмечают симптомы генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС). Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) является «золотым стандартом» для сохранения здоровья и повышения качества жизни пациенток в пери- и постменопаузальном периодах. Однако обозначены психологические, социальные и/или медицинские ограничения к применению данной терапии.

Цель

Определить эффективность и безопасность растительных препаратов фитоэстрогенов для лечения климактерического синдрома.

Материалы и методы

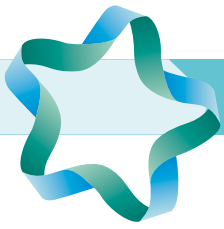
Систематический обзор выполнен в соответствии с рекомендациями PRISMA 2020, поиск публикаций осуществлялся по базам данных PubMed (включая Medline), Web of Science, по российским научным электронным библиотекам eLIBRARY.RU и «КиберЛенинка» с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2024 г. Были рассмотрены и сопоставлены фармакологическое действие, эффективность и ограничения МГТ как терапии первой линии, так и растительных препаратов с эстрогеноподобным действием.

Результаты

Анализ результатов при назначении менопаузальной гормональной терапии показал, что применение МГТ сопряжено с купированием вазомоторных симптомов в 75% случаев, со снижением рисков перелома шейки бедра на 30%, с превенцией сахарного диабета – на 30%, со снижением летальности от кардиоваскулярных причин на 12-54%. Выявлено достоверное снижение выраженности климактерического синдрома через 3 и 6 мес. (снижение модифицированного менопаузального индекса в группе приема фитоэстрогена). При исследовании, пациенток с раком молочной железы после операции и химиотерапии – 12 из 15 продемонстрировано значительное улучшение показателей по индексу Куппермана для оценки менопаузы и приливов. Также, в сравнении с плацебо, эффективность экстракта цимицифуги отмечена при купировании головной боли 51,4%, аритмий 60%, сонливости 83% и др. Доля пациентов, у которых по результатам анкетирования была отмечена удовлетворенность от применения препарата, составила 70,2% на момент последнего наблюдения, готовность продолжить применение экстракта цимицифуги после завершения исследования выразили 60% пациентов.

Заключение

Показана актуальность, эффективность и безопасность имплементация альтернативных методов для компенсации дефицита гормонального влияния, в частности, использова-



ние препаратов фитоэстрогенов для коррекции климактерического синдрома и остальных тягостных проявлений данного периода жизни женщины.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМАХ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Алиева Фарах Т.¹, Багирова Х.Ф.¹, Алиева Фидан Т.¹, Алиева Э.М.²

г. Баку

¹Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии II, Баку, Азербайджан

²Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии I, Баку, Азербайджан

Актуальность

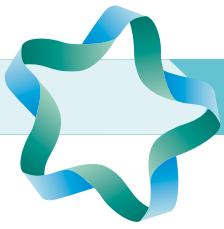
Эндометриоз – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний занимающее третье место после воспалительных процессов органов репродуктивной системы и миомы матки, и составляет 10% в структуре заболеваемости женских половых органов (Оразов М.Р. и соавт., 2019).

Установлено, что каждая третья пациентка с бесплодием, обращающаяся в центры вспомогательных репродуктивных технологий, страдает наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) (Краснопольская К.В. и соавт., 2016). Диагностика НГЭ часто осуществляется с большим опозданием: первые симптомы заболевания, такие как хроническая тазовая боль и дисменорея, наблюдаются у 38% пациенток в возрасте до 20 лет (Staal A.H. et al., 2016).

По данным World Endometriosis Society, НГЭ диагностируют в среднем через 6–7 лет после появления первых симптомов, в России – через 7–12 лет (Шестакова И.Г. и соавт., 2014).

Частота рецидивов эндометриоза, по данным литературы, варьирует от 6% до 67%. Рецидив заболевания наблюдается у 21% пациенток через 1–2 года после лечения, у 47% – через 5 лет, и у 55% – спустя более 5 лет. При этом у 41% пациенток с рецидивом НГЭ в позднем послеоперационном периоде сохраняется бесплодие (Борисова А.Б. и соавт., 2018).

Исходя из актуальности определена цель настоящего исследования.



Цель

Изучить диагностическую значимость перитонеальных факторов при рецидивирующем НГЭ.

Материалы и методы

В исследование были включены 59 больных с рецидивирующим НГЭ (основная группа). В 1-ую группу сравнения вошли 40 женщин с впервые выявленным НГЭ. Во 2-ую группу сравнения включены 20 женщин с отсутствием клинико-диагностических проявлений эндометриоза.

Были проведены клинические, лабораторные, инструментальные, эндоскопические, молекулярно-биологические, гистологические и иммуногистохимические методы исследования. Также был применен экспресс-метод диагностики – поверхностно-усиленное Рамановское рассеяние (ПУРР) перитонеальной жидкости.

Результаты

В результате проведенного нами исследования была изучена частота рецидивов у обследованных больных, в среднем колебалась в пределах $3,7 \pm 0,4$ лет, при этом у 86,4% больных отмечался однократный рецидив, у 10,2% (n=6) отмечалось 2 рецидива, у 3,4% (n=2) – 3 рецидива.

Установлено, что показатели трансформирующего фактора роста $\beta 1$ (ТФР $\beta 1$) и гликоделина А (ГДА) в перитонеальной жидкости при рецидивирующем и впервые выявленном НГЭ существенно не отличаются, в то же время уровень ТФР $\beta 1$ достоверно выше пациентов с отсутствием эндометриоза ($p < 0,05$). Высокие показатели ГДА у 30,1% пациенток при рецидивирующем и у 20% пациенток при впервые выявленном наружном генитальном эндометриозе связано, преимущественно, с более распространенными формами эндометриоидного процесса.

Высокий уровень экспрессии гена ТФР $\beta 1$ в интактной тазовой брюшине является одним из прогностических критериев риска развития рецидивирующего НГЭ.

ПУРР перитонеальной жидкости является информативным экспресс-методом диагностики эндометриоза, для которого характерны полосы с одинаковым положением пиков: 588, 635, 721, 809, 883, 1001, 1052, 1133, 1207, 1325, 1442, 1571 см⁻¹. Чувствительность данного метода относительно диагностики эндометриоза составило 83%, специфичность – 86%. Точность дифференцировки эндометриоза достигает 97%. Точность разделения впервые выявленного и рецидивирующего наружного генитального эндометриоза достигает 75%.



Заключение

Поверхностно-усиленное Рамановское рассеяния перитонеальной жидкости в сочетании с высоким уровнем ТФР $\beta 1$ в интактной тазовой брюшине являются информативными в диагностике рецидивирующего НГЭ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Алиева Фидан Т.¹; Багирова Х.Ф.¹; Алиева Фарах Т.¹; Алиева Э.М.²

г. Баку

1 Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии II. Баку, Азербайджан.

2 Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии I, Баку, Азербайджан.

Актуальность

Пременопаузальный период характеризуется множеством изменений, связанных с постепенным угасанием функциональной активности яичников. Эти изменения существенно увеличивают риск преинвазивных и инвазивных процессов в органах репродуктивной системы и, прежде всего, в эндометрии (El-Tamamy, 2018; Pence I., 2016).

Частота гиперплазии эндометрия в перименопаузальном периодах достигает 50% (Kocavska A. et al., 2022).

Пременопаузальный период характеризуется вариабельностью менструального цикла, начиная с 40 лет до наступления менопаузы. Снижение уровня эстрадиола, прогестерона, ингибина В и антимюллерова гормона, колебание фолликулостимулирующего гормона влияет на метаболические процессы в этом периоде жизни. У большинства женщин в этом периоде отмечается склонность к увеличению массы тела и перераспределению жировой ткани с последующим развитием абдоминального и висцерального ожирения.

В этом возрасте частота сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта увеличивается в 3 раза (Beniuk V.O. et al, 2021).

Увеличение жировой ткани приводит к гиперэстрогении за счет периферической ароматизации андростендиона, что может быть причиной развития гиперпластических процессов эндометрия (Ахундова Н.Э. и соавт., 2018).

Частота гиперплазии эндометрия колеблется в пределах от 25,9 до 78%, что приводит к возникновению ациклических маточных кровотечений (Бабурин Д.В., 2020).



Следует отметить, что имеются ограниченные сведения об информативности современных методов диагностики патологии эндометрия в пременопаузальном периоде.

Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель исследования.

Цель

Изучить эффективность современных методов исследования в диагностике патологии эндометрия в пременопаузальном периоде.

Материалы и методы

В исследование были включены 73 женщины с различной патологией эндометрия в пременопаузальном периоде.

Полученные результаты были сравнены с данными пациенток (n=20) без патологии эндометрия в пременопаузальном периоде.

Были проведены клинические, функциональные, гормональные, молекулярно-биологические, микробиологические, эндоскопические, гистологические методы исследований. Впервые с целью экспресс диагностики патологии эндометрия был применен метод поверхностного усиленного Рамановского рассеяния.

Результаты

В результате проведенного исследования установлено, что в пременопаузальном периоде патология эндометрия у 42,5% проявляется наличием полименореи, у 39,7% ациклическими кровянистыми выделениями, у 27,4% – меноррагией, у 19,2% – опсоменореей, у 16,4% – болями в пояснице и внизу живота, у 12,3% – пройоменореей. У 5,5% больных отмечалось бессимптомное течение патологии эндометрия.

Установлено, что системное снижение трансформирующего фактора роста бета 1 (59,28 пг/мл) и повышение уровня гликоделина А (0,67 нг/мл) в плазме крови является значимым прогностическим фактором риска развития патологии эндометрия у пациенток в пременопаузальном периоде.

У пациенток пременопаузального периода регистрируемые усредненные спектры поверхностно-усиленного Рамановского рассеяния плазмы крови в совокупности с системным снижением трансформирующего фактора роста бета 1 и повышением уровня гликоделина А в плазме крови с высокой долей вероятности можно прогнозировать развитие патологии эндометрия.

Заключение

Ведение пациенток пременопаузального возраста, в зависимости от изменений спектральных характеристик и уровней биомаркеров, позволяет прогнозировать и расширить комплекс диагностических мероприятий при патологии эндометрия.



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА

Аскеров А.А., Ташмаматова Д.М., Жалиева Г.К., Аманатов Б.К.

Бишкекский международный медицинский институт

Ключевые слова: перинатальная программа, преждевременные роды, качество медицинских услуг, нейропротекция, мертворождение

Аннотация: в статье изучена частота преждевременных родов в региональных областных организациях здравоохранения Кыргызстана, с оценкой антенатальной нейропротекции магния сульфатом, беременным женщинам со сроком гестации 26-36 недели на частоту случаев внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) и перинатальной смертности недоношенных младенцев. В региональных областных организациях здравоохранения удельный вес преждевременных родов был от 4,5% до 10,6%. Приоритетными проблемами остаются ранняя профилактика и коррекция предпосылок преждевременных родов (гестагенная поддержка, лечение рецидивирующих вагинитов, хирургический церкляж шейки матки и другие). Уровень антенатальной нейропротекции сульфатом магния среди женщин с преждевременными родами изначально был нулевым, и в тех организациях где начали поднимать этот уровень до 80% не отмечены случаи ВЖК.

PREMATURE BIRTHS IN THE REGIONS OF KYRGYZSTAN

Askerov A.A., Tashmamatova D.M., Zhalieva G.K., Amanatov B.K.

Bishkek International Medical Institute

Abstract: the article studied the frequency of premature births in regional regional health organizations of Kyrgyzstan, with an assessment of antenatal neuroprotection with magnesium sulfate, in pregnant women with a gestation period of 26-36 weeks on the incidence of intraventricular hemorrhages and perinatal mortality of premature infants. In regional healthcare organizations, the proportion of premature births was from 4.5% to 10.6%. Priority problems remain early prevention and correction of prerequisites for premature birth (gestagenic support, treatment of recurrent vaginitis, surgical cerclage of the cervix, etc.). The level of antenatal neuroprotection with magnesium sulfate among women with premature births was initially zero, and in those organizations where this level began to be raised to 80%, no cases of IVH were noted.

Введение

Ежегодно в мире происходит 15 миллионов преждевременных родов (более 60% – в странах Азии и Африки: Бюллетень ВОЗ 2013) (1,2). В международном конгрессе FIGO (международная федерация акушеров-гинекологов) в 2018г. был доклад, что за последние 60 лет в мире не произошло снижения частоты преждевременных родов, она составляет 9,5%



всех родов (с небольшими различиями между экономически более и менее состоятельными странами), ежегодно рождается 15млн. недоношенных детей (3,4).

Материал и методы исследования

Задачей данного исследования явилось изучение частоты преждевременных родов, антенатальной нейропротекции сульфатом магния и внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) у недоношенных новорожденных в 7 региональных областных и в 3 межрайонных организациях здравоохранения страны.

Результаты исследования

Нами изучены за последние 3 года (2022, 2023 и 2024гг.) отчетные данные по преждевременным родам в региональных областных организациях здравоохранения страны, кроме национального и столичного перинатального центра Кыргызской Республики. В 2х межрайонных больницах (центры общей врачебной практики-ЦОВП) частота преждевременных родов было в пределах 1,9-2,6%, тогда как в Токмокском ЦОВП удельный вес преждевременных родов было значительно больше (более 9 раз), и доходило до 17,7%. Это было обусловлено функционированием на этом же этапе 2-го этапа выхаживания и принятой маршрутизацией данной категории пациенток. По региональным областным родильным отделениям в зависимости от густонаселенности региона и территории обслуживания, были учреждения с большим (ЖООБ, ОМОКБ, ЧООБ, БООБ), и умеренным (ИООБ, ТООБ, НООБ) численным потоком беременных женщин с преждевременными родами, и по отношению к общему количеству родов процент или удельный вес преждевременных был от 4,5% до 10,6%.

В каждой организации здравоохранения были женщины с предшествующими самопроизвольными преждевременными родами, двойней или\и длиной шейки матки менее 25 мм сроком до 24 недель беременности, больше всего в областных родильных отделениях (ЖООБ, ОМОКБ, БООБ, ЧООБ, ТООБ), которым следовало бы предлагать на антенатальном этапе гестагены, наложение шва и\или пессария на шейку матки для профилактики преждевременных родов.

Уровень антенатальной нейропротекции сульфатом магния среди женщин с преждевременными родами изначально был во всех межрайонных родильных домах нулевым, и в тех организациях где начали поднимать этот уровень до 80% (ЦОВП Балыкчи) не отмечены случаи ВЖК, а где проводят нейропротекцию почти у каждой второй отмечено уменьшение случаев ВЖК (ЦОВП Кызыл-Кия с 6 случаев до 0). Есть региональные областные организации, которые продолжают не проводить антенатальную нейропротекцию сульфатом магния среди женщин с преждевременными родами (ТООБ, НООБ), и при незначительной частоте преждевременных родов с относительно меньшим количеством младенцев с низкой массой тела (менее 1500грамм), отмечаются до 10 случаев ВЖК с младенческой смертностью. Есть регионы за 3 года с относительно умеренным уровнем антенатальной нейропротекции (БООБ – 35,2-47,1%), однако случаи ВЖК с мла-



денческой смертностью более чаще встречается из-за большого удельного веса недоношенных с низкой массой тела – до 50%. Самое большое количество случаев ВЖК отмечено за 3 года в ЖООБ – 737(34,9%), при этом уровень антенатальной нейропротекции сульфатом магния был очень низким – в среднем 8,97%. Возможно низкий уровень нейропротекции обусловлен как своевременной диагностикой и прогнозом преждевременных родов, так и знаниями и навыками медицинских работников по проведению данной технологии. Если по первому направлению в государственных организациях нет уровня комбинированной диагностики биохимическими тестами и цервикометрией, то по второму направлению провели выборочно анонимно опрос анкету среди медработников и провели анализ причин низкого уровня антенатальной нейропротекции сульфатом магния.

Среди анонимно опрошенных медицинских работников (58 врачей гинекологов (82,9%), и 12 акушерок (17,1%)), указали на отсутствие знаний по антенатальной нейропротекции при преждевременных родах – 70%, отсутствие обновленных национальных тематических клинических руководств – 92,8%, отсутствие СОП по антенатальной нейропротекции – 60%, отсутствие оценки и анализа со стороны ФОМС и недостаточный клинический аудит около 60%, недостаток ресурсов по лекарству и ИМН – 41,4%, отсутствие условий со стороны пациента из-за экстренной ситуации почти 50%, наличие условий со стороны пациента для нейропротекции магния сульфатом при преэклампсии до 60%, наличие побочных эффектов для отказа от лечения магния сульфатом -24,3%, не желание проводить антенатальную нейропротекцию магния сульфатом – 37,1%.

Заключение

Таким образом, основываясь на научные взгляды и рекомендации необходимо разработать локальные перинатальные программы по приоритетным проблемам, в том числе по ранней профилактике и ранней коррекции предпосылок преждевременных родов (адекватная гестагенная поддержка, лечение рецидивирующих вагинитов\вагиноз, хирургический церкляж шейки матки и т.д.), разработка и внедрение клинического протокола по ПР с антенатальной нейропротекцией магния сульфатом. Незрелость и других систем могло повлиять на выживаемость в группе маловесных недоношенных младенцев, однако в группе детей более 1500гр были умершие младенцы с тяжелыми внутрижелудочковыми кровоизлияниями, матерям которых антенатально не проводилась необходимая нейропротекция сульфатом магния.

Список использованной литературы:

1. Шеперд Э., Макинтайр С., Эшвуд П., Миддлтон П., Макридес М., Кроутер К. Сравнение диагнозов детского церебрального паралича между Австралийским регистром детского церебрального паралича и крупным клиническим исследованием./Э. Шеперд, С. Макинтайр, Эшвуд П., П. Миддлтон, М. Макридес, К. Кроутер.//Детская неврология и ментальная медицина. – 2020.-Р.62:27.



2. Смит К.А, Плацентарный перенос сульфата магния: рандомизированное плацебо-контролируемое исследование./ К.А. Смит, К.А, Кроутер, К.Уилсон, Д.Ж. Хиллер // Перинатальное общество Австралии и Новой Зеландии, сборник научных статей 7-го конгресса.- 2003.- С.44-48.
3. Кроутер С.А. Внутривенное введение магния в пренатальном периоде на 30–34 неделе беременности и результаты нейроразвития у потомства: рандомизированное клиническое исследование/С.А. Кроутер, П.Е. Мидлетон и соавт.// Журнал Американской медицинской ассоциации – 2023.№(7). -С63-74.
4. Шеферд Е. Связывание данных крупного клинического исследования перинатального периода с австралийским регистром церебрального паралича для долгосрочного наблюдения./Е. Шеферд, Т.Р. Силливан и соавт.,// Журнал педиатрии и детского здоровья. – 2020. №56. – Р43.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА ФОНЕ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Атамогланова Г.К.¹, Алиева Э.М.¹, Асадов Б.М.², Велиева С.Н.¹, Ванабова Ш.В.¹

г. Баку

1 Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии I, Баку, Азербайджан.

2 Азербайджанский медицинский университет, кафедра психиатрии. Баку, Азербайджан

Актуальность

В последние десятилетия качество жизни и психоэмоциональное состояние беременных и родильниц становится актуальной проблемой акушерства, гинекологии, клинической психологии и психиатрии.

По данным эпидемиологических исследований установлено, что у 80% женщин репродуктивного возраста отмечают депрессивные расстройства. В США частота послеродовой депрессии (ПД) колеблется в пределах от 10 до 20% (Коргожа М.А., 2017; Tang X., et al., 2019; Na X et al., 2023; Roddy M.A., et al., 2023).

Проведённые научные исследования позволили выявить четыре группы факторов риска постнатальной депрессии:

- предрасположенность к аффективным расстройствам в анамнезе;



- физические и физиологические факторы риска, включая беременность и послеродовой период;
- социальные проблемы беременных;
- психологические факторы, характеризующие личность женщин, включая отсутствие чувства материнства (Канаманова А., 2022; Макарова М., 2022; Cho K.W.et al., 2020).

Установлена исключительная роль семьи в возникновении депрессивных расстройств.

Следует отметить, что имеются ограниченные и противоречивые сведения об особенностях течения послеродовой депрессии на фоне психических и неврологических расстройств в анамнезе.

Исходя из актуальности данной проблемы, определена цель настоящего исследования.

Цель

Изучение особенностей клинического течения послеродовой депрессии на фоне психических и неврологических расстройств.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 22 родильниц с послеродовой депрессией на фоне психических и неврологических расстройств.

Все пациентки находились и получали лечение в психиатрическом отделении 3-й клинической больницы города Баку.

Средний возраст родильниц составил $25,74 \pm 1,1$ (18-43) лет.

Результаты

Исследование анамнеза родильниц с ПД выявило наличие психических заболеваний, таких как психоаффективные расстройства, разные формы шизофрении, диссоциативные (конверсионные) расстройства, соматоформные неврологические расстройства.

Неврологические расстройства проявлялись у родильниц наличием эпилепсии, неврозов, неврастении, панических атак (фобий).

В результате проведённого исследования было установлено, что у 22 родильниц с ПД на фоне психических и неврологических расстройств у 17 (77,3%) отмечалось беспокойство; у 14 (63,6%) – нарушение сна; у 9 (40,9%) – изменчивость настроения; у 8 (36,4%) – агрессивность; у 7 (31,8%) – слуховые галлюцинации; у 7 (31,8%) – отсутствие самокритики; у 6 (27,3%) – нежелание вступать в контакт с окружающими; у 6 (27,3%) – нежелание отвечать на вопросы; у 6 (27,3%) – неадекватные движения; у 6 (27,3%) – замедленные ответы на вопросы; у 5 (22,7%) – зрительные галлюцинации; у 5 (22,7%) – нестабильные эмоциональные реакции; у 3 (13,6%) – психомоторное возбуждение; у 3 (13,6%) – бредо-



вые идеи; у 3 (13,6%) – расстройства памяти. В единичных случаях наблюдались: заторможенный взгляд (n=2), чуждое отношение к своему ребёнку (n=2), желание убить своего ребенка (n=1), попытка суицида (n=1).

Заключение

Установлено, что ПД на фоне психических и неврологических расстройств сопровождается высокой частотой клинических проявлений, требующих оказания психиатрической помощи.

НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Безирова Л.Х., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Попова И.Г.

г. Иваново

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Актуальность

Актуальность разработанного способа определяется высокой частотой преждевременных родов (ПР). Преждевременные роды – глобальная мировая проблема, снижающая показатели здоровья и качества жизни, поскольку является ведущей причиной младенческой заболеваемости и смертности. Диагностика угрожающих преждевременных родов осложняется разнообразием, неспецифичностью и трудностью объективной оценки клинических проявлений, что может привести к гипердиагностике угрожающих преждевременных родов и неоправданным лечебным вмешательствам.

Серотонин – биогенный амин, как тканевый гормон, вызывает сокращение гладкой мускулатуры, расширяет либо суживает кровеносные сосуды, участвует в формировании и регуляции различных физиологических параметров организма.

Известно, что при развитии серотониновой недостаточности в крови нарушается эндогенная вазомоторика, ухудшается микроциркуляция, возникает локальная и регионарная гипоксия, ухудшается обмен веществ.

Ранее концентрация серотонина у беременных женщин не исследовалась, что определяет его актуальность и новизну.



Цель

Целью работы была разработка нового способа диагностики угрожающих преждевременных родов путем биохимического исследования уровня серотонина в крови.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужила периферическая венозная кровь у 88 женщин в сроке 24-34 недели беременности. Женщины были разделены на 2 группы: контрольную группу составили 52 женщины с нормально протекающей беременностью, в основную группу вошли 36 женщин с угрожающими преждевременными родами.

Методика исследования заключалась в определении концентрации серотонина иммуноферментным методом на анализаторе «EL-808» (США) реагентами фирмы «IBL» (Германия) согласно методике к набору. Полученный результат выражался в нг/мл.

Статистический анализ полученных данных проводился в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2010», «Statistica for Windows 13.0», «MedCalc 7.4.4.1». Значимость различий между показателями оценивалась с помощью критерия Манна – Уитни.

Результаты

Установлено, что при значении концентрации серотонина, равном 44,9 нг/мл и менее, диагностируют угрожающие преждевременные роды. Данный способ диагностики имеет высокую точность – 85,2%, чувствительность – 94,4% и специфичность – 80,8%.

Заключение

Исследование показателя уровня серотонина в плазме крови у беременных в сроке гестации 24-34 недели с высокой точностью определяет угрожающие преждевременные роды. Таким образом, впервые предложено диагностировать угрожающие преждевременные роды по определению концентрации серотонина в плазме крови беременных женщин. Данный способ позволяет повысить точность диагностики данной патологии, своевременно начать проведение лечебно-профилактических мероприятий и будет способствовать снижению частоты преждевременных родов и перинатальных осложнений для матери и ребенка.



ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Безирова Л.Х., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Попова И.Г.

г. Иваново

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Актуальность

Проблема преждевременных родов является одной из самых актуальных и сложных в акушерстве на современном этапе, поскольку от нее зависит здоровье матери и ребенка, а также уровень перинатальной заболеваемости и смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год на планете регистрируется около 15 миллионов случаев преждевременных родов, и это число продолжает расти. Преждевременные роды ассоциируются с рядом серьезных медицинских проблем, включая дыхательную недостаточность, инфекции и неврологические расстройства у новорожденных. В связи с этим, изучение факторов, способствующих возникновению угрожающих преждевременных родов, и разработка эффективных методов их предупреждения и лечения имеют первостепенное значение.

Вегетативная регуляция играет важную роль в обеспечении оптимальных условий для течения беременности и подготовки организма к родам. Оценка вегетативного статуса является важным аспектом в акушерской практике, особенно в контексте угрожающих преждевременных родов. Одним из наиболее распространенных инструментов оценки является опросники, такие как шкала Вейна и другие, которые помогают определить уровень состояния и личной тревожности у женщин. Эти инструменты позволяют получить качественную оценку эмоционального фона и перенапряженности организма в условиях стресса, который может представлять собой предиктор преждевременных родов. Важно отметить, что высокий уровень тревожности и стресса у беременной женщины может привести к различным нарушениям, включая преждевременное развитие родовой деятельности.

Цель

Выявить особенности вегетативного статуса и его регуляции у беременных с угрожающими преждевременными родами.



Материалы и методы

Обследованы 88 женщины в сроке беременности 24-34 недели. Женщины были разделены на 2 группы: контрольную группу составили 52 женщины с нормально протекающей беременностью, в основную группу вошли 36 женщин с угрожающими преждевременными родами. Проведение функциональных проб при помощи расчетов:

1. Показатель индекс Кердо.
2. Индекс Хильдебрандта.
3. Оценки дыхательно-сердечного рефлекса (проба Геринга- Брейера).
4. Вегетативный опросник А.М.Вейна.

Статистический анализ полученных данных проводился в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2010», «Statistica for Windows 13.0.», «MedCalc 7.4.4.1». Значимость различий между показателями оценивалась с помощью критерия Манна – Уитни.

Результаты

Рефлекс Геринга у женщин с УПР составил 18 (50%), а у беременных контрольной группы 32(61,54%). Статистически значимых отличий в сравниваемых группах выявлено не было ($p < 0,05$).

Состояние нормотонии одинаково наблюдалось у женщин в группе с УПР 7 (19,44%) и у женщин группы контроля 12 (23,08%) ($p=0,893$). У беременных основной группы значительно чаще отмечалось парасимпатическое влияние деятельности ВНС 1(2,78%) (, по сравнению с женщинами с нормально протекающей беременностью 11(21,15%) ($p=0,023$). Симпатикотония значительно чаще встречалась у женщин с УПР 28 (77,78%), по сравнению с группой контроля 29(55,77%) ($p=0,055$).

Женщины обеих групп были сопоставимы по частоте встречаемости синдрома вегетативной дисфункции ($p=0,121$).

При оценке индекса Хильдебрандта было выявлено, что у женщин с угрожающими преждевременными родами значительно чаще наблюдалось увеличение ЧСС и ЧДД, по сравнению с группой женщин с нормально протекающей беременностью, но при этом нарушений межсистемного взаимодействия кардиологической и респираторной систем выявлено не было ($p=0,28$).

Заключение

Таким образом, проведение функциональных проб для выявления особенностей вегетативного статуса и его регуляции у беременных женщин является перспективным допол-



нительным методом диагностики угрожающих преждевременных родов, который будет способствовать снижению их частоты.

ВОЗРАСТНЫЕ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Безменко А.А., Захаров И.С., Беженарь В.Ф., Староверова А.С., Баграмян Э.А., Иванова О.А., Капитанова М.В.

г. Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Актуальность

Пролапс тазовых органов (ПТО) является одной из ключевых проблем современной гинекологии. Распространённость ПТО увеличивается с возрастом и достигает 40% у женщин старше 65 лет. При этом анатомические изменения тазового дна, дебютирующие задолго до клинических проявлений ПТО, недостаточно изучены. Это подчёркивает важность раннего выявления ПТО и разработки мероприятий, направленных на его профилактику.

Цель

Оценка анатомо-функциональных особенностей тазового дна у женщин в различные возрастные периоды.

Материалы и методы

Исследование включало 1546 женщин европеоидной расы, разделённых на три возрастные группы: I группа: 18–35 лет (519 человек), II группа: 36–50 лет (532 человека) и III группа: старше 51 года (495 человек). Анатомические характеристики оценивались с использованием системы POP-Q и трансперинеального ультразвукового исследования тазового дна. Функциональное состояние тазового дна изучалось по системе PERFECT, субъективные симптомы оценивались с помощью опросников PFDI-20 и SF-36. Критериями исключения были беременность, завершившаяся менее 24 месяцев назад, хирургическое лечение гинекологических заболеваний в анамнезе и острые гинекологические заболевания на момент исследования.

Результаты

У женщин II и III возрастных групп выявлено более низкое расположение точек Aa и Ba, увеличение угла инклинации уретры и более выраженное смещение шейки мочевого пузыря относительно лонного сочленения при пробе Вальсальвы. Ультразвуковая оценка показала, что у лиц старше 51 года высота сухожильного центра промежности сни-



жалась до $9,0 \pm 3,6$ мм, толщина мышцы puborectalis уменьшалась до $6,1 \pm 1,3$ мм, а частота диастаза bulbospongiosus составляла 22,6%. Эти показатели статистически значимо отличались от более молодых возрастных групп. Смещение шейки мочевого пузыря при напряжении в III группе достигало $16,8 \pm 4,3$ мм, что коррелировало с выраженными симптомами тазовой дисфункции. У женщин старше 51 года наблюдалось значительное снижение силы и выносливости мышц тазового дна. Балльная оценка по опроснику PFDI-20 увеличивалась с 9,4 баллов в I группе до 144,8 баллов в III группе. Выраженность симптомов пролапса коррелировала с ухудшением физических и психологических компонентов здоровья.

Заключение

Проведённое исследование продемонстрировало, что изменения анатомо-функционального состояния тазового дна начинаются задолго до менопаузы. Полученные результаты демонстрируют необходимость разработки индивидуальных профилактических и лечебных мероприятий в более раннем возрасте, в том числе до появления клинических симптомов.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, ОБРАТИВШИХСЯ К РЕПРОДУКТОЛОГАМ

Белокриницкая Т.Е., Малько Д.В., Фролова Н.И.

г. Чита

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность

Население России и мира характеризуется прогрессивным ростом частоты бесплодия в браке. Вспомогательные репродуктивные технологии в настоящее время широко внедрены в клиническую практику во всех странах мира, однако проблема качества воспроизводственных ресурсов по-прежнему не решена, поскольку женское бесплодие имеет множество причин, как медицинского, так и социального характера. В эпоху персонализированной медицины важное значение имеет управление индивидуальными факторами риска нарушений репродуктивной функции.

Цель

Дать медико-социальную характеристику женщин с бесплодием, обратившихся к репродуктологам.



Материалы и методы

Анализ медико-социальных данных пациенток с бесплодием проводился по сведениям электронного анкетирования, которое внедрено в Забайкальском крае с июля 2017 года для отбора претендентов для участия в обследовании, проводимом при подготовке к ВРТ, и существенно повысило доступность медицинской помощи жительницам сельской местности (Фролова Н.И., 2020). Специальная анкета-опросник была разработана на основании материалов ВОЗ [WHO-RHR-HRP-19.3] и размещена на сайте ГБУЗ Забайкальский краевой перинатальный центр. Статистическую базу данных сформировали на основе данных 188 анкет за 2023 год, пригодных для анализа: 103 женщины были жителями города Чита, 85 – районов Забайкальского края. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics Version 25.0. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Возраст пациенток с бесплодием, проживающих в городской местности, был выше, чем у сельских женщин 36,0 (31,3; 39,0) vs 33,5 (29,8; 37,0) лет ($U=3345,0$; $p=0,032$). Параметры менструального цикла не отличались, за исключением возраста менархе, который составил 13,0 (12,0; 14,0) vs 14,0 (13,0; 14,0) лет ($U=3644,5$; $p=0,041$). Особо отметим, что у пациенток обеих групп был достаточно длительным средний период инфертильности до обращения за специализированной помощью: 6,0 (3,0; 10,0) лет у жительниц города и 6,5 (4,0; 10,2) лет – у сельенок ($U=3937,0$; $p=0,82$). Не выявлено различий между двумя группами в семейном статусе, частоте перенесенных/имеющих место инфекциях (вирусные гепатиты В и С, ВИЧ, ветряная оспа, корь, краснуха, сифилис, туберкулез), хронических экстрагенитальных, наследственных заболеваний, тяжелых травм, гемотрансфузий. Из неблагоприятных факторов с равной частотой в группах сравнения зарегистрированы прием лекарственных средств на постоянной основе (5,8% (6/103) vs 8,2% (7/85); $\chi^2=0,1$; $p=0,72$), прием алкоголя (6,8% (7/103) vs 9,4% (8/85); $\chi^2=0,2$; $p=0,7$), проживание рядом с источником ядовитых веществ (шахтой, рудником, свалкой и др.) (1,9% (2/103) vs 4,7% (4/85); $\chi^2=0,4$; $p=0,51$). Курящих женщин было значительно больше среди сельских жителей: 19,4% (20/103) vs 34,1% (29/85) ($\chi^2=5,2$; $p=0,022$). В обеих группах был сопоставим удельный вес пациенток, которые измеряли базальную температуру (10,7% (11/103) vs 8,2% (7/85); $\chi^2=0,1$; $p=0,75$); проводили тест на овуляцию (29,1% (30/103) vs 27,1% (23/85); $\chi^2=0,1$; $p=0,75$) и ранее обследовались по поводу бесплодия (19,4% (20/103) vs 14,1% (12/85); $\chi^2=0,9$; $p=0,34$). У горожаноккратно чаще мониторинг овуляции производился методом УЗИ: 32,0% (33/103) vs 14,1% (12/85) ($\chi^2=8,2$; $p=0,004$). В анамнезе у равного числа женщин были беременности, в том числе, внематочные, аборт, выкидыши. Однако у жительниц города операции по поводу трубной беременности чаще выполнялись лапароскопическим доступом (84,6% (11/13) vs 40,0% (6/15); $\chi^2=4,1$; $p=0,044$), что связано с меньшим риском репродуктивно значимых негативных последствий.



Заключение

Длительная траектория пациенток с бесплодием от врачей первичного звена до врачей-репродуктологов требует усиления административных и организационных мер по соблюдению временных параметров и объемов медицинской помощи при обследовании и консервативном лечении бесплодия.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РАЗВИТИЯ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ

Белокриницкая Т.Е., Мудров В.А., Набиева Е.С., Коваленко А.С., Кравцева А.Г.

г. Чита

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность

Исходный индекс массы тела женщины до беременности, согласно действующим клиническим рекомендациям, оказывает значимое влияние на акушерские и перинатальные исходы, но особенное место занимает прибавка массы тела во время беременности. Рекомендуемая прибавка веса во время беременности у пациенток с исходным недостатком массы тела составляет 12,5-18,0 кг, с нормальной массой тела – 11,5-16,0 кг, с избытком массы тела – 7,0-11,5 кг, с ожирением – 5,0-9,0 кг.

Цель

Оценить взаимосвязь прибавки массы тела женщины во время беременности и развития структурных изменений плаценты. Оценить взаимосвязь прибавки массы тела женщины во время беременности и развития структурных изменений плаценты.

Материалы и методы

На базе ГУЗ «Городской родильный дом» г. Читы и ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» проведен ретроспективный анализ 85 случаев родов за 2023-2024 гг. Было выделено 3 исследуемые группы: в 1 группу вошли 23 пациентки, имеющие недостаточную прибавку; во 2 группу – 43 пациентки, имеющие нормальную прибавку, в 3 группу – 19 пациенток, имеющих избыточную прибавку общей массы тела во время беременности. Гистологическое исследование последов включало оценку наличия таких структурных изменений, как: склероз стромы, некроз ворсин, псевдоинфаркты, кальциноз, афункциональные зоны, отек ворсин, межворсиночная и парабазальные гематомы, тромбоз хориальных пластин и ворсин, хориоамнионит, децидуит, плацентит, виллузит,



интервиллузит, васкулит, нарушение созревания ворсин, аномалии последа и пуповины, placenta marginata и circumvallata, компенсаторно-приспособительные изменения, увеличение клеточных островков и септ, мелкокистозные изменения цитотрофобласта, компенсаторный ангиоматоз ворсин, синцитиальные почки и синцитио-капиллярные мембраны, которые позволяют судить о развитии острой или хронической плацентарной недостаточности. Группы сопоставимы по возрасту, сроку беременности и результатам инфекционного скрининга. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics Version 25.0.

Результаты

Исходный дефицит массы тела в 1 группе имели 13,0% (3/23), во 2 группе – 14,0% (6/43), в 3 группе – 5,3% (1/19), нормальную массу тела – 69,6% (16/23), 67,4% (29/43) и 57,9% (11/19) соответственно, избыток массы тела – 13,0% (3/23), 14,0% (6/43) и 26,3% (5/19) соответственно, ожирение – 4,3% (1/23), 4,7% (2/43) и 10,5% (2/19) соответственно ($\chi^2=3,4$, $df=6$, $p=0,76$). В отношении большинства структурных изменений последа статистически значимых различий в исследуемых группах обнаружено не было ($p>0,05$). Между тем, имеется ряд структурных изменений последа, имеющих статистически значимые различия в исследуемых группах. Кальциноз определялся в 1 группе исследования в 95,7% (22/23), во 2 группе – в 74,4% (32/43), в 3 группе – 94,7% (18/19) случаев ($\chi^2=7,1$, $df=2$, $p=0,029$). Тромбоз хориальных ворсин наблюдался в 82,6% (19/23) последах 1 группы, 60,5% (26/43) – 2 группы, 42,1% (8/19) – 3 группы ($\chi^2=7,4$, $df=2$, $p=0,025$); тромбоз ворсин – 78,3% (18/23), 41,9% (18/43) и 57,9% (11/19) соответственно ($\chi^2=8,1$, $df=2$, $p=0,018$). Признаки васкулита были зафиксированы в последах 65,2% (15/23) пациенток 1 группы, 37,2% (16/43) – 2 группы, 31,6% (6/19) – 3 группы ($\chi^2=6,2$, $df=2$, $p=0,045$). Увеличение клеточных островков и септ наблюдалось в 95,7% (22/23) последах 1 группы, 69,8% (30/43) – 2 группы, 63,2% (12/19) – 3 группы ($\chi^2=7,3$, $df=2$, $p=0,026$); мелкокистозные изменения цитотрофобласта – в 82,6% (19/23), 44,2% (19/43) и 47,4% (9/19) соответственно ($\chi^2=9,6$, $df=2$, $p=0,009$). Гистологические признаки субкомпенсированной острой плацентарной недостаточности имели место у 43,5% (10/23) обследуемых 1 группы, 20,9% (9/43) – 2 группы, 10,5% (2/19) – 3 группы ($\chi^2=6,7$, $df=2$, $p=0,035$).

Заключение

Внимание врачей акушеров-гинекологов зачастую сосредоточено на избыточной прибавке массы тела во время беременности. Между тем, результаты настоящего исследования свидетельствуют о значимой роли недостаточной прибавки массы тела в развитии структурных изменений плаценты.



ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОСЕТЕВОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕОБХОДИМОСТИ ЭКСТРЕННОГО ИНТРАНАТАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Белокриницкая Т.Е., Мудров В.А., Набиева Е.С., Мудрова С.Л., Коваленко А.С.

г. Чита

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность

Экстренное интранатальное оперативное родоразрешение в 73,0% случаев связано с нарушением защитно-приспособительных механизмов у плода. Между тем, в настоящее время не существует эффективных способов прогнозирования необходимости экстренного интранатального оперативного родоразрешения, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель

Оценить возможности нейросетевого анализа данных накануне родов в прогнозировании необходимости экстренного интранатального оперативного родоразрешения.

Материалы и методы

На базе перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы и ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» проведен ретроспективный анализ 418 случаев родов за 2018-2024 гг. В зависимости от необходимости выполнения экстренного интранатального оперативного родоразрешения общая выборка была разделена на 2 исследуемые группы: в 1 группу были включены 277 женщин, роды которых не требовали экстренного оперативного родоразрешения; во 2 группу – 141 пациентка, в родах которых возникли показания для экстренного оперативного родоразрешения. Обследование пациенток проводилось накануне родов (1-2 дня). Группы сопоставимы по возрасту и основным антропометрическим параметрам. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics Version 25.0.

Результаты

У пациенток 1 группы предстояли 2,5 (2,3; 3,3)-е, у пациенток 2 группы – 1,5 (1,5; 1,9)-е роды ($U=17004,0$, $p=0,02$). Срок гестации в 1 группе составлял 39,0 (38,7; 39,2), во 2 группе – 38,3 (37,0; 38,5) недель ($U=6355,0$, $p=0,001$). Мужской пол плода в 1 группе имел место в 49,1% (136/277), во 2 группе – в 60,3% (85/141) случаев ($\chi^2=4,69$, $df=1$, $p=0,03$). Задний вид накануне родов был диагностирован у 3,6% (10/277) пациенток 1 группы и 8,5% (12/141) – 2 группы ($\chi^2=4,50$, $df=1$, $p=0,03$). АКО различной степени имело место у 24,2% (67/277) пациенток в 1 группе и 34,0% (48/141) – во 2 группе ($\chi^2=4,55$, $df=1$, $p=0,03$). Гипертензивные



расстройства во время беременности наблюдались у 13,0% (36/277) женщин в 1 группе и 27,0% (38/141) – во 2 группе ($\chi^2=12,49$, $df=1$, $p<0,001$). Частота диагностики многоводия в 1 группе составляла 1,8% (5/277), во 2 группе – 6,4% (9/141) от общего числа случаев ($\chi^2=6,05$, $df=1$, $p=0,02$). В 1 группе СОЭ составляла 45,0 (42,4; 45,5), во 2 группе – 45,0 (42,7; 48,9) мм/ч ($U=12178,5$, $p=0,002$). Относительное содержание лимфоцитов в ОАК пациенток 1 группы составляло 21,1 (20,1; 22,5), во 2 группе – 17,6 (17,0; 19,9)% ($U=10095,0$, $p=0,001$). Средняя систолическая скорость кровотока в левой маточной артерии у пациенток 1 группы по данным УЗДГ составляла 137,0 (131,5; 158,5), во 2 группе – 99,5 (89,8; 109,7) см/с ($U=2802,0$, $p=0,004$). Средняя диастолическая скорость кровотока в левой маточной артерии у пациенток 1 группы составляла 72,0 (66,7; 83,0), во 2 группе – 52,0 (46,2; 60,7) см/с ($U=2858,5$, $p=0,009$). Средняя диастолическая скорость кровотока в средней мозговой артерии плода у пациенток 1 группы составляла 16,0 (15,6; 18,4), во 2 группе – 11,0 (11,0; 13,5) см/с ($U=1709,5$, $p=0,009$). Указанные статистически значимые параметры включены в тестовую базу данных, которая легла в основу обучения многослойного персептрона. Масса новорожденных в 1 группе составила 3260,0 (3055,2; 3284,8), во 2 группе – 3305,0 (2993,3; 3429,2) г ($U=16532,0$, $p=0,02$). Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар в конце первой минуты в 1 группе составила 9,0 (8,7; 9,0), во 2 группе – 8,0 (7,9; 8,4) баллов ($U=16532,0$, $p=0,02$); в конце пятой минуты – 9,0 (9,0; 9,6) и 9,0 (8,6; 9,0) баллов соответственно ($U=15226,0$, $p<0,001$). Структура обучаемой нейронной сети включала 17 входных нейронов, один скрытый слой, содержащий 3 единицы, и 2 выходных нейрона ($Se=1,00$, $Sp=0,97$, $Ac=0,98$, $ROC-AUC=0,98$ [95% CI 0,96-1,00], $p<0,001$). Процент неверных предсказаний в результате тестирования разработанной нейронной сети составил 2,2%, что определяет ее высокую прогностическую значимость.

Заключение

Применение нейросетевого анализа данных накануне родов позволяет с высокой точностью ($Ac=0,98$) прогнозировать необходимость экстренного интранатального оперативного родоразрешения, что, в перспективе, позволит оптимизировать тактику ведения родов у пациенток, относящихся к указанной группе риска.



ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИСХОДЫ ВРТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ ДНК ФРАГМЕНТАЦИИ

Бердникова А.И., Ушакова И.В., Гависова А.А., Бирюкова Д.А., Камалетдинов Н.С., Чаговец В.В.

г. Москва

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова

Актуальность

Мужской фактор может быть причиной неспособности супружеских пар к самостоятельному зачатию в 50% случаев. Стандартная спермограмма не отображает нарушение целостности генетического материала сперматозоидов, которые могут быть ассоциированы с трудностями наступления естественного зачатия или с ухудшением результатов программ ЭКО. Поэтому исследование фрагментации ДНК все чаще используется клиницистами для оценки мужского бесплодия, особенно у пар с неоднократными репродуктивными потерями.

Цель

Оценить влияние фрагментации ДНК сперматозоидов на исходы программ ВРТ и степень фрагментации, ассоциированную с нарушениями эмбриогенеза в программах ВРТ (ЭКО/ИКСИ).

Материалы и методы

Проведена ретроспективная оценка данных за период с 2019г. по сентябрь 2023г. Всего было проанализированы исходы ВРТ у 1001 супружеской пары, из которых с помощью критерий включений и исключений было выбрано 382 супружеские пары, проходившие лечение бесплодия в программах ВРТ (ЭКО/ИКСИ) по протоколу с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона. Далее все 382 супружеские пары были стратифицированы на группы в зависимости от показателей ДНК фрагментации: в первую группу вошли пациенты с параметрами от 15-20%, во вторую группу – пациенты со степенью ДНК от 20-30%, третью группу составили супружеские пары с параметрами ДНК фрагментации от 30-40%. Оплодотворение полученных ооцитов производилось методом ЭКО/ИКСИ, на 1е эмбриологические сутки проводилась оценка культивирования, на 5-6 сутки определялось количество и характеристика бластоцист. Из 382 пациентов по причине отмены переноса выбыло 54 супружеских пар. Перенос эмбрионов производился на 5е сутки с поддержкой посттрансферного периода препаратами, содержащие гестагены. Все эмбрионы надлежащего качества были криоконсервированы.



При проведении ретроспективного анализа оценивались показатели эмбриогенеза, частота наступления биохимической беременности, частота наступления клинической беременностей, частота развития ранних репродуктивных потерь, частота живорождения.

Результаты

Исходя из полученных сведений, наблюдается отрицательную корреляцию между параметрами ДНК фрагментации и фактом наступления беременности. Было выявлено, что с увеличением показателей нарушения структуры хроматина, уменьшается шанс установления беременности. По мере увеличения степени фрагментации, процент развития биохимических беременностей повышается почти в 2 раза, а процент возникновения неразвивающихся беременностей – в 3 раза. У пациентов с показателями фрагментации от 30 до 40% процент наступления и не наступления беременности равнозначен. Вместе с тем, процент живорождения в зависимости от параметров ДНК не отличался.

Заключение

Отсутствие корреляции между уровнем ДНК фрагментации и частотой оплодотворения, подтверждает вывод о том, что сперматозоиды с нарушенной структурой хроматина по-прежнему могут сохранять способность к оплодотворению, но риск дальнейших нарушений наблюдается на поздних этапах эмбриогенеза.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бикеев Ю.В., Родионова М.В.

г. Москва

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

После внедрения в клиническую практику концепции сигнального лимфатического узла (СЛУ) стало возможным удаления только первого лимфатического узла (ЛУ) с морфологической верификацией, в который попадает лимфа от молочной железы (МЖ). По этой причине продолжается поиск методик и способов детекции СЛУ. К наиболее перспективным относится методика с применением ультразвукового контрастного препарата (УЗКП). Этот способ демонстрирует высокие диагностические показатели, но требуется



дальнейшее изучение возможностей не только детекции, но и оценки особенностей контрастирования для прогнозирования метастатического процесса в ЛУ.

Цель

Оценить особенности ультразвукового контрастирования СЛУ и выявить наиболее характерные паттерны для ЛУ с метастатическим поражением у больных раком молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы

В исследование включены 144 пациентки (1 группа- первичные, 2 группа- пациентки после неoadъювантной химиотерапии) с первично-операбельным РМЖ, стадия cT1-3N0-1M0. Для исследования применялся УЗКП Соновью. Проводилось параареолярное, интрадермальное введение УЗКП по 0,25 мл раствора в 4 равноудаленные точки с последующим массажем мест инъекций по направлению к аксиллярной области для ускорения пассажа раствора к СЛУ. Контрастирование оценивали визуально (на ультразвуковой системе с функцией «Contrast»). По данной методике получен патент на изобретение №2813026 «Способ проведения поиска сигнальных лимфоузлов при раке молочной железы с применением ультразвуковой визуализации и внутрикожного параареолярного введения эхоконтрастного препарата «Соновью». После оценки всех контрастированных ЛУ было выделено 2 основных типа (в зависимости от распределения УЗКП в структуре ЛУ): ЛУ с гомогенным контрастированием и гетерогенным распределением контраста. При гомогенном типе отмечены ЛУ с интенсивным сигналом (I паттерн) и слабо-интенсивным сигналом (II паттерн). В группе гетерогенного контрастирования выделили ЛУ, у которых контрастировалось более 1/2 объема ЛУ (III паттерн); ЛУ с дефектами перфузии более 50 % объема ЛУ классифицированы в IV паттерн. Отдельно выделен V паттерн, при котором контрастирование происходило по периферии (в виде кольца). У пациенток с отсутствием контрастирования ЛУ (а-контрастный VI тип) выявлялись лимфатические протоки с накоплением УЗКП, подходящие к корковой части ЛУ, визуализируемом в В-режиме. По данным исследования чаще (49,6%) выявлен I паттерн накопления и распределения контраста.

Результаты

По данным послеоперационного гистологического исследования метастазы были обнаружены в 38 случаях (26,4%). Среди пациентов с I паттерном контрастирования в 12 случаях (17,6%) выявлены метастазы (10- макрометастазы, 2-микрометастазы). При II паттерне выявлен только 1 пораженный ЛУ (4,5%). III паттерн в 33,3% случаев был характерен для метастатического поражения. Для IV, V, VI паттернов метастазы в ЛУ выявлялись в 64,3%, 66,7%, 66,7% случаев соответственно.



Заключение

Таким образом, методика детекции СЛУ с использованием УЗКП позволяет выделить ЛУ с характерным типом накопления и распределения контраста, что с большой вероятностью позволяет предположить наличие метастатического процесса в СЛУ. Наиболее характерными паттернами при метастатическом поражении ЛУ IV, V и VI. Паттерны I и II более характерны для СЛУ без признаков метастазирования.

ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ФАКТОР РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бичагова Т.В., Рокотянская Е.А.

г. Иваново

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России

Актуальность

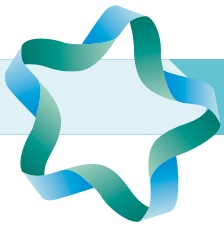
Задержка роста плода (ЗРП) – ведущая проблема современного акушерства, различают раннюю и позднюю формы ЗРП (с манифестацией до и после 32 недель), которые значительно различаются перинатальными исходами. Перинатальная патология новорожденных ассоциирована с наличием ЗРП во время беременности. Ранняя форма ЗРП имеет менее благоприятные прогнозы относительно здоровья новорожденного, приводя к рождению глубоко недоношенного больного ребенка.

Цель

проанализировать структуру перинатальной патологии у детей, рожденных от матерей, беременность которых осложнилась ранней и поздней ЗРП.

Материалы и методы

Проведен анализ 87 историй развития новорожденных от пациенток, беременность которых осложнилась ЗРП (основная группа), с ранней формой ЗРП – 41 случай, с поздней – 46 случаев и 70 историй развития новорожденных от пациенток с физиологической беременностью (контрольная группа). Статистический анализ выполнен в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2007», «Exel 2007», «OpenEpi».



Результаты

Недоношенными родились 21 (24,14%) детей от матерей с ЗРП, при ранней ЗРП – 14 (34,14%) детей ($p=0,00$), при поздней – 7 (15,21%) ($p=0,01$ по сравнению с контролем). Все дети от матерей основной группы были малыми или маловесными к сроку гестации (ОШ=31,03, ДИ 5,59-660,3 и ОШ=150,4, ДИ 27,23-3197 соответственно; $p=0,001$ в двух случаях по сравнению с контролем). Наличие ЗРП при беременности увеличивало риск развития перинатальной патологии центральной нервной системы (ППЦНС) независимо от срока родоразрешения – ОШ=17,64, ДИ 4,68-113,8 ($p=0,00$), ранняя форма ЗРП значительно повышала такой риск – ОШ=34,33, ДИ 8,44-233,2 ($p=0,00$), при поздней форме значение риска было ниже – ОШ=8,12, ДИ 1,82-57,66 ($p=0,01$). Ведущее место занимали ППЦНС гипоксически-ишемического генеза независимо от срока родоразрешения (ОШ=14,3, ДИ 3,76-92,71; $p=0,001$), ранняя форма ЗРП больше увеличивала риск данного заболевания (ОШ=23,32, ДИ 5,68-159,0; $p=0,001$), чем поздняя (ОШ=8,12, ДИ 1,82-57,66; $p=0,01$). ППЦНС гипоксически-геморрагического генеза встречалось только у недоношенных новорожденных основной группы (ОШ=15,8, ДИ 1,86-412,3; $p=0,01$), ранняя форма ЗРП значительно увеличивала риск данного заболевания (ОШ=26,12, ДИ 2,97-699,9; $p=0,00$). Риск развития врожденной пневмонии при наличии ЗРП увеличивался – ОШ=14,21, ДИ 2,44-309,6 ($p=0,00$), особенно при ранней форме – ОШ=24,61, ДИ 3,94-556,3 ($p=0,00$). Также ЗРП увеличивала риск развития дыхательной недостаточности у детей при рождении (ОШ=75,69, ДИ 13,88-1600; $p=0,00$), как ранняя (ОШ=92,55, ДИ 15,64-2047; $p=0,00$), так и поздняя форма (ОШ=60,97, ДИ 10,45-1335; $p=0,00$). Наличие ЗРП при беременности увеличивало риск развития инфекций, специфичных для перинатального периода – ОШ=3,36, ДИ 1,49-8,09 ($p=0,001$), при ранней форме – ОШ=3,47, ДИ 1,34-9,35 ($p=0,02$), при поздней – ОШ=3,24, ДИ 1,28-8,58 ($p=0,02$); а также некротизирующего энтероколита – ОШ=7,99, ДИ 1,27-180,9, ($p=0,04$), особенно при ранней форме ЗРП – ОШ=11,74, ДИ 1,65-281,4 ($p=0,02$).

Заключение

ЗРП при беременности приводит к рождению малых или маловесных к сроку гестации новорожденных, что увеличивает риски развития различной перинатальной патологии у детей независимо от срока родоразрешения: ППЦНС, в том числе гипоксически-ишемического генеза, дыхательной недостаточности, инфекций, специфичных для перинатального периода. Ранняя манифестация ЗРП при беременности значительно увеличивает риск развития у новорожденных ППЦНС гипоксически-геморрагического генеза, врожденной пневмонии и некротизирующего энтероколита.



ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТАРНОГО И ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Бичагова Т.В., Рокотянская Е.А., Кузьменко Г.Н.

г. Иваново

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность

Задержка роста плода (ЗРП) – актуальная проблема современного акушерства. Различают раннюю форму ЗРП с манифестацией до 32-х недель и позднюю форму – после 32-х недель гестации. Ранняя форма имеет менее благоприятные прогнозы относительно перинатальной заболеваемости и смертности. Реологические свойства крови, обусловленные эритроцитарным и тромбоцитарным звеньями гемостаза, играют определенную роль в формировании расстройств микроциркуляции во время беременности, что может иметь значение в формировании ЗРП. Оценка их особенностей при ранней и поздней ЗРП имеет важное значение в понимании патогенеза этого осложнения беременности.

Цель

изучить особенности показателей эритроцитарного и тромбоцитарного звеньев гемостаза у беременных женщин с ранней и поздней формами ЗРП.

Материалы и методы

Проведен анализ количественно-морфометрической характеристики эритроцитов и тромбоцитов на гематологическом анализаторе ADVIA 2120i 88 пациенткам с ЗРП (основная группа), 41 – с ранней ЗРП, 47 – с поздней и 70 пациенткам с физиологической беременностью (контроль). Статистический анализ выполнен в пакете программ «Excel 2007», «Statistica for Windows 6.0».

Результаты

Выявлено, что медиана количества эритроцитов в основной группе была значимо ниже $4,01 (3,69; 4,33) \times 10^6 / \text{мкл}$ по сравнению с контролем $4,31 (3,99; 4,63) \times 10^6 / \text{мкл}$ ($p=0,04$). Особенно низким этот показатель был при ранней ЗРП и составил $3,91 (3,6; 4,3) \times 10^6 / \text{мкл}$ ($p=0,02$ по сравнению с контролем). Медиана среднего объема эритроцита при ЗРП ($82,85 (77,33; 86,93)$ фл) была значимо выше, чем в контроле ($78,15 (74,15; 83,28)$ фл; $p=0,00$), при ранней ЗРП $84,3 (78,35; 86,3)$ фл ($p=0,00$), при поздней – $81,95 (76,3; 87,03)$ фл ($p=0,02$). Медиана ширины распределения эритроцитов при ЗРП ($14,95 (13,7; 40,45)$ %), была значимо



выше, чем в контроле (14,5 (13,6; 16,3)%; $p=0,00$), при ранней ЗРП 14,8 (13,8; 19,63)% ($p=0,02$), при поздней – 15,25 (13,63; 41,18)% ($p=0,00$). Медиана средней концентрации гемоглобина в одном эритроците была значимо выше при ЗРП (35,7 (34,78; 36,93) г/дл; $p=0,00$), особенно при поздней (35,85 (34,88; 37,3) г/дл; $p=0,01$), по сравнению с контролем (35,1 (34,3; 36,1) г/дл). Медиана ширины распределения гемоглобина при ЗРП (3,36 (3,10; 3,71) г/дл; $p=0,01$) была значимо ниже по сравнению с контролем (3,58 (3,33; 3,86) г/дл), наиболее низким этот показатель был у женщин с поздней ЗРП (3,31 (3,08; 3,74) г/дл; $p=0,01$). Медиана ширины распределения тромбоцитов при ЗРП (42,30 (17,03; 48,0)%; $p=0,00$) была значимо ниже в подгруппе с ранней ЗРП (42,5 (36,55; 47,85)%; $p=0,03$) по сравнению с группой контроля (44,45 (40,58; 50,43)%), особенно низкий показатель был в подгруппе с поздней ЗРП (40,2 (16,5; 48,0)%; $p=0,01$). Медиана тромбокрит при ЗРП (0,3 (0,25; 0,4)%; $p=0,00$) была значимо выше по сравнению с контролем (0,3 (0,26; 0,35)%), при ранней ЗРП данный показатель составил 0,3 (0,26; 0,36)% ($p=0,04$), при поздней – 0,3 (0,24; 0,42)% ($p=0,01$). Медиана средней концентрации компонентов тромбоцитов в подгруппе с поздней ЗРП была значимо выше по сравнению с контролем (21,1 (19,9; 21,93) г/дл против 19,95 (18,38; 21,3) г/дл; $p=0,04$).

Заключение

При беременности, осложненной ЗРП в крови матери увеличивается средний объем эритроцита, ширина распределения эритроцитов и показатель тромбокрит; при поздней манифестации ЗРП повышается средняя концентрация гемоглобина в одном эритроците и компонентов тромбоцитов относительно группы контроля. Также отмечено снижение ширины распределения тромбоцитов при ЗРП независимо от срока возникновения; только при ранней ЗРП – уменьшение количества эритроцитов, только при поздней ЗРП – ширины распределения гемоглобина относительно группы контроля. Нарушение реологии крови матери в результате изменения морфофункциональных свойств эритроцитов и тромбоцитов может играть роль в патогенезе развития ЗРП.

ЕДИНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД С ПОЗИЦИИ ВЛИЯНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХОБЛ

Богданова А.В.¹, Богданова С.В.²

г. Москва

1. ГАОУ ВО МГПУ, 2. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Актуальность

Для беременных женщин актуален вопрос целесообразности и безопасности лекарственных средств (ЛС). Классификация категорий риска применения ЛС при беременности



(FDA)США, от А-нет доказательств риска до D- риск доказан, категория X-абсолютно противопоказан беременным. Категории А (контролируемые исследования не выявили риск для плода) для лечения БА беременных не существует ввиду отсутствия исследований с данной группой пациентов. Мировые стандарты терапии предполагают использование препаратов с уровнем доказательности В (в опытах на животных при применении высоких/токсических доз β 2-агонистов было зарегистрировано повреждающее действие на организм плода). При применении β 2-агонистов у беременных женщин отмечается тахикардия у плода и матери, кратковременный тремор и гипогликемия, предпочтительными являются препараты, отнесенные к категории В, при невозможности их назначения допустимо назначение препаратов группы С, если предполагаемый риск выше риска потенциальных осложнений. Но и отсутствие адекватной терапии БА приводит к развитию дыхательной недостаточности, артериальной гипоксемии у матери, констрикции сосудов плаценты, что приводит к гипоксии плода. Инновационные методы: термический гелиокс у беременных женщин с БА, ХОБЛ: не обладает общей и специфической токсичностью, мутагенностью, эмбриотоксичностью, тератогенностью, канцерогенностью, не вызывает аллергии, не нарушает репродуктивную функцию, что позволяет его использовать в том числе у беременных женщин и детей без возрастных ограничений при различных заболеваниях и состояниях с ДН. Применение термического гелиокса приводило к улучшению вентиляционно-перфузионных соотношений, снижению сопротивления дыхательных путей – уменьшению перепадов внутригрудного давления, увеличение дыхательного объема, улучшению газообменной функции легких и гемодинамическим нарушениям маточно – плацентарного кровотока, снижение риска развития гипоксии у плода, снижение нагрузки на дыхательную мускулатуру, купирование синдрома утомления дыхательных мышц.

Цель

Оптимизация помощи беременным женщинам с бронхиальной астмой

Материалы и методы

Проведен анализ течения беременности и родов у 148 женщин с бронхиальной астмой и ХОБЛ

Результаты

Течение антенатального периода зависело от степени тяжести БА, ее медикаментозной компенсации и наличия обострений на всем протяжении беременности. Наиболее неблагоприятным являлось обострение заболевания в третьем триместре беременности, в последние дни перед родами, из-за высокого риска развития бронхоспазма в родах, в связи с чем возникает необходимость в использовании в родах бронхолитических средств, ослабляющих сократительную деятельность матки.



Гестоз отмечался 45,4%, угроза прерывания беременности у 27,1%, у 52% женщин с бронхиальной астмой отмечалась в/у гипоксия, гипотрофия, синдром задержки развития, задержка внутриутробного развития плода в 28%, у 24,8% – нарушения мозгового кровообращения различного генеза, инфекционная заболеваемость составляла 28%, частота фетоплацентарной недостаточности 72%.

Заключение

Основные задачи у беременных женщин с бронхиальной астмой и ХОБЛ: клиническая оценка состояния матери и плода, устранение и контроль триггерных факторов, оправданная фармакотерапия в период беременности, применение инновационных методик (гелиокс), образовательные программы, психологическая поддержка женщин. БА, ХОБЛ и беременность – требует непрерывного врачебного наблюдения специалистами, лабораторно – инструментального контроля за состоянием женщины и плода, что способствует рождению здорового ребенка.

ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА У БЕРЕМЕННЫХ

Богданова С.В.¹, Ильенко Л.И.¹, Богданова А.В.², Гуреев А.Н.¹

г. Москва

1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,

2 ГАОУ ВО МГПУ

Актуальность

Физиологические и гормональные изменения во время беременности оказывают влияние на функцию слизистой оболочки носа. Частота ринита беременных по данным отечественных и зарубежных авторов составляет от 30% до 65%. Плацента вырабатывает фактор роста, что приводит к гипертрофии слизистой оболочки. Увеличение объема циркулирующей крови в III триместре способствует нарастанию отека слизистых оболочек, увеличение концентрации прогестерона – дилатация сосудов. Повышенная васкуляризация слизистой оболочки носа – риск повышенной травматизации и носовых кровотечений в 5 раз. Злоупотребление назальными деконгестантами (страдают сосуды плаценты, подъем АД), развитие лекарственного ринита, который сохраняется после родов. На фоне выраженного длительного отека и блока соустьев придаточных пазух носа, при переохлаждении, контакте с инфекцией – риск риносинусита выше в 6 раз. Длительное затруднение носового дыхания – гипоксия от которой страдает как женщина, так и плод. Действующие рекомендации для облегчения симптомов: физические упражнения, промывание носа физиологическим раствором, контроль массы тела, подъем из-



головья кровати на 30–45°, нормализация сна. Доказанного положительного влияния интраназальных кортикостероидов и антигистаминных препаратов на гестационный ринит не продемонстрировано, что диктует необходимость поиска новых терапевтических стратегий, направленных на снижение интенсивности, выраженности симптомов и улучшение качества жизни.

Беременные – группа высокого риска по неблагоприятному течению респираторных инфекций-физиологический иммунодефицит, изменения состояния слизистых оболочек, вовлечение в инфекционный процесс всех 3 компонентов системы «мать-плацента-плод», развитие плацентарной недостаточности, формирование задержки внутриутробного развития и хронической гипоксии плода. По данным Норвежских исследователей перенесенные инфекции ЛОР органов до 17-й недели гестации повышают риск преждевременных родов на 26%.

Цель

Оптимизация помощи женщинам при гестационном рините

Материалы и методы

Под наблюдением находились 248 женщин с гестационным ринитом. Основная группа 148 женщин, получающие комплекс мероприятий (соблюдение Сан. эпидемиологических мероприятий, специфическая профилактика, санация хр. очагов инфекций (ангин – хель, гомеовокс, тонзилгон, коризалия, синупрет, пиносол), мукозащитающая терапия- туалет полости носа, зева (эуфорбиум композитум, назаваль плюс, пробиотики), инновационные технологии (гелиокс), средства природного происхождения: системное воздействие (энгистол, гирель, анаферон), режим сна и отдыха, умеренная физическая нагрузка, питание, коррекция микро и макронутриентной недостаточности, состояние ЦНС (снижение тревожности), ароматерапия. Группу сравнения составили 100 женщин, получающие назальными деконгестанты. Был проведен анализ эффективности и последствий проводимой терапии заложенности носа у беременных, самочувствия беременной: АД, астения, нарушение концентрации внимания, жажда, головные боли, утомляемость, угнетение настроения.

Результаты

У женщин основной группы отмечалась в 5 раз ниже чем в группе сравнения отмечалась частота инфицирования ОРВИ и гриппом в период беременности. В 7 раз реже отмечались подъемы АД, 78% женщин основной группы отмечали хорошее самочувствие во время беременности (отсутствие депрессии, головной боли, астении, утомляемости), в группе сравнения данный показатель был достоверно ниже и составлял 36%. В группе сравнения медикаментозный ринит встречался у 60%. У новорожденных, от женщин основной группы были достоверно более высокие массо-ростовые показатели, более высокая шкала Апгар.



Заключение

Проведенный анализ продемонстрировал высокую эффективность и безопасность комплексного подхода терапии гестационного ренита. Ренит у беременных, современные возможности: персонифицированный подход (инновационные, традиционные методы) с позиций эффективности и безопасности, упреждающей профилактики, сохранения и повышения реактивности организма и качества жизни. Беременность – это особенный период в жизни женщины, когда здоровье будущей мамы становится приоритетом.

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Богданова С.В.¹, Ильенко Л.И.¹, Богданова А.В.², Гуреев А.Н.¹

г. Москва

1. Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

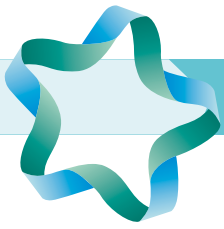
2. Государственное автономное образовательное учреждение высшего образования города Москвы «Московский городской педагогический университет»

Актуальность

По данным ВОЗ в последнее десятилетие сохраняется неуклонный рост патологии перинатального периода в структуре детской заболеваемости и младенческой смертности

Отмечается снижение фертильности. Только 23-25% женщин имеют физиологическое течение беременности. Возраст первородящей женщины отражает: возраст вступления в брак, состояние здоровья, социальный статус, уровень благосостояния, возможность карьерного роста, запросы общества. В средние XIX века возраст, после которого женщина-мать считалась «старородящей» – 20 лет, в Советском Союзе оптимальным для деторождения считалось время 22 – 25 лет, в 1995 – 1999 годы – средний возраст женщин, впервые родивших – 21 год, в 2000 год – впервые родивших женщин до 25 лет – 60%, 2017 год – 45%, 2022 год – возрастной отрезок первородящих – 26 – 35 лет. Увеличение возраста первородящих женщин является мировой тенденцией. По данным Росстата демографические показатели количества детей в семьях в РФ составляют: 1 ребенок – 36,8%, 2 детей – 26,5%, 3 и более – 7%, не имеют детей – 30%. Акушерский взгляд: ранний репродуктивный возраст до 35 лет, поздний репродуктивный возраст после 35 лет, оптимальный репродуктивный возраст – 20-30 лет – к 30 годам фертильность снижается.

Динамика демографических показателей: увеличение смертности во всех возрастных группах среди мужчин и женщин, падение уровня рождаемости, снижение количества



женщин детородного возраста. Уровень жизни человека определяется состоянием его здоровья и психофизического биопотенциала. Возраст женщины отражает социально-экономические условия и параметры здоровья. Здоровье – естественная и непреходящая жизненная ценность, занимающая самую верхнюю ступень на иерархической лестнице.

Цель

Оценка факторов риска у женщин репродуктивного возраста

Материалы и методы

У 596 женщин репродуктивного возраста проведен анализ основных факторов риска

Результаты

При анализе репродуктивного здоровья: гинекологические заболевания у женщин 18-20 лет составляли 12 %, у женщин репродуктивного возраста – 40-60 %, бесплодие – у лиц, состоящих в браке – 10-18 %, аборт – 50% от всех беременностей, роды – 32% от всех беременностей, при сохранении беременности имели отклонения в состоянии здоровья – 70% женщин. У женщин позднего репродуктивного периода отмечалась высокая частота плацентарных проблем: плацентарная недостаточность, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, невынашивание беременности, до 30 лет – 10% 30-39 лет – 17%, 40-44 года – 33%. Частота хронической патологии составляла: патологии до 30 лет 25%, 30-40 лет 30%, 40-50 лет 50%. Диабет беременных – развивался в 3 раза чаще в возрастной группе после 40 лет, увеличивая риск: преэклампсии, преждевременных родов, плацентарных осложнений, поражения плода – диабетической фетопатии и мертворождения. Частота оперативного родоразрешения путем кесарева сечения до 30 лет – 14%, у первородящих 35-40 лет – 40%, после 40 лет – 47%.

Заболеваемость матери – ее возраст – течение беременности и родов – здоровье ребенка – основа здоровья взрослого.

Заключение

Женщины позднего репродуктивного периода – риск для ребенка по преждевременному рождению, малому весу, опасности гипоксии в родах, высокой частоте оперативного родоразрешения, хромосомным абберациям.

Женщины позднего репродуктивного возраста составляют группу высокого риска по патологическому течению беременности и родов, и состоянию здоровья новорожденного.

Неблагоприятная демографическая тенденция диктует необходимость в методах охраны репродуктивного здоровья населения: профилактика и лечение соматических заболеваний, борьба с курением, наркоманией, алкоголизмом, обучение молодёжи навыкам общения, взаимопонимания и принятия осознанных решений в отношении репродуктивного поведения, планирования семьи, контрацепции, информированность о рисках



раннего начала сексуальных отношений, инфекциях, передающихся половым путём, вреде аборт, проведение предгравидарной подготовки женщин фертильного возраста, обучение женщин основам течения беременности, родов и возможных осложнений, доступность неотложной акушерско-гинекологической помощи и поддержки, направленной на удовлетворение социально-экономических и психологических потребностей женщин и их семей на государственном уровне. Основа охраны здоровья подрастающего поколения – борьба за репродуктивное здоровье – состояние полного физического, умственного и социального благополучия!

РИСК РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бушмелева Н.Н., Рагимова С.Р., Спирова Е.О., Мичкова Д.Р.

г. Ижевск

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Актуальность

Течение беременности у женщин с ожирением связаны с рядом материнских и перинатальных рисков. Оценка роли ожирения, как фактора риска потери беременности малого срока является актуальной проблемой, ввиду роста невынашивания беременности в последние годы.

Цель

Цель исследования: анализ риска ранних репродуктивных потерь у женщин с ожирением и избыточной массой тела.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 женщин с неразвивающейся беременностью (первая группа наблюдения), 40 женщин с самопроизвольным выкидышем (вторая группа), 20 женщин с угрозой прерывания беременности (третья группа) до 12 недель, находившихся в гинекологическом отделении Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Городская клиническая больница №9 Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» в 2023-2024 гг. Изучены данные анамнеза, клинических, специальных акушерско-гинекологических, лабораторных и инструментальных методов исследования.



Результаты

Результаты и обсуждение. Пациентки трех групп не отличались по возрасту: средний возраст первой группы составил 29 [26,2;31,7] лет, второй – 31,6 [28,8;34,3] год, 3-й – 29,8 [26,4;33,2] лет. Одна треть женщин во всех группах не замужем, четверть в 1-й группе – являлись безработными (при 15,0% во 2-й и 3-й группах). Большинство имели отягощенный акушерский анамнез (77,5% женщин 1-й группы, 62,6% – 2-й, 55,0% – 3-й. Четверть женщин 3-й группы были беременны впервые, 12,5% в – 1-й, 17,5% – во 2-й. Прерывание беременности произошло у пациенток 1-й и 2-й групп в среднем на сроке 7-8 недель, хирургическое завершение прерывания у них прошло в первые сутки госпитализации. Среди женщин с неразвивающейся беременностью чаще встречалась избыточная масса тела (15 (37,5%) пациенток, при 11 (27,5%) во 2-й и 4 (20,0%) в 3-й группах). У женщин группы с самопроизвольным выкидышем чаще было ожирение 1 степени (4 женщины, 10,0%) и 2 степени (7 пациенток, 17,5%), при ожирении 1 степени у 2 (5%) женщин 1-й группы и 3 (7,5%) – женщин с угрозой прерывания беременности, ожирении 2-й степени у 1 (2,5%) пациентки с неразвивающейся беременностью и 1 (2,5%) – с угрозой прерывания беременности. В целом в группе с самопроизвольным выкидышем женщин с ожирением было 27,5%, при 7,5% в группе с неразвивающейся беременностью. В анамнезе среди экстрагенитальной патологии у женщин всех групп наблюдения необходимо отметить артериальную гипертензию (от 25,0 до 100,0 на 100 женщин с увеличением охвата и степени тяжести в зависимости от степени ожирения), чаще у женщин с неразвивающейся беременностью и избыточной массой тела/ожирением хронический гастрит (до 35,2 на 100 женщин, при 18,2 и 14,2 на 100 женщин при избыточной массе тела/ожирении у 2-й и 3-й групп, соответственно), хронический пиелонефрит (до 36,6 на 100 женщин).

Заключение

Таким образом, избыточная масса тела и ожирение являются существенным фактором риска в потерях беременности на ранних сроках. Сочетание беременности с такой патологией как ожирение, чаще приводит к самопроизвольному выкидышу. Полученные нами данные позволяют относить женщин с ожирением и избыточной массой тела в группу высокого риска на самопроизвольный выкидыш. Курация женщин с ожирением, планирующих беременность, должна проводиться с позиций мультидисциплинарного подхода, требует внедрения консультирования женщин репродуктивного возраста на предмет важности поддержания нормального ИМТ, соблюдения режима питания и ведения здорового образа жизни. Вопрос ожирения, как фактора риска неблагоприятных исходов беременности раннего срока гестации подлежит дальнейшему изучению, ожирение увеличивает риск потери беременности, потенцирует развитие других патологических состояний, повышающих эти риски.



ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ТАЗОВОЙ ДЕСЦЕНЦИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Буянова С.Н., Юдина Н.В., Брыляева А.Е.

г. Москва

ГБУЗ МО МОНИИАГ им. академика В.И. Краснопольского

Актуальность

Пролапс тазовых органов является одной из наиболее широко распространенных гинекологических патологий среди женщин любой возрастной категории, однако данная нозология чаще встречается у пациенток старшей возрастной категории – у каждой третьей женщины в возрасте 50-60 лет и более чем у половины в возрасте 70 лет и старше.

Многофакторная патофизиология заболеваний тазового дна в сочетании с тесными анатомическими взаимоотношениями стенок влагалища и мочевого пузыря способствуют сочетанному опущению органов, в то время как общий эмбриогенез объясняет механизм влияния эстрогендефицитного состояния одновременно на такие анатомические структуры, как уретра и мочевой пузырь, а также слизистые наружных и внутренних половых органов, тазовую диафрагму. Дефицитом эстрогенов обусловлена чрезмерная травматизация тканей на фоне снижения содержания коллагена и гиалуроновой кислоты, последующих клеточных изменений многослойного плоского эпителия влагалища и атрофии гладкомышечных структур.

Цель

улучшить состояние слизистых оболочек урогенитального тракта у пациенток пожилого и старческого возраста с тяжелыми формами пролапса гениталий (III и IV ст. по классификации POP-Q) путем назначения местной гормональной терапии на амбулаторном этапе с целью предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации.

Материалы и методы

В исследование были включены 30 пациенток в возрасте от 60 до 80 лет с пролапсом гениталий III-IV стадии по POP-Q, прооперированных в ГБУЗ МО МОНИИАГ им. академика В.И. Краснопольского с 2023 по 2024 гг. Всем пациенткам при наличии показаний было запланировано оперативное вмешательство, произведенное после соответствующей предоперационной подготовки в объемах влагалищные экстирпации, реконструктивные оперативные пособия с использованием сетчатых протезов, при необходимости



облитерирующие методики. В качестве предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации женщинам назначались местные эстрогенсодержащие препараты (эстриол микронизированный 0,2 мг + прогестерон микронизированный 2 мг + лиофилизированная культура лактобактерий *L. casei rhamnosus Doderleini* либо либо микронизированный эстриол 1 мг) в течение 14 дней в лечебной дозировке (по 1 свече x 1 раз в сутки ежедневно) с последующим переходом на поддерживающую дозировку (по 1 свече x 1 раз в сутки 2 раза в неделю) длительно, не менее 6 месяцев.

Для оценки эффективности проводимой терапии спустя 2 и 6 месяцев определялся индекс вагинального здоровья (в модификации по G.Vochman) с обязательным измерением pH с использованием кольпо-теста с целью диагностики степени выраженности атрофических процессов слизистой влагалища. У всех пациенток применялись цитологические методы с оценкой клеточного состава вагинального эпителия и расчетом индекса его созревания и кариопикнотического индекса.

Результаты

Исходно до начала исследования все пациентки имели низкий индекс вагинального здоровья по G. Vochman (7,9), что может значительно ухудшить прогноз восстановительного периода ввиду сниженной регенераторной способности тканей. Среднее значение индекса вагинального здоровья по G. Vochman в результате проводимой локальной гормональной терапии достоверно возросло, составив спустя 2 месяца после операции 12, а спустя 6 месяцев послеоперационной реабилитации – 15.

Кариопикнотический индекс, составляющий до начала терапии 5%, также подтверждал состояние выраженного эстроген-дефицита. В результате проведенной терапии отмечено повышение эстрогеновой насыщенности эпителиальных клеток влагалища, так спустя 2 месяца КПИ составил 9%, спустя 6 месяцев наблюдения показатель КПИ составлял более 16%.

Клинически всеми пациентками отмечено купирование первоначальных жалоб в результате проведенного хирургического лечения в комплексе с предоперационной подготовкой и послеоперационной реабилитацией.

Заключение

Учитывая вышеописанную взаимосвязь постменопаузальных изменений с выраженностью пролапса гениталий и вовлечением в патологический процесс мочевого пузыря и уретры, всем пациенткам пожилого и старческого возраста с атрофическими изменениями слизистых на фоне климактерических процессов показано назначение местных форм эстрогенов на амбулаторном этапе с целью нормализации кровообращения и трофики тканей, а также улучшения репаративно-регенеративных особенностей слизистой влагалища.



ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Былым Г.В., Егорова М.А., Стрябкова А.В.

г. Донецк

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Донецк

Актуальность

Процент осложнений после операции кесарева сечения довольно высок, они возникают у 10 – 40 % рожениц. Как правило, на первом месте воспалительные процессы различной локализации и степени тяжести. Причиной могут быть как имеющиеся в организме женщины очаги инфекции, так и погрешности при проведении операции. Общеизвестно, что лидирующее место среди инфекционных осложнений после операции кесарева сечения принадлежит раневой инфекции и эндометриту, которые развиваются в 10-20%. Инфекционные процессы в области раны и эндометрит могут стать причиной генерализации инфекции с развитием тяжелых осложнений: акушерского перитонита и сепсиса. Но не менее опасные воспалительные осложнения, такие, как эндометрит, аднексит, параметрит, тромбофлебит, способны привести к нарушению менструального цикла, синдрому регулярных болей, невынашиванию беременности и бесплодию. Нередко осложнения развиваются после выписки из родильного отделения.

Цель

Доказать необходимость диспансерного наблюдения женщин после абдоминального родоразрешения путем кесарева сечения.

Материалы и методы

Обследование беременных женщины и родильниц проводилось на базе акушерского отделения. В исследование были включены только первородящие женщины. При подборе контрольной группы была сделана ориентация то, чтобы по ряду социально-гигиенических и медицинских параметров эта группа не отличалась от основной. Достоверность различий значений сравниваемых параметров между выборками определялась с помощью непарного критерия Стьюдента, сравнение частот альтернативного распределения проводилось с использованием критерия Фишера в программе MedStat.



Результаты

За период с 2021 по 2024 год в родильном отделении Республиканской клинической больницы им. М.И. Калинина, ЦГКБ №6 путем операции кесарева сечения произведено родоразрешение 642 пациенток. Нами проведен ретроспективный анализ 165 амбулаторных карт женщин, у которых в течение первого года после кесарева сечения были диагностированы осложнения и гинекологические заболевания, что составило 25,7 %. На 2 этапе исследования было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и наблюдение в течение года за 68 пациентками после абдоминальных родов в условиях женской консультации, которые были разделены на 2 группы (основную—36 контрольную—32 пациентки соответственно). В основную группу вошли 36 женщин после кесарева сечения, которые были взяты на диспансерный учет в женскую консультацию сразу после выписки из родильного дома. Выборка проводилась слепым рандомизированным методом. Контрольную группу составили 32 пациентки после абдоминального родоразрешения, которые самостоятельно обратились в женскую консультацию. Структура осложнений в первые 2 месяца после кесарева сечения: субинволюция матки (основная группа — $5,9 \pm 0,3$, контрольная — $7,8 \pm 0,4$), гематометра (основная — $2,7 \pm 0,2$, контрольная — $8,4 \pm 0,4$), инфильтрат послеоперационной раны (основная — 0, контрольная — $7,4 \pm 0,4$), эндометрит (основная—0, контрольная — $7,1 \pm 0,4$), остатки плацентарной ткани (основная — $3,3 \pm 0,2$, контрольная — $8,3 \pm 0,4$), анемия (основная — $11,6 \pm 0,6$, контрольная — $23,4 \pm 1,1$), гипогалактия (основная — $18,7 \pm 0,8$, контрольная — $29,2 \pm 1,3$), спаечный периаднексит (основная — $11,0 \pm 0,6$, контрольная — $19,0 \pm 0,8$). Общее количество осложнений в основной группе — $41,9 \pm 1,8$, в контрольной — $80,3 \pm 2,3$ ($p < 0,05$). Проведя сравнительный анализ осложнений, возникших за период 2 месяца — 1 год после операции у пациенток исследуемых групп было выявлено, что общая частота осложнений в основной группе была ниже в 2 раза. В структуре у женщин, состоящих на диспансерном учете, отмечалось достоверное снижение частоты лигатурных свищей в полости матки в 4 раза, патологии шейки матки в 3 раза, цистита в 2,5 раза, гиперплазии эндометрия в 2 раза, а также тазовой боли, сальпингоофорита и нарушения менструального цикла в 1,5 раза.

Заключение

Диспансерное наблюдение родильниц после операции кесарева сечения в женской консультации позволяет своевременно провести лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия по ликвидации последствий оперативной травмы, что оказывает благотворное влияние на репарацию тканей, репродуктивную функцию, качество жизни женщины и профилактику осложнений.



ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЮНЫХ ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Былым Г.В., Егорова М.А., Стрябкова А.В., Христинич Е.А.

г. Донецк

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Донецк

Актуальность

По литературным данным, частота встречаемости преэклампсии у юных первобеременных колеблется от 12 до 76,5 % и проявляется в виде отеков (18,3 %), гипертензии (12,2 %), нефропатии (21,7 %), преэклампсии (0,61 %), усугубляя общее состояние юной беременной в 100 % случаев. Функциональные нагрузки, вызванные беременностью, предъявляют к юному организму повышенные требования, которые не всегда могут быть реализованы при незрелости многих органов и систем. Наряду с физиологическими особенностями у несовершеннолетних значимую роль играют психологические моменты и социальные условия. Возникновение преэклампсии у беременных в подростковом возрасте свидетельствуют о неготовности организма к выполнению репродуктивной функции.

Цель

Проанализировать течение беременности и ее исход у юных первобеременных с тяжелой преэклампсией.

Материалы и методы

Проанализировано 1629 историй родов юных первобеременных, родоразрешенных в клинических учреждениях г. Донецка. Из них подвергнуты разбору 52 истории родов юных первобеременных с тяжелой преэклампсией. Оценку 95%-го доверительного интервала (95% ДИ) для частот осуществляли методом Уилсона. Количественные данные представлены медианой (Me) и межквартильной шириной – 25 и 75 перцентилями (25; 75%), так как переменные не соответствовали нормальному распределению (критерий Колмогорова-Смирнова).

Результаты

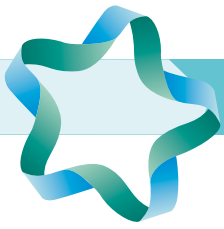
Установлено, что из 1629 родоразрешенных юных первобеременных, преэклампсия тяжелой степени возникла у 52 пациенток, что составило 3,2% (95% ДИ 2,4–4,2%). Возраст юных пациенток с преэклампсией составил 15,5 (14; 17) лет. Три (5,8%; 95% ДИ 2,0–15,6%) беременные вынашивали многоплодную беременность двойней. При оценке соматического анамнеза выявлено, что артериальная гипертензия ранее в анамнезе не наблюда-



лась. У 12 женщин фиксировались острые респираторно вирусные инфекции (23,1%; 95% ДИ 13,7–36,1%). При обследовании у 92,3% (95% ДИ 81,8–97,0%) юных пациенток зарегистрирована лабильность психических показателей. При анализе лабораторного обследования клинически значимая протеинурия была определена у 90,4% (95% ДИ 79,1– 95,8%) пациенток, повышение трансаминаз – у 19,2% (95% ДИ 10,8 –31,9%), тромбоцитопения – у 5,8% (95% ДИ 2,0–15,6%), тромбоцитоз – у 3,8% (95% ДИ 1,1–13,0%) и гипоальбуминемия – также у 3,8% (95% ДИ 1,1–13,0%). Срок родоразрешения женщин составлял – 37 (25; 38) недель. Срочными роды были в 59,6% случаев (95% ДИ 46,1–71,8%), преждевременными – в 40,4% (95% ДИ 28,2–53,9%). У всех юных женщин роды были патологическими: завершились абдоминальным родоразрешением путем операции кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Родилось 54 живых младенца, в том числе, недоношенных 23 (42,6%; 95% ДИ 30,3–55,8%), доношенных – 31 (57,4%; 95% ДИ 44,2–69,7%). В одном случае извлечен мертвый плод при доношенной беременности, следовательно, мертворождаемость составила 18,1%. Вес недоношенных новорожденных составил 1850 (1400; 2200) г, доношенных – 3100 (2700; 3500) г, рост – 44 (40; 46) и 51 (50; 52) см соответственно. В асфиксии средней и тяжелой степени родилось 6 из 54 (11,1%; 95% ДИ 5,2– 22,2%) младенцев, у остальных 48 (88,9%; 95% ДИ 77,8–94,8%) зарегистрировано удовлетворительное состояние.

Заключение

Частота преэклампсии тяжелой степени у юных первобеременных женщин составила 3,2% (95% ДИ 2,4–4,2%) и осложнения беременности возникли у 71,2%. У юных первобеременных с преэклампсией преждевременные роды произошли в 40,4% (95% ДИ 28,2–53,9%) случаев, развитие неврологической симптоматики у 92,3%, повреждение почек у 90,4% пациенток. У всех юных пациенток (100%) роды завершились абдоминальным родоразрешением путем операции кесарево сечение. Таким образом, на этапе амбулаторно-поликлинической помощи следует активно проводить санитарно-просветительную работу среди подростков в учебных учреждениях, акцентируя внимание на риске неблагоприятное течение беременности и родов у юных первородящих.



ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕИ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Былым Г.В., Егорова М.А., Христинич Е.А., Стрябкова А.В.

г. Донецк

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

С каждым годом увеличивается количество девушек обращающихся в поликлинику с функциональной гипоталамической аменореей (ФГА). Нервная анорексия с сопутствующей ей аменореей оказывает негативное влияние на формирование репродуктивной функции у женщин. В пубертатном периоде наступление аменореи носит вторичный характер: обычно ее расценивают как результат потери веса вследствие ограничения в приеме пищи и болезненного стремления к похудению. При более раннем начале нервной анорексии возможно нарушение роста девочек, задержка развития половых признаков и первичная аменорея. В дальнейшем возникает высокий риск развития остеопороза. Следует отметить, что данное заболевание требует комплексный подход к лечению, так как оказывается на границе таких медицинских дисциплин как гинекология, эндокринология и психиатрия.

Цель

Выявить связи между содержанием гормона жировой ткани, роста – весовыми показателями и состоянием менструальной функции у больных нервной анорексией.

Материалы и методы

Было проведено комплексное обследование 23 девушек в возрасте от 15 до 19 лет. Основную группу (15 девушек) составили пациентки с функциональной гипоталамической аменореей, у которых наблюдался низкий индекс массы тела (ИМТ). В группу контроля (8 пациенток) были включены девушки с регулярным ритмом менструаций и нормальным ИМТ. Длительность аменореи – 1-3 года, скорость потери массы тела – $2,3 \pm 2,1$ кг/мес. ФГА у 77,4% больных наступила на фоне регулярного ритма менструаций, у 22,6% – на фоне олигоменореи. На этапе амбулаторно-поликлинической помощи помимо клинико-anamnestического обследования проведено определение уровня гормонов в сыворотке крови (лютеотропного гормона, фолликулостимулирующего гормона, тиреотропного гормона, эстрадиола, свободного тироксина, пролактина, кортизола и лептина) и УЗИ органов малого таза. С пациентками проводилось индивидуальное собеседование с психи-



атром в виде полуструктурированного клинического интервью, консультация диетолога с анализом фактического питания.

Результаты

Развитию ФГА в 85 % случаев предшествовала потеря массы тела в среднем на 16-20 % за достаточно короткий промежуток времени (в среднем за 6-8 месяцев). Результаты диетологического консультирования свидетельствовали, что 60% девушек употребляли пищу сниженной калорийности. У 80 % пациенток основной группы имел место пищевой дисбаланс потребляемых макронутриентов, с существенным снижением доли углеводов, жиров, и преобладанием белковой пищи. Снижение процентного содержания жировой ткани было выявлено у 81,2% пациенток с ФГА (у 96,8% – с низким ИМТ и у 76,2% – с нормальным ИМТ). Наряду с количественной проводилась функциональная оценка жировой ткани по концентрации лептина в сыворотке крови. При сниженной калорийности питания, наблюдающейся в основной группе, уровень лептина оказался в 1,7 раз ниже, чем в группе контроля. Известно, что секреция гонадотропин-рилизинг-гормона на уровне инфундибулярных ядер гипоталамуса находится под контролем модулирующего влияния лептина. По данным ряда исследований, снижение лептина может инициировать супрессию гонадотропин-рилизинг гормонов и пульсационную секрецию лютеинизирующего гормона, что играет важную роль в патогенезе ФГА.

Заключение

Патогенез формирования функциональной гипоталамической аменореи у пациенток с нервной анорексией зависит от уровня выработки гормона жировой ткани – лептина. В свою очередь сниженный уровень выработки лептина, находится в прямо-пропорциональной зависимости от индекса массы тела, темпов похудения и обратной пропорциональной зависимости от величины абсолютной потери веса. Снижение содержания лептина в крови, первично вызванное потерей жировой массы тела, влечет за собой редукцию секреции лютеотропного и фолликулостимулирующего гормона, с последующим сокращением овариальной продукции эстрогенов. Вследствие этого наступает аменорея. Полученные результаты исследования следует учитывать при разработке комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий на этапе амбулаторно-поликлинической помощи для девушек и женщин с гипоталамической аменореей.



МИКРОБИОТА ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ПОЛИПАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Ванакова А.И., Долгушина Н.В., Денисов П.А., Гончарук О.Д., Муравьева В.В.,
Припутневич Т.В.

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России,
Москва, Россия

Актуальность

На сегодняшний день существует множество теорий возникновения ПЭ, одной из которых является теория воспаления. Результаты исследований о составе микробиоты полости матки при ПЭ различны, это связано со сложностью сбора материала без контаминации из нижних отделов репродуктивного тракта. Поиск взаимосвязи в генезе развития ПЭ и воспаления имеет высокую актуальность, ввиду возможности подбора этиологически направленной терапии и профилактики развития ПЭ.

Цель

Изучить состав микробиоты полости матки при полипах эндометрия.

Материалы и методы

В проспективное исследование в 2022-2024 гг. было включено 128 пациенток – 84 пациентки с гистологически подтвержденными ПЭ и 44 пациентки группы сравнения без патологии эндометрия. До гистероскопии проводился забор отделяемого из цервикального канала для изучения микробного состава. Забор материала из полости матки проводился в асептических условиях после предварительной обработки влагалища и шейки матки антисептиком, с целью исключения контаминации забранного материала. Полученный материал исследовалось на микробиоту методом культуромики с использованием расширенного набора селективных и неселективных питательных сред. Наличие ПЭ было подтверждено с помощью морфологического исследования.

Результаты

Рост микрофлоры в полости матки был выявлен у 52 пациенток из 128 – у 40 пациенток группы с ПЭ (47,6%) и у 12 пациенток группы сравнения (27,3%) ($p=0,026$). Всего было выделено 23 вида микроорганизмов (20 видов 9 родов в группе с ПЭ, 10 видов 8 родов в группе без ПЭ). Видовой и таксономический состав микробиоты полости матки значимо не отличалось в 2-х группах, хотя был выше в группе с ПЭ. Преобладающими микроорганизмами в полости матки в группе с ПЭ были *Staphylococcus* (у 50% пациенток)



и *Lactobacillus* (у 37,5% пациенток). В группе без ПЭ в полости матки, наоборот, преобладали *Lactobacillus* (у 41,7% пациенток) и *Staphylococcus* (у 25% пациенток). ОШ выявления колонизации полости матки микроорганизмами при наличии ПЭ по сравнению с женщинами без патологии эндометрия составил 2,4 (95% ДИ=1,1; 5,5).

Заключение

Выявление роста микрофлоры в полости матки в 2,4 раза выше у пациенток с ПЭ, чем у пациенток без патологии эндометрия. Видовой состав микробиоты полости матки при ПЭ отличается большим видовым и таксономическим разнообразием. Дальнейшее изучение микробиоты полости матки при ПЭ позволит усовершенствовать лечение и профилактику ПЭ.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ НА РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Ванакова А.И., Долгушина Н.В., Денисов П.А., Гончарук О.Д., Муравьева В.В., Припутневич Т.В.

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность

Полипы эндометрия (ПЭ) занимают лидирующее место среди всей внутриматочной патологии. Частота встречаемости ПЭ варьирует в диапазоне от 6% до 27% и имеет тенденцию к росту в пери- и постменопаузе. ПЭ приводят к нарушению репродуктивной функции, в частности к бесплодию. Частота рецидивирования ПЭ варьирует от 13% до 43%, это зависит от длительности наблюдения и выбора метода хирургического лечения. Одной из возможных этиологических причин развития ПЭ является микробный фактор. Однократное предоперационное введение антибиотиков перед гистерорезектоскопией ПЭ может привести к снижению частоты их рецидивирования.

Цель

Изучить влияние предоперационного введения антибиотиков (АБ) перед гистерорезектоскопией ПЭ на частоту их рецидивирования



Материалы и методы

В рандомизированное клиническое исследование были включены 84 пациентки с ПЭ, которые были рандомизированы на 2 группы в зависимости от предоперационного назначения АБ за 30 минут до гистерорезектоскопии (1 группа с АБ, 2 группа – без АБ). Забор материала из полости матки проводился в асептических условиях с целью исключения контаминации забранного материала микрофлорой из цервикального канала и влагалища. Часть полученного материала исследовалась на микробиоту содержимого полости матки при ПЭ методом культуромики с использованием расширенного набора селективных и неселективных питательных сред. Другая часть удаленного материала направлялась на гистологическое исследование, интерпретация результатов производилась согласно морфологическим картинам по общепринятым критериям. Через 12-18 месяцев выполнялось ультразвуковое исследование органов малого таза, оценивалась частота рецидивирования ПЭ после гистерорезектоскопии.

Результаты

Рост микроорганизмов в полости матки при ПЭ был выявлен у 40 пациенток из 84 (47,6%). Суммарно было получено 20 видов бактерий, относящихся к 9 родам. В 50% случаев были выявлены Staphylococcus, в 37,5% – Lactobacillus. У 23 пациенток из 84 (27,4%) ПЭ сочетались с хроническим эндометритом. Не было получено значимой статистической разницы в частоте рецидивирования ПЭ через 12-18 месяцев в зависимости от предоперационной антибиотикопрофилактики в общей группе пациенток с ПЭ (19% и 31% соответственно, $p=0,21$). Рецидивирование ПЭ на фоне хронического эндометрита отмечалось в 5 раз чаще у пациенток без АБ (53,3%), чем с АБ (12,5%) ($p=0,08$). При наличии роста микробиоты в полости матки рецидивирование ПЭ было в 7 раз чаще при отсутствии предоперационной антибиотикопрофилактики (5% в группе АБ и 40% в группе без АБ ($p=0,02$)).

Заключение

Необходимость рутинной предоперационной антибиотикопрофилактики при хирургическом лечении ПЭ, особенно при хроническом эндометрите, может привести к снижению рецидивирования ПЭ и, как следствие, необходимости повторного хирургического вмешательства.



ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С БЕСПЛОДИЕМ МАТОЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Ващилина Т.П., Денисевич Т.В., Васильева Е.Н., Виктор С.А., Матач Е.А.,
Куделич О.С., Быкова И.В.

г. Минск

РНПЦ «Мать и дитя»

Актуальность

По данным ВОЗ бесплодный брак больше влияет на значение демографических показателей, чем невынашивание беременности и перинатальные осложнения. Известно, что частота встречаемости патологических изменений эндометрия при бесплодии достигает 88%, при неэффективных попытках экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – 77,5%. Наличие внутриматочной патологии является независимым фактором риска бесплодия, увеличивающим вероятность бесплодия в четыре раза. Эти данные подтверждают существующее мнение о ключевой роли эндометрия в имплантации и плацентации.

Цель

Определить факторы, ассоциированные с женским бесплодием маточного происхождения, по результатам анализа медицинской документации РНПЦ «Мать и дитя» за 2021-2022 года.

Материалы и методы

В ходе исследования был проведен анализ 728 карт амбулаторного пациента, выделены две группы. Группа 1 (191 женщины) – с маточным фактором бесплодия, группа 2 (537 женщин) – женщины без маточного фактора бесплодия. В большинстве случаев маточный фактор сочетался с эндокринным и трубноперитонеальными факторами бесплодия. Маточный фактор бесплодия включал в себя гиперплазию и гипоплазию эндометрия, полип эндометрия, синехии в полости матки, субмукозную миому матки, аденомиоз/эндометриоз.

Результаты

В результате исследования выявлено, что средний возраст женщин в группе 1 составил $35,7 \pm 3,68$ года, в группе 2 – $33,4 \pm 3,94$ года. Первичное бесплодие диагностировано в группе 1 у 49,2%, вторичное – у 50,8%. В группе 2 первичное бесплодие диагностировано у 58,8%, вторичное – у 41,2%. Средняя продолжительность бесплодия составила у женщин группы 1 составила – $7,6 \pm 3,69$ лет, у женщин группы 2 – $6,6 \pm 3,51$ лет. При анализе антропометрических данных получены статистически значимые различия при сравнении возраста ($p < 0,0001$) и длительности бесплодия ($p < 0,025$): у женщин с маточным фак-



тором бесплодия возраст и длительность бесплодия были статистически значимо выше. Толщина эндометрия у женщин с маточным фактором бесплодия была статистически значимо ниже ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, в ходе проведенного исследования определены факторы, ассоциированные с женским бесплодием маточного происхождения: возраст женщины (старше 35 лет), первичное бесплодие, длительность бесплодия (более 7 лет), неоднократные вмешательства в полость матки, хронический эндометрит в сочетании с хроническим аднекситом и преждевременной недостаточностью яичников, потери беременности в анамнезе (неразвивающиеся беременности, медицинские аборт), толщина эндометрия $< 6,5$ мм ($p < 0,05$), увеличение СОЭ ($p = 0,04$), увеличение числа тромбоцитов в сыворотке крови ($p = 0,039$).

Определение факторов, ассоциированных с бесплодием маточного происхождения позволит на ранних этапах выделить группу риска среди женщин, которые обратились за медицинской помощью по поводу бесплодия, и своевременно выполнить медицинские мероприятия направленные на преодоление бесплодия, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Виктор С.А., Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П.

г. Минск

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Актуальность

Дисфункция щитовидной железы связана с повышенным риском неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов. По данным систематического обзора и метаанализа Toloza F.J.K. et al. (2022) была установлена связь между гипотиреозом и преэклампсией (ОШ 1,53, 95% ДИ 1,09–2,15).

Цель

Оценить связь между уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) в I триместре беременности и риском развития гипертензивных расстройств во время беременности.



Материалы и методы

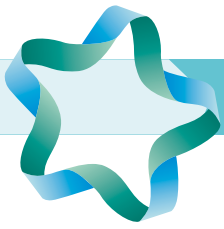
В исследование включено 89 беременных женщин, родоразрешенных в РНПЦ «Мать и дитя»: 61 женщина с гипертензивными расстройствами во время беременности (основная группа), из них 13 беременных с поздней преэклампсией. В группу сравнения были включены 28 женщины без гипертензивных расстройств во время беременности. Беременные групп исследования были сопоставимы по возрасту (33 (29–36) и 32 (27–35) лет соответственно, $p=0,273$), росту 168 (164–170) и 165 (163–172) см, $p=0,608$ и массе тела новорожденных (3300 (3050–3610) и 3370 (3070–3680), $p=0,659$), но имели статистически значимые различия по индексу массы тела до беременности (28,8 (23,9–33,2) и 22,6 (20,5–25,5) кг/м², $p<0,001$) и сроку родоразрешения 270 (262–277) и 280 (271–285) дней, $p=0,001$). Статистическую обработку полученных данных выполнили с использованием программы «STATISTICA 10». Статистически значимыми принимали различия при $p<0,05$.

Результаты

Группы исследования были сопоставимы по частоте гипотиреоза во время беременности: диагностировался в 13 (21,3%) случаях у беременных основной группы и в 5 (17,9%) случаях в группе сравнения ($p=0,706$); при поздней преэклампсии гипотиреоз был диагностирован в 3 (23,1%) случаях. Были выявлены статистически значимые различия по уровню ТТГ в I триместре беременности: у беременных с гипертензивными расстройствами данный показатель был выше (1,8 (1,2–2,5) мМЕ/л) чем в группе сравнения (1,2 (0,5–2,0) мМЕ/л, $p=0,036$). У пациенток с поздней преэклампсией значение ТТГ в I триместре беременности составило 2,2 (1,5–3,1) мМЕ/л. По результатам ROC-анализа у беременных с гипертензивными расстройствами возможно прогнозирование преэклампсии при значении ТТГ в I триместре беременности 2,16 мМЕ/л и более (AUC 0,71 (0,59–0,84)) с чувствительностью 61,1% и специфичностью 70,9%.

Заключение

Значение ТТГ в I триместре беременности 2,16 мМЕ/л и более ассоциировано с поздней преэклампсией и может использоваться в качестве раннего маркера с чувствительностью 61,1% и специфичностью 70,9%.



МОДЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА НА ОСНОВАНИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

Волочаева М.В., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Гасымова Ш.Р., Рыжова К.О.

г. Москва

ФГБУ «НМИЦ Акушерства, гинекологии и перинатологии им. Акад. В.И. Кулакова»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Резюме

Основной проблемой диагностики задержки роста плода (ЗРП) является ее позднее выявление, ассоциированное с повышением частоты мертворождений, неонатальной заболеваемости и смертности. Разработанная формула позволит обеспечить высокую точность верификации ЗРП, своевременное решение вопроса о выборе тактики ведения беременности, сроках родоразрешения, а также снизить частоту ятрогенных вмешательств, неонатальной заболеваемости и смертности.

Актуальность

Прогнозирование и диагностика ЗРП представляют собой одну из наиболее изучаемых, но всё ещё нерешённых задач современного акушерства. Существует необходимость улучшения УЗ-скрининга путём разработки более чувствительных и специфичных тестов на основе существующих методов функциональной диагностики.

Цель исследования

Улучшение диагностики задержки роста плода на основании функциональных методов диагностики.

Материалы и методы

В исследование «случай-контроль» было включено 13232 пациентки, сформировано 2 группы исследования: 1 группа – беременные с ЗРП (n=242), 2 группа – беременные без ЗРП (n=12595). В исследование включены здоровые, беременные женщины в возрасте от 18 до 45 лет, с одноплодной беременностью, без хромосомной патологии и/или врожденных пороков развития у плода, с антенатально выставленным диагнозом ЗРП (согласно критериям Delphi), постнатально проведена оценка массо-ростовых показателей у новорожденных с использованием INTERGROWTH-21. Пациентки, включенные в исследование, сформировали выборку (n=13232) для разработки и обучения модели (программа RStudio). Для оценки работы формулы сформирована тестовая выборка (n=1843), в которую вошли случаи несовпадения (расхождения) антенатального диагноза ЗРП и со-



ответствующего сроку гестации плода с постнатальной оценкой массо-ростовых показателей новорожденного (INTERGROWTH-21).

Результаты

В ходе проведенного исследования было установлено, что точность диагностики ЗРП с использованием функциональных методов составила 68,59%. Формула, включающая окружность живота плода (мм) (ОЖ) пульсационный индекс в правой маточной артерии (процентиль) (ПИМАправ), церебрально-плацентарного отношение (процентиль) (ЦПО), позволяет диагностировать ЗРП с чувствительностью 84% и специфичностью 82%. Внедрение разработанной формулы позволит улучшить точность диагностики ЗРП путем снижения количества ложноотрицательных результатов на 38,5%, ложноположительных результатов на 15,9%.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что применение разработанной формулы поможет повысить точность диагностики ЗРП. По нашему мнению, необходимо рекомендовать использование сочетания ультразвуковых и омиксных технологий для улучшения персонифицированного подхода к вопросам предикции и диагностики данного осложнения беременности.

ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВПЧ ВОЗМОЖНО ОНКОГЕННЫХ ТИПОВ

Виноградова Н.А., Кулешова О.Б., Романюк Т.Н., Домонова Э.А.

г. Москва

ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора

Актуальность

Широко известно о роли 14-и онкогенных типов вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии рака шейки матки (РШМ). Способность ВПЧ возможно онкогенных типов в развитии данной патологии подвергается сомнению ввиду их частого сочетанного выявления совместно с онкогенными.

Цель

Выявить ассоциацию ВПЧ возможно онкогенных типов с развитием интраэпителиального поражения высокой степени и рака шейки матки.



Материалы и методы

Обследованы 42 женщины с интраэпителиальным поражением высокой степени (n=32) или РШМ (n=10) и отрицательными результатами ВПЧ-теста на 14 типов онкогенных для человека (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). Медиана возраста обследованных – 46 лет (23–72 года). Экстракцию ДНК из образцов биологического материала (соскобы со слизистой оболочки цервикального канала, взятые в вials с транспортно-фиксирующей средой для жидкостной цитологии (BD SurePath)) и количественное определение ДНК ВПЧ 6-и (26, 53, 67, 70, 73, 82) возможно онкогенных типов проводили методом ПЦР-РВ с использованием методик и наборов реагентов, разработанных в ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Образцы с отрицательными результатами выявления 20-и типов ВПЧ дополнительно проанализированы методом секвенирования по Сэнгеру с использованием консенсусных праймеров Mu 9/11 и GP 5+/6+.

Результаты

ДНК ВПЧ 6-и возможно онкогенных типов обнаружены в 40/42 случаях (95,2%; 95% ДИ: 84,21–98,7), среди которых выявлены: 73 тип – 14 случаев (35%; 95% ДИ: 22,1–50,5), 82 тип – 11 (27,5%; 95% ДИ: 16,1–42,8), 53 тип – 9 (22,5%; 95% ДИ: 12,3–37,5), 70 тип – 6 (15%; 95% ДИ: 7,1–29,1), 67 тип – 5 (12,5%; 95% ДИ: 5,5–26,1), 26 тип – 3 (7,5%; 95% ДИ: 3,6–19,9). Большинство (90%) образцов содержало ДНК одного типа ВПЧ. Микст-инфекция выявлена в 10% случаев. В 2/42 образцах с отрицательными результатами определения 20-и типов ВПЧ обнаружены методом секвенирования 62 (1/42) и 32 (1/42) типы. 10 случаев с цитологическим заключением РШМ ассоциированы только с одним возможно онкогенным типом ВПЧ: 53 тип – 3 (30%; 95% ДИ: 10,8–60,3), 82 тип – 2 (20%; 95% ДИ: 5,7–50,9), 73 тип – 2 (20%; 95% ДИ: 5,7–50,9), 70 тип – 2 (20%; 95% ДИ: 5,7–51), 26 тип – 1 (10%; 95% ДИ: 1,8–40,4).

Заключение

Результаты проведенного исследования демонстрируют способность ВПЧ возможно онкогенных типов вызывать интраэпителиальное поражение высокой степени и рак шейки матки. Полученные данные необходимо учитывать при разработке стратегии профилактических мероприятий, направленных на снижение бремени ВПЧ-ассоциированных заболеваний, в том числе рака шейки матки.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНЫМ СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Воронцова Н.А., Студёнов Г.В., Сенникова Ж.В., Яхудина Р.К.

г. Оренбург

Оренбургский областной перинатальный центр



Актуальность

Первичный системный васкулит – это редкое заболевание, которое может поражать молодых женщин детородного возраста.

Цель

Изучить течение беременности и родов у беременной с первичным системным васкулитом.

Материалы и методы

Клинический случай, проведенный на базе Областного перинатального центра ГАУЗ ООКБ № 2 г. Оренбурга в феврале 2024 года.

Результаты

Пациентка М, 31 года. В 9 лет дебют геморрагического васкулита. С 15 лет кожно-почечная форма геморрагического васкулита. В 19 лет присоединяется суставной синдром. В 21 год верифицирован диагноз: Системный васкулит (с поражением почек – нефрит; кожи – геморрагический васкулит, ливедо-васкулит; верхних дыхательных путей – синусит, легких – бронхиальная астма). Активность III. С мая 2018г. в связи с нефротическим синдромом начато лечение с применением пульс – терапии высокими дозами метилпреднизолона. В феврале 2019 г. больная находилась в НИИР им. В.А. Насоновой, диагноз подтвержден. Проведена коррекция лечения: к получаемой ГКС терапии добавлен цитостатический препарат мофитилмикофенолат. Менструальная функция с 13 лет. В анамнезе 2 беременности – 1-я закончилась срочными родами без осложнений, 2-я прервана в 16 недель в связи с тяжелой преэклампсией. Данная беременность 3. Наступила на фоне приема микрофенолатамофетила и метилпреднизолона. С 12 недель беременности пациентка самостоятельно прекратила прием микрофенолатамофетила. На учете в ЖК с 13 недель. Четырежды за время беременности осмотрена специалистами консультативно – диагностического отделения при областном перинатальном центре. Коллегиально решен вопрос о возможности пролонгирования беременности. Скрининговые исследования плода без патологии. Дважды за беременность перенесла ОРВИ. В 23 недели проведена ТМК с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» г. Москва, уточнены вопросы ведения и обследования беременной. Пациентка поступила в областной перинатальный центр в сроке 27 недель беременности в связи с повышением артериального давления. В ходе динамического наблюдения за беременной и плодом отмечалось ухудшение общего состояния: выраженные отеки верхних и нижних конечностей, лица, передней брюшной стенки. По данным УЗИ выпот в плевральной и брюшной полостях, нарастание протеинурии: от 1.0 гр. до 10 гр. в суточной порции мочи, азотемия – 6500 мг/л, креатинин 180 мкмоль/л. У плода – задержка развития плода, периодически по данным доплерографии нулевой диастолический кровоток. В связи с чем было принято решение о досрочном родоразрешении. В сроке 30 недель 6 дней было выполнено кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, излечена живая недоношенная гипотрофичная девочка,



весом 950 грамм, ростом 34 см с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. Операция прошла типично. Кровопотеря составила 750 мл. В течение суток родильница находилась на лечении в условиях реанимационного отделения. Послеродовой период без осложнений. Выписана домой на 4 сутки после родоразрешения.

Заключение

Наступление беременности, её течение и родоразрешение при наличии первичного системного васкулита имеет высокий риск развития осложнений, требует мультидисциплинарного подхода, тщательного динамического наблюдения, своевременной коррекции нарушений функции органов и систем. Строгое динамическое наблюдение за состоянием матери и плода. Необходимы специализированные программы прегравидарной подготовки для данной категории пациентов.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЖЕНЩИН, ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ИЗ ТАДЖИКИСТАНА В РОССИЮ

Гафурова Т.У.

г. Москва

ООО “Авиценна” города Москвы, ООО “Клиника профессиональной медицины” города Москвы

Актуальность

Исследование акушерских и перинатальных исходов среди женщин трудовых мигрантов становится все более актуальным на фоне растущих миграционных потоков в страны с высоким уровнем дохода. Эти исследования критически важны для общественного здравоохранения, поскольку женщины-мигранты сталкиваются с уникальными рисками и проблемами, которые могут негативно сказаться на исходах беременности и родов. Женщины-мигранты часто сталкиваются с препятствиями в доступе к качественной медицинской помощи, включая языковые барьеры, недостаток информации о медицинских услугах, страх депортации и отсутствие страховки, что может ухудшить акушерские исходы, такие как преждевременные роды, низкий вес при рождении и увеличение перинатальной смертности. Кроме того, социально-экономические условия, в которых живут женщины-мигранты, такие как низкий уровень дохода, тяжелые условия труда и плохие жилищные условия, могут привести к различным неблагоприятным исходам для матери и ребенка. Исследования также помогают выявить этнические и культурные особенности, которые могут влиять на здоровье и благополучие матери и ребенка, требуя более тонкого и индивидуализированного подхода в предоставлении медицинской помощи. Повышение качества медицинских услуг для женщин-мигрантов, особенно в области



акушерства и перинатологии, имеет стратегическое значение для улучшения общественного здоровья и снижения неравенства в здравоохранении. Эффективные программы скрининга, профилактики и лечения могут значительно снизить риски и улучшить исходы беременности у этой уязвимой группы населения, требуя комплексного подхода, включающего медицинское обслуживание, социальную поддержку и интеграцию женщин-мигрантов в общество принимающих стран.

Цель

Цель нашего исследования явилось изучить акушерские и перинатальные исходы женщин, трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию.

Материалы и методы

В исследование были включены беременные женщины-мигранты из Таджикистана в Россию (основная группа, 100 участниц). Всем обследованным женщинам проведены опрос по показателям социального статуса, сбор анамнеза, общеклиническое, акушерское исследование, общепринятые лабораторные методы, ультразвуковое исследование, включая УЗИ щитовидной железы, доплерометрию и фетометрию плода, оценку психо-эмоционального статуса, статистические методы.

Результаты

Преждевременные роды наблюдались у 40% (40 женщин), запаздывающие роды у 13% (13 женщин), а своевременные роды у 47% (47 женщин). Из всех родов 27% (27 случаев) были оперативными с использованием метода кесарева сечения, при этом основными показаниями к операции служили преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременный разрыв плодных оболочек, обвитие пуповины и тяжелая преэклампсия. Гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде были зафиксированы у 9% (9 женщин), кровотечения у 12% (12 женщин). Экстремально ранние преждевременные роды (на сроках 22-27+6 недель) зарегистрированы в 4% случаев (4 женщины), ранние преждевременные роды (до 28 недель) в 6% случаев (6 женщин), преждевременные роды (до 34 недель+6 дней) в 25% случаев (25 женщин) и на сроках от 34 недель+6 дней до 36 недель+6 дней в 5% случаев (5 женщин). Относительно массы тела при рождении, младенцы с массой тела от 1500 до 2499 граммов были выявлены в 12 случаях. Младенцы с массой тела от 2500 до 3999 граммов, что соответствует нормальному весу, зарегистрированы в 79 случаях, а младенцы с массой тела более 4000 граммов – в 9 случаях. Оценка физического состояния новорожденных по шкале Апгар показала, что умеренная депрессия состояния (4-6 баллов) была выявлена в 8 случаях. Большинство новорожденных (92 случая) получили оценку 7-10 баллов, что свидетельствует о хорошем физическом состоянии.



Заключение

Эти результаты подчеркивают важность разработки специализированных программ и стратегий, нацеленных на улучшение акушерских и перинатальных условий для женщин-мигрантов. Необходим комплексный подход, который включал бы не только медицинское обслуживание, но и социальную поддержку, а также интеграцию этих женщин в систему здравоохранения принимающей страны.

СТРУКТУРА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЖЕНЩИН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ИЗ ТАДЖИКИСТАНА В РОССИЮ

Гафурова Т.У., Ишан-Ходжаева Ф.Р.

г. Москва, Душанбе

ООО «Авиценна», Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана

Актуальность

Известно, что у женщин трудовых мигрантов беременность протекает с повышенной частотой осложнений и риск неблагоприятные акушерских и перинатальных исходов возрастает. Предположительно у женщин трудовых мигрантов частота преждевременных родов превышает этот показатель по сравнению с общей популяцией беременных. Остается малоизученным вопрос особенностей структуры преждевременных родов женщин, трудовых мигрантов.

Цель

Цель нашего исследования явилось изучить структуру преждевременных родов по срокам гестации и по клинической ситуации.

Материалы и методы

В исследование использованы документальные данные – 144 карты антенатального ухода трудовых мигрантов из Таджикистана в Россию, наблюдавшихся в клинике «Авицена Доктор», и родивших в перинатальном центре «Коммунарка» г. Москва в сроки от 22 недель до 37 недель + 6 дней в 2024 году. Проведена систематизация по срокам преждевременных родов, а также по клинической ситуации (спонтанные или индуцированные). Полученные данные проанализированы.

Результаты

Распределение преждевременных родов женщин трудовых мигрантов по срокам показало, что наиболее часто роды происходили в сроки 34 недели+6 дней (84 женщи-

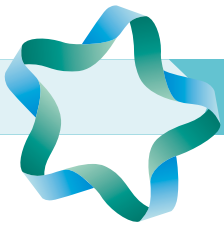


ны – 58,4%). Экстремально ранние преждевременные роды (22-27+6 дней) зарегистрированы в 10 случаях (6,9%), ранние преждевременные роды (28 – – в 18 случаях (12,5%), преждевременные роды – в 32(22,2%). Установлены различия между показателями преждевременных родов по срокам у женщин трудовых мигрантов по сравнению с соответствующими показателями общей популяцией беременных – чаще происходили преждевременные роды в сроках до 28 недель беременности и в сроки от 34 недель+6 дней до 36 недель+6 дней.

Спонтанные преждевременные роды произошли в 46 (31,9%) случаев. Необходимость досрочного родоразрешения возникла в 98(68,1%) случаев, из которых в 28(28,6%) случаях было произведено кесарево сечение, в 70(71,4%) – индукция родов.

Заключение

В каждом третьем случае преждевременные роды происходили спонтанно. Однако необходимость досрочного родоразрешения беременных трудовых мигрантов имела место в 2 раза чаще. Основными показаниями к досрочному родоразрешению явились тяжелая преэклампсия, дородовый разрыв плодных оболочек. Наиболее частым показанием к кесаревому сечению явилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.



КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ В РАЗРЕЗЕ УРОВНЕЙ ГОРМОНОВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Гафурова Т.У., Камилова М.Я.

г. Москва, Душанбе

ООО «Авиценна», Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

Актуальность

Течение беременности женщин с измененным гормональным фоном, обусловлены как внутренними, так и внешними факторами. Гормоны, продуцируемые фетоплацентарным комплексом, такие как хорионический гонадотропин человека (hCG), прогестерон, эстрогены и плацентарный лактоген, играют ключевую роль в поддержании нормального течения беременности и развитии плода. Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) оказывает многоаспектное воздействие на организм беременной женщины. Он способствует развитию эмбриона и плода, активизирует синтез эстрогенов и андрогенов в клетках яичников, поддерживает функциональную активность хориона и плаценты, тем самым обеспечивая благоприятное протекание беременности. Прогестерон, ключевой гормон для поддержания беременности, предотвращает преждевременную сократительную активность матки, что может привести к аборту, и ингибирует материнский иммунный ответ на антигены плода, тем самым предотвращая его отторжение. Плацентарный лактоген играет важную роль в созревании молочных желез, подготавливая их к лактации. Он также поддерживает функционирование желтого тела яичников, способствуя увеличению секреции прогестерона. Эстрадиол контролирует созревание клеток на ранних стадиях эмбрионального развития, развитие тканей, необходимых для имплантации зародыша, и участвует в регуляции времени овуляции, нормальном протекании беременности, а также гормональной регуляции родов и лактации. На ранних этапах беременности эстроген имеет ключевое значение для плацентации. Эстриол, в свою очередь, улучшает кровоток в сосудах матки, снижает их сопротивление и способствует развитию протоков молочных желез во время созревания плода. Беременность у трудовых мигранток представляет собой клинический интерес, учитывая дополнительные стрессовые факторы, социально-экономические и культурные аспекты, с которыми сталкиваются эти женщины. Воздействие внешних факторов на течение беременности трудовых мигранток вызывает неблагоприятное течение периода гестации. Исследователи отмечают повышение частоты преждевременных родов, синдрома задержки роста плода, расовые различия в акушерских и перинатальных исходах женщин, находящихся в трудовой миграции. Изучение связи между уровнями гормонов фетоплацентарного комплекса и возникновением осложнений беременности у женщин-мигранток является



весьма актуальным. Оценка влияния гормональных изменений во взаимосвязи с особенностями течения беременности у женщин этой группы могут улучшить медицинское сопровождение беременностей, позволит оптимизировать акушерский уход, минимизировать риски осложнений и способствовать улучшению здоровья матери и ребенка беременных в условиях миграции.

Цель

Анализ уровней гормонов фето-плацентарного комплекса и их связь с частотой осложнений беременности у беременных женщин-мигрантов.

Материалы и методы

В исследование были включены беременные женщины-мигранты из Таджикистана в Россию (основная группа, 28 участниц) и беременные жительницы Таджикистана (контрольная группа, 30 участниц). Было проведено комплексное обследование, включающее анамнез, социальный статус, ультразвуковое исследование, определение уровня гормонов (прогестерон, плацентарный лактоген, эстриол, кортизол) и оценку психо-эмоционального статуса.

Результаты

Исследование показало статистически значимые различия в уровнях гормонов фето-плацентарного комплекса между беременными женщинами-мигрантами и женщинами из контрольной группы. В основной группе беременных мигрантов чаще регистрировались сниженные уровни прогестерона и плацентарного лактогена, что коррелировало с высокой частотой осложнений, включая угрозу прерывания беременности, преэклампсию и синдром задержки развития плода. Статистический анализ показал, что снижение уровней этих гормонов значимо связано с возникновением указанных осложнений. Кроме того, у женщин из основной группы наблюдались значительные психо-эмоциональные нарушения, что могло дополнительно усиливать риск осложнений беременности.

Заключение

На основе полученных результатов рекомендуется разработка специализированных программ для беременных женщин-мигрантов, что позволит своевременно выявлять и минимизировать риски, связанные с беременностью, включающий не только стандартное антенатальное наблюдение, но и оценку психо-эмоционального статуса, а при необходимости психо-эмоциональную поддержку, что будет способствовать снижению осложнений беременности и улучшению исходов для матери и плода.



ВЛИЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПРОГРАММАХ ЭКО НА ДИНАМИКУ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА: РОЛЬ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ

Грицкевич Е.Ю., Казначеева Т.В., Ерохина А.М., Марилова Н.А., Добромыслова Е.Л., Кочетов А.Г., Касян В.Н., Грицкевич А.А., Балашова К.Д.

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Актуальность

Овариальная стимуляция (ОС) – это методика, широко применяемая для лечения бесплодия в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Однако стимуляция яичников влияет не только на репродуктивную систему, но и на тесно связанную с ней гипоталамо-гипофизарно-тиреоидную. Через различные механизмы ОС может оказывать воздействие на уровень тиреотропного гормона (ТТГ). Необходимость исследования этих взаимодействий обусловлена паракринной и интракринной ролью гормонов щитовидной железы на репродуктивную функцию, иммунологические процессы, ангиогенез, возможное влияние на процесс имплантации эмбриона и на уровень тиреоидных гормонов у потомства, зачатого при помощи экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Цель

Оценить влияние овариальной стимуляции на динамику уровня ТТГ в зависимости от наличия повышенных антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО).

Материалы и методы

В исследовании участвовали 99 женщин, которым проводилась программа стимуляции яичников в период с апреля 2021 г. по август 2023 г. Критерии включения: наличие данных об АТ-ТПО и уровне ТТГ в пределах референсных значений до начала стимуляции. Второе исследование ТТГ хемилюминесцентным методом проводилось перед переносом или криоконсервацией эмбриона. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе IBM SPSS Statistics.

Результаты

Средний возраст женщин составил $36,74 \pm 0,54$ лет. Медиана ИМТ составила $22,2$ кг/м² [20,3; 30,2]. До начала овариальной стимуляции средний уровень ТТГ был $1,55 \pm 0,65$ мЕд/л. При оценке динамики ТТГ на фоне стимуляции овуляции в общей когорте замечено статистически значимое повышение значения – $2,88 \pm 1,4$ ($p < 0,001$). Корреляционная связь



возраста и изменения ТТГ, оцененная с помощью коэффициента корреляции Пирсона, статистически не значима ($p=0,11$), также не выявлено корреляционной связи ИМТ и изменения ТТГ ($p=0,7$). Пациенток разделили на 3 группы: 1 группа ($N=12$) – получали левотироксин по поводу гипотиреоза или субклинического гипотиреоза, 2 группа ($N=69$) – с отрицательными АТ-ТПО, 3 группа ($N=30$) – с повышенными АТ-ТПО. В 1 группе пациенток было отмечено статистически значимое повышение ТТГ – 2,88 [1,62-4,5] ($p=0,034$), во 2 группе – 2,42 [1,75-3,3] ($p<0,001$), в 3 группе – 3,66 [2,73; 4,80] ($p<0,001$). С помощью метода ROC-кривых провели оценку возможности влияния наличия АТ-ТПО на изменение ТТГ и исходы беременности. Площадь под ROC-кривой в обеих моделях составила $0,679\pm 0,068$ с 95% ДИ: 0,545-0,813. Полученные модели были статистически значимы ($p=0,005$). Чувствительность и специфичность метода составили 66,7% и 62,3% соответственно. При наличии АТ-ТПО беременность наступала в 7/19 случаев, при отсутствии АТ-ТПО – 28/36 ($p=0,004$). Шансы наступления беременности значимо уменьшались при повышенных АТ-ТПО (ОШ 0,167; 95% ДИ: 0,05-0,56). Между признаками была сильная связь ($V=0,405$).

Заключение

Таким образом, результаты данного исследования подчеркивают необходимость оценки динамических параметров щитовидной железы во время протоколов ЭКО. Важно создать позицию в отношении референсных диапазонов показателей тиреоидной функции женщин при ЭКО и критерии назначения заместительной терапии левотироксином.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА БЕРЕМЕННЫХ. ОПЫТ ОРЕНБУРГА В 2024 ГОДУ

Грудкин А.А.¹, Ермолаева И.И.², Зингерман Б.В.³, Яковлева И.В.⁴, Холин А.М.⁵, Шувалова М.П.⁵

1»Оренбургский клинический перинатальный центр»

2 «Оренбургская областная больница № 3»

3 ООО «АйПат»

4 МГУ им. М.В. Ломоносова

5 ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России

Актуальность

Пациенториентированная медицинская помощь является одним из наиболее перспективных направлений развития цифрового здравоохранения, включая дистанционное мониторинг состояния здоровья беременных, поскольку отвечает запросам отрасли на повышение доступности и качества предоставляемых медицинских услуг.



Цель

Оценка эффективности, результативности дистанционного мониторинга состояния здоровья беременных с использованием облачной цифровой платформы и перспектив его дальнейшего внедрения по данным проспективного наблюдения в г. Оренбурге.

Материалы и методы

Были проанализированы данные проспективного наблюдения 2488 беременных, 489 родильниц; изучены 18 206 вопросов беременных к своим лечащим врачам и 4 013 уведомлений врачам («алармов»), сгенерированных на основании показателей, внесенных беременными по сведениям платформы дистанционного мониторинга Medsenger.AI, предоставленной ООО «АйПат», на базе ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр» (ОКПЦ), 7 женских консультаций Оренбурга. Данные за период с 17 октября 2023 по 20 мая 2024.

Результаты

Оценены временные затраты врача на участие в дистанционном мониторинге. Выявлена высокая востребованность дистанционного мониторинга беременными – 81% участниц пользовались платформой; 86% использовавших ее указали на полезность и удобство. Оценка по отзывам участниц составила 4,82 балла (из 5).

Заключение

Комплексный сценарий дистанционного мониторинга беременных показал свою эффективность и востребованность пациентами, а также удобство и приемлемость для включения в рутинную практику врачей. Предложенный инструмент может применяться при ведении беременности на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова:

Телемедицинские технологии, дистанционный мониторинг беременности, система поддержки принятия решений, искусственный интеллект, персонализированные медицинские помощники



ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Дамиров М.М.¹, Иерусалимский А.П.¹, Шустов В.В.^{1,2}

г. Москва

1 – ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы».

2 – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ

Актуальность

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) оказывают серьезное негативное воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье во всем мире. На протяжении долгого времени полость матки считали стерильной. Однако, в настоящее время применение лабораторных методов исследования позволяет выявлять микроорганизмы на поверхности эндометрия у женщин репродуктивного возраста. Одним из направлений в исследовании возникновения и развития различной внутриматочной патологии (ВП) является изучение влияния ИППП, что позволит представить новые подходы к диагностике и лечению данной патологии у пациенток репродуктивного возраста.

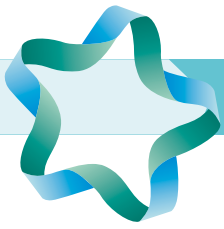
Цель

Цель исследования – определение частоты выявления ИППП у пациенток репродуктивного возраста с различными видами ВП.

Материалы и методы

Материалом исследования явились данные обследования 74 женщин репродуктивного возраста (средний возраст 38,82±6,7 лет), находившихся на стационарном лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ с 2023 по 2024 гг. с различной ВП.

Критериями включения в исследование были репродуктивный возраст пациенток (от 18 до 49 лет) и наличие у них ВП: гиперплазии эндометрия, полипа тела матки (ПЭ), субмукозной миомы матки, аденомиоза и хронического эндометрита. Взятие биоматериала для ПЦР-исследования на ИППП из цервикального канала и полости матки проводили до выполнения гистеро/гистерорезектоскопии с отдельным диагностическим выскабливанием. Среди обследованных больных при морфологическом исследовании у 25 пациенток был диагностирован ПЭ, у 7 женщин – субмукозная миома матки, у 2 больных – гиперплазия эндометрия без атипии, у 1 пациентки – аденомиоз и у 2 боль-



ных обнаружен хронический эндометрит. В 37 случаях у пациенток было отмечено сочетание нескольких рассматриваемых форм ВП. Молекулярную диагностику выполняли методом полимеразной цепной реакции с использованием мультиплексных наборов реагентов производства компании «ВекторБест» (РФ). Все пациентки были обследованы на 24 инфекции: ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, *Candida albicans*, *Chlamydia trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Epstein-Barr virus*, *Gardnerella Vaginalis*, *Herpes simplex 1, 2* типа, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma Hominis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealiticum*, *Trichomonas vaginalis*.

Статистическую обработку данных выполняли с использованием программного обеспечения Microsoft Office и GraphPad Prism 9.

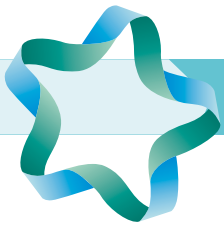
Результаты

В исследуемых группах больных наиболее часто ИППП диагностировали у пациенток с аденомиозом – 50,0%. Группы больных с ПЭ и гиперплазией эндометрия имеют схожую частоту выявления урогенитальных инфекций –

в 46,2 и 46,3% случаев соответственно. Следует отметить, что наиболее широкий спектр обнаруженных инфекционных возбудителей выявлен у больных с ПЭ. У пациенток с миомой матки ИППП установлены в 43,5% случаев. Реже всего инфекции выявляли в группе пациенток с хроническим эндометритом, где частота выявления составила 42,1%. В связи с низкой выявляемостью инфекции при хроническом эндометрите, нами дополнительно проведен анализ частоты выявления ИППП у пациентов с хроническим цервицитом, где инфекция обнаружена в 57,1% случаев. Таким образом, развитие воспалительного ответа при хроническом эндометрите не всегда взаимосвязано с наличием выявленной инфекции.

Заключение

В половине случаев у исследуемых групп больных установлено наличие ИППП. При этом, факт низкой частоты обнаружения инфекции при хроническом эндометрите вызывает особый интерес и требует дополнительного изучения. В связи с высокой частотой выявления возбудителей ИППП при разных видах ВП рекомендуется проведение молекулярной диагностики для своевременного проведения противoinфекционной терапии.



ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СНА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Данилова М.В., Усольцева Е.Н., Вереина Н.К., Никушкина К.В.

г. Челябинск

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Актуальность

В периоде менопаузального перехода и постменопаузе избыточная масса тела и ожирение регистрируются более чем у 50% женщин и связаны с гормональными изменениями, происходящими в этот период. Активно изучается участие кисспептина и мелатонина в регуляции секреции инсулина и контроле пищевого поведения. Наступление менопаузы ассоциировано также со снижением качества сна, что в сочетании с повышением массы тела приводит к риску кардиометаболических заболеваний и негативно отражается на качестве жизни пациенток.

Цель

Оценить качество сна и уровни кисспептина и мелатонина у женщин в постменопаузе в зависимости от массы тела.

Материалы и методы

Проведено кросс-секционное исследование 89 женщин г. Челябинска в возрасте 47-60 лет. I группу составили 45 женщин с избыточной массой тела и ожирением (ИМТ \geq 25 кг/м²), II группу 30 женщин с нормальной массой тела (ИМТ<25 кг/м²), III группу – 14 женщин, находящихся в периоде менопаузального перехода. Для оценки качества сна использовали Эпвортскую шкалу сонливости (показатель более 9 баллов расценивали как наличие дневной сонливости) и анкету балльной оценки субъективных характеристик сна (СХС) (показатель менее 19 баллов расценивали как наличие нарушений сна). Уровни кисспептина сыворотки крови и 6-сульфатоксимелатонина (6-COMT) утренней порции мочи оценивали методом иммуноферментного анализа.

Результаты

Женщины I и II групп не различались по возрасту (56 (53 – 58) лет и 55 (52 – 57) лет, соответственно) и находились в периоде постменопаузы, медиана возраста в III группе составила 49,5 (49,00 – 50,75) лет. Медиана ИМТ в I группе составила 29,8 (28,3 – 33,6), что соответствовало избыточной массе тела, во II группе женщины имели нормальный ИМТ – 23,1 (21,3 – 23,9), в III группе были пациентки с избыточной массой тела – 29,8 (23,7 – 31,4). Анализ анкет Эпвортской шкалы сонливости показал, что у женщин в пост-



менопаузе с избыточной массой тела наличие дневной сонливости встречалось в 2 раза чаще по сравнению с женщинами с нормальной массой тела (37,8% vs 13,3%, $p=0,034$). При анализе анкет балльной оценки СХС, расстройства сна также в 2 раза чаще встречались в I группе по сравнению со II группой (44,4% vs 20,0%, $p=0,029$). Уровень киспептина не отличался между I и II группами и составил 9,6 (4,4 – 13,9) пг/мл и 8,5 пг/мл (3,6 – 17,0) пг/мл соответственно, но был значимо ниже по сравнению с женщинами, находящимися в периоде менопаузального перехода 30,3 (25,6 – 48,8) пг/мл ($p=0,014$). В результате анализа уровня 6-SOMT утренней порции мочи не было выявлено различий между группами: 73,1 (63,0 – 301,5) нг/мл, 63,7 (56,6 – 310,0) нг/мл и 61,4 (54,8 – 372,6) нг/мл соответственно ($p=0,403$).

Заключение

У женщин с избыточной массой тела нарушения сна встречались чаще по сравнению с женщинами с нормальной массой тела в постменопаузе. Не было выявлено различий между уровнями 6-SOMT мочи в зависимости от массы тела, однако у женщин в постменопаузе выявлены более низкие уровни киспептина по сравнению с женщинами, находящимися в периоде менопаузального перехода, несмотря на наличие у последних избыточной массы тела. Установленный факт указывает на дисрегуляторные процессы в эпифизе у женщин в постменопаузе, что патогенетически неразрывно связано с формированием как патологического климактерия, так и коморбидной соматической патологии и требует дальнейших исследований. Необходимо уточнение роли киспептина и мелатонина в развитии избыточной массы тела, ожирения и нарушений сна в постменопаузе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОГО СЕРКЛЯЖА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.

г. Донецк

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

В последние десятилетия частота многоплодия значительно увеличилась и варьирует от 3 до 40 случаев на 1000 родов. Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повы-



шении удельного веса оперативного родоразрешения, осложнений послеродового периода, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки.

Цель

Оценить эффективность неинвазивного серкляжа при многоплодной беременности и проблемами невынашивания

Материалы и методы

Проанализировано 120 случаев многоплодной беременности с признаками невынашивания. I группу обследуемых составили 40 беременных с двойней, которым назначен разгрузочный акушерский pessary в сочетании с микронизированным прогестероном до 36 недель беременности. II группу – 40 беременных с двойней, которым был наложен шов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности и применялись кратковременные курсы терапии гестагенами. Контрольную группу составили 40 беременных с двойней, которым проводилась консервативная терапия угрозы прерывания беременности.

Результаты

Изучены акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности, родов, динамика состояния шейки матки. Кроме клинических методов обследования и общепринятых лабораторных исследований, для оценки угрозы прерывания беременности проводилась трансвагинальная цервикометрия в сроки 10 – 13 недель, 16 – 22 недели и 28 – 34 недели беременности. Пессарий вводили в сроке 16-28 недель в условиях стационара. При наблюдении за пациентками после введения пессария проводилось регулярное бактериологическое исследование вагинальных мазков, трансвагинальная цервикометрия и контроль расположения пессария каждые 3-4 недели. Наряду с этим пациенткам назначали микронизированный прогестерон в виде вагинальной формы. Формулировка дозы и способ применения микронизированного прогестерона 100 мг вагинально с 16 – 20 до 34 – 37 недель; при короткой шейке матки (длина во II триместре короче 15 мм) – вагинально 200 мг (4 таблетки) с 16 – 20 до 34 – 37 недель беременности. В плановом порядке акушерский пессарий извлекался в 37 недель беременности или с началом родовой деятельности. В I группе обследуемых срочные роды произошли в 34 (85%) случаях, во II группе – в 29 (72,5%) случаях, в контрольной – 25 (62,5%) случаях. Родоразрешение путем операции кесарева сечения было проведено у 7 (17,5%) беременных I группы, у 9 (22,5%) пациенток II группы и у 11 (27,5%) беременных контрольной группы. В контрольной группе преждевременные роды имели место у 15 (37,5%) беременных, перинатальные потери составили 2,5% (один новорожденный). У беременных II группы, которым было проведено хирургическое лечение ИЦН, в одном случае развился хориономнионит, в связи с этим была назначена антибактериальная терапия и снят циркулярный шов, у этой беременной роды произошли в сроке 28 недель и имела место перинатальная потеря одного новорожденного, что составило 2,5%. В I группе перинатальных потерь не было. При изучении состоя-



ния неонатальной адаптации новорожденных обследуемых групп были получены следующие результаты. Средний вес новорожденных I группы составил 3245 ± 280 г, во II группе 2865 ± 365 г, в контрольной группе – 2975 ± 325 г ($p > 0,05$). Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар, соответственно на 1-й и 5-й минутах, была соответственно: у новорожденных I группы $7,5 \pm 1,4$ и $8,4 \pm 1,3$ балла, во II группе – $7,3 \pm 1,6$ и $8,2 \pm 1,1$ балла, в контрольной группе – $7,2 \pm 1,6$ и $8,6 \pm 1,2$ ($p_1 - p_2 > 0,05$).

Заключение

Методика применения разгрузочного акушерского пессария патогенетически обоснована у беременных с многоплодием и имеет ряд преимуществ по сравнению с хирургическим серкляжем, в частности, безболезненность и простота введения, возможность применения в амбулаторных условиях, экономическая целесообразность, снижение риска инфицирования и травматизма в родах. Метод позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока у 85% женщин, снизить медикаментозную нагрузку на беременную и плоды. Комбинированное применение неинвазивного серкляжа и микронизированного прогестерона уменьшает риск преждевременных родов более чем в два раза.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЕЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

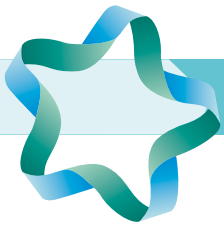
Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.

г. Донецк

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Данные литературы свидетельствуют, что аномальное расположение плаценты встречается при доношенной беременности в 0,5%, однако на более ранних сроках беременности частота этой патологии выше. Аномальное расположение плаценты – одна из главных причин нарушений функционирования маточно-плацентарного комплекса и развития перинатальной патологии. Данная патология является одной из причин развития преждевременной отслойки плаценты, невынашивания беременности, плацентарной дисфункции и аномалий родовой деятельности. Временная диагностика и профилактика перинатальной патологии одна из ключевых задач акушерства на современном этапе.



Цель

Изучить частоту развития перинатальной патологии у беременных с аномальным расположением плаценты.

Материалы и методы

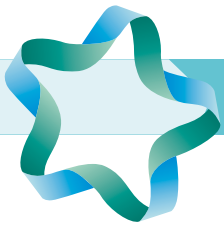
Проведен ретроспективный анализ 60 индивидуальных карт беременной и роженицы. Из них 30 пациенток составили основную группу, критерием включения в которую было расположение плаценты менее 2см от внутреннего зева шейки матки при УЗИ-скрининге беременности в 18-21 неделю. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин с нормальной плацентацией.

Результаты

Анализируя возраст беременных основной группы, определено, что наиболее часто (63,3%) низкая плацентация встречается у пациенток старше 30 лет. Неблагоприятными факторами в отношении развития аномального расположения плаценты являлись (в анамнезе): количество родов более двух (56,7%), а также преждевременное родоразрешение с помощью кесарева сечения у 15 (50%) беременных. У 14 (46,7%) обследованных в анамнезе были самопроизвольные и искусственные аборты. Из гинекологической патологии наблюдались фибромиома матки (10%), эрозия шейки матки (23,3%). Клиническое течение беременности при аномальном расположении плаценты характеризовалось высокой частотой угрозы прерывания (56,7%), различными видами кровотечений (20%) и плацентарной дисфункцией (36,7%). Нарушения маточно-плацентарного комплекса при аномальном расположении плаценты свидетельствуют о наличии плацентарной дисфункции различной степени выраженности. Суммарная частота абдоминального родоразрешения при аномальном расположении плаценты составила 46,7%. Частота преждевременных родов составила 26,7%.

Заключение

По результатам исследований можно утверждать, что вариант аномального расположения плаценты влияет на функционирование маточно-плацентарного комплекса. Для своевременного выявления и динамического контроля за аномальным расположением плаценты необходимо своевременно направлять беременных на прохождение УЗИ-скрининга в 18-21 неделю с использованием доплера, а также кардиотокографии после 32 недель. Для выбора тактики родоразрешения учитывать вариант аномального расположения плаценты и функциональное состояние маточно-плацентарного комплекса.



АМБУЛАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХБП

Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Дзгоева Ф.Х., Демидова В.В.

г. Москва

ГНЦ РФ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии», Москва

Актуальность

Беременность при хронической болезни почек (ХБП) и сахарном диабете (СД) представляет собой важную медицинскую проблему. Многие женщины, страдающие СД, вступают в беременность, уже имея признаки ХБП и нередко узнают об этом впервые. Наличие ХБП и СД является фактором риска неблагоприятных исходов беременности как для матери, так и для плода. Более того, данная группа пациенток сталкивается с трудностями при подборе диетотерапии, ввиду уже имеющихся ограничений в питании. Прогноз беременности у женщин с сочетанием данных патологий малоизучен. В настоящее время накапливается опыт относительно благоприятных исходов беременности при ХБП и СД.

Цель

Проанализировать течение и исходы беременности у пациенток с СД и ХБП 3а-4 ст.

Материалы и методы

Проведен анализ течения беременности у 72 пациенток с ХБП 3а-5ст., наблюдавшихся в центре помощи беременным с патологией почек ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗ г. Москва в период с 2018 г. по 2024 г. Из них сочетание СД 1 типа и ХБП 3а-4 ст. выявлено в 10 случаях (13,8%). С ХБП 3а ст. – 4 пациентки (40%), 3б – 2 (20%), с 4 ст. – 4 (40 %). У 9 (90%) имелась артериальная гипертензия (АГ) и анемия. Подходы к лечению включали проведение антигипертензивной, антианемической терапии, профилактики ПЭ, диетологическая поддержка, мониторинг маркеров ангиогенеза, назначение антикоагулянтов, антиагрегантов, лечение мочевой инфекции.

Результаты

Средний возраст пациенток 33 года (SD 4,3). Срок начала наблюдения – 13 недель (SD 4,8). Во всех случаях причиной ХБП являлась диабетическая нефропатия, у 2 пациенток дополнительно был диагностирован АФС. Динамика лабораторных данных оценивалась на момент первого осмотра нефрологом, в каждом триместре и через 6 месяцев после родов. Значения протеинурии составляли в I триместре в среднем 1,2(SD 0,9) г/л, во II – 1,76 (SD 1,2) г/л, в III -1,88 (SD 1,4) г/л. Отмечено незначительное усугубление анемии у всех



пациенток к III триместру: значение гемоглобина крови снизилось со 104 до 101 г/л (SD 7). В 5 случаях развилась мочевиная инфекция, в связи с чем проводилась антибактериальная терапия. Цифры АД сохранялись стабильными, снижаясь к 3 триместру на фоне антигипертензивной терапии: в 1 триместре в среднем АД -135/86 мм.рт.ст., в 3 триместре – 125/76 мм.рт.ст. У пациенток с СД и ХБП на момент вступления в беременность креатинин составлял в среднем 124 мкмоль/л (SD 24,8). После родов отмечалось нарастание креатинина у всех пациенток в среднем на 29,8% [10-40%]. ПЭ развилась у 8-и женщин (80%). Средний срок родов составил 33 (SD 2,9) недели, средний вес новорожденных – 1903,5 г (SD 817). Все беременности завершились рождением живых жизнеспособных детей (10 детей). В большинстве случаев родоразрешение осуществлялось оперативным путем (90% случаев).

Заключение

1. Несмотря на имеющиеся абсолютные противопоказания к вынашиванию беременности у женщин с поздними стадиями ХБП в сочетании с СД, достижение благоприятного исхода беременности возможно при наблюдении мультидисциплинарной командой врачей
2. Диетотерапия может рассматриваться как дополнительный метод коррекции и профилактики развития нарушений метаболического и нутритивного статуса у беременных женщин с ХБП и СД.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ РОЖЕНИЦ С ДИСКООРДИНАЦИЕЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОДАХ

Джавадова А.А.¹, Алиева Э.М.¹, Сафаралиева А.Р.¹, Мустафаева И.Р.¹, Асадова Ш.Ш.¹, Алиева Ф.Т.², Мамедова С.М.¹

г. Баку

¹Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии I, Баку, Азербайджан

²Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии II, Баку, Азербайджан

Актуальность

Актуальной проблемой современной акушерской науки является патология родовой деятельности матки, частота которой колеблется в пределах 9–33%.



Дискоординация родовой деятельности (ДРД) является одним из проявлений аномалий родовой деятельности, частота которых находится в пределах 5–14%.

ДРД проявляется дискоординированными схватками, гипертонусом нижнего сегмента матки, судорожными сокращениями матки, а также дистоцией шейки матки.

Следует отметить, что имеются ограниченные сведения о состоянии новорождённых, родившихся от рожениц с ДРД.

Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель исследования.

Цель

Изучить состояние новорождённых, родившихся от рожениц с ДРД.

Материалы и методы

Исходя из цели исследования, было изучено состояние 60 новорожденных, родившихся от матерей с ДРД.

Средний возраст рожениц составил $27,3 \pm 0,7$ (18–40) лет.

При оценке состояния новорождённых определялись масса-ростовые показатели, кислотно-основное состояние, показатели транспорта кислорода, электролитного баланса, а также некоторые биохимические показатели крови, включая уровень глюкозы и общего билирубина.

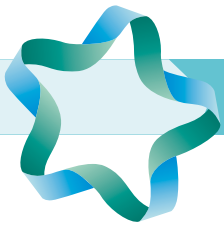
Результаты

Средний вес новорожденных, родившихся от матерей с ДРД, составил $3540 \pm 22,16$ (2600–4600) г, рост – $50,96 \pm 0,37$ (46–56) см. При этом 14 (23,3%) новорожденных родились с весом 4400 г и более.

При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й минуте средний показатель составил $7,24 \pm 0,04$ (5–7) балла, на 5-й минуте – $8,44 \pm 0,01$ (7–10) балла, что было существенно ниже аналогичных показателей новорожденных, родившихся от спонтанных родов без аномалий родовой деятельности.

Изучение состояния новорожденных, родившихся от рожениц с ДРД, позволило установить, что у 12 (20%) новорождённых отмечалась интранатальная гипоксия плода вследствие гипертонуса нижнего сегмента матки в родах ($n = 9$) и дистоции шейки матки ($n = 3$).

В раннем неонатальном периоде у 46 (77%) новорожденных состояние было удовлетворительным, у 14 (23%) – средней тяжести. Тяжесть состояния новорожденных была связана с длительностью родового процесса, крупными размерами плода, а также проводимой стимуляцией родовой деятельности.



В раннем неонатальном периоде у новорожденных отмечались нарушения мозгового кровообращения гипоксически-ишемического характера, дистресс-синдром плода и наличие неонатальной инфекции.

Исследование состояния новорожденных выявило, что уровень глюкозы составил $5,44 \pm 0,21$ (3,9–7,8) ммоль/л, а общий билирубин – $7,1 \pm 0,59$ (0,5–13) мкмоль/л.

В первые часы после рождения уровень рН крови был в пределах $7,24 \pm 0,01$, сатурация – $63,1 \pm 1,4$, что было существенно ниже аналогичных показателей здоровых новорождённых. Показатели лактата ($1,9 \pm 0,04$) и аниона ($7,41 \pm 0,56$) крови были высокими, что отражало наличие у новорожденных, родившихся от рожениц с ДРД, метаболического ацидоза.

Заключение

У новорожденных, родившихся от рожениц с ДРД, отмечаются явления метаболического ацидоза.

ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНОГО КАБИНЕТА ПАТОЛОГИИ КЛИМАКСА

Дуда В.И., Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Бич А.И., Ломейко С.Н.,
Высоцкая Ю.В.

г. Минск

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров БГМУ г. Минск
Городская гинекологическая больница г. Минск*

Актуальность

Климактерический синдром является одной из важнейших медико-социальных проблем. У женщин с климактерическим синдромом регистрируется ухудшение состояния здоровья, значимо снижается качество жизни.

Цель

Оценить эффективность работы консультативного кабинета патологии климакса (КПК), созданного на базе Городской гинекологической больницы г.Минска.

Материалы и методы

Основной целью консультативного кабинета патологии климакса является подбор эффективного и патогенетически обоснованного метода коррекции климактерических рас-



стройств, в пери- и постменопаузе, в том числе и после индуцированной (хирургической менопаузы).

Для оценки эффективности работы нами был проведен анализ амбулаторных карт пациенток, впервые обратившихся в консультативный кабинет патологии климакса в 2024 году.

Результаты

За 12 месяцев 2024 года в кабинет патологии климакса обратилось 2069 женщин. Из них по направлению поликлиник – 1829 женщин, по направлению врачей различных отделений ГГБ в раннем послеоперационном периоде – 406, самостоятельно обратились – 137.

Средний возраст пациенток составил $52,2 \pm 2,7$ года. Все пациентки предъявляли жалобы на вазомоторные симптомы («приливы», гипергидроз, нарушение сна), 34% женщин отмечали нарушение мочеиспускания, сухость и дискомфорт в области половых органов, диспареунию.

Всем пациенткам в было выполнено полное клинико-лабораторное обследование на базе ГГБ.

Климактерический синдром различной степени тяжести был диагностирован у 1340 (64,7%) женщин, преждевременная недостаточность яичников у 325 (15,7%), ранняя и преждевременная менопауза у 252 (12,2%), индуцированная (хирургическая) менопауза – у 278 (13,4%), менопаузальный генитоуринарный синдром у 289 (13,9%).

Всем пациенткам в было выполнено полное клинико-лабораторное обследование на базе ГГБ.

Всем обратившимся была назначена персонализированная терапия с целью эффективного менеджмента менопаузальных симптомов с учетом индивидуальных предпочтений и нужд пациенток, возраста, периода климактерия, сопутствующих заболеваний.

Менопаузальная гормональная терапия (комбинация эстрогенов и гестогенов) была рекомендована 1167 женщинам (39%), трансдермальные формы эстрогенов – 237 (7%), локальные формы эстрогенов – 472 (14,%). Адьювантная терапия для купирования климактерического синдрома была назначена 1513 (45,2%) пациенткам. Назначение адьювантной терапии было обусловлено наличием противопоказаний и отсутствием приверженности пациенток к менопаузальной гормональной терапии (МГТ).

Заключение

Количество оперативных вмешательств, проводимых на матке и яичниках, велико и в настоящее время не имеет тенденции к снижению. В результате таких оперативных вмешательств у женщин развивается индуцированная (хирургическая – ХМ) менопауза. Наиболее часто, при оперативном лечения выполняется удаление матки с овариоэкто-



мией. Овариэктомия без удаления матки, производится у женщин с тубоовариальными образованиями, кистами или раком молочной железы. При этом тяжелые эстрогенодефицитные состояния, первые симптомы ХМ развиваются очень быстро. Так, на 1–2-е сутки после операции у пациенток появляются ранние симптомы климактерического синдрома. Создание консультативного кабинета патологии климакса на базе гинекологической больницы обеспечивает своевременную диагностику климактерического синдрома, возникшего на фоне хирургической менопаузы, индивидуализированный подход к назначению менопаузальной гормональной или адъювантной терапии, что значительно улучшает качество жизни женщин.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Горова М.А., Мирович Е.Д., Былым Г.В.

г. Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, ДНР, кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Гинекологи всех стран на современном этапе акцентируют внимание на “омоложении” миомы, которая являясь гормонозависимой опухолью, возникает у каждой второй женщины старше 30 лет, составляя 40–50% в структуре гинекологической патологии. При этом вопросы эпидемиологии данной патологии изучены, на наш взгляд, недостаточно.

Оценка факторов риска, поиск и анализ новых клинических проявлений заболевания позволит уточнить и расширить имеющиеся представления о патогенезе миомы, повысить эффективность диагностики и качества лечения данной категории больных.

Цель

Целью нашего исследования явилась оценка факторов риска возникновения миом матки у пациенток г. Донецка, проживающих в условиях военного времени.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных 96 пациенток с миомой матки. Женщины наблюдались в женской консультации ЦГКБ №6 г. Донецка в период с 2022 г по 2024 г. Все обследованные были жительницы г. Донецка. Возраст пациенток составил от 25 до 63 лет. Пациентки обследовались согласно клиническим рекомендациям РФ “Миома матки”. Оценивались размеры матки, локализация узлов (FIGO) относительно толщины маточной стенки, размеры узлов, наличие ослож-



нений (нарушение питания или инфицирование узлов, анемия, бесплодие). Учитывались данные соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза пациенток, полученные при взятии на диспансерный учет путем опроса.

Результаты

Проведенный анализ показал, что средний возраст пациенток с миомой матки составил $12,2 \pm 1,7$ года. Чаще миома матки встречалась в возрасте 36–38 лет (25,0% от числа обследованных) и в возрасте 40–45 лет (34,4% от числа обследованных пациенток). Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что частота миомы увеличивалась после 40 лет в 1,7 раза, а в возрасте постменопаузы снижалась на 42,5%.

Анализ локализации миоматозных узлов в возрастных группах обнаружил, что с возрастом происходило увеличение частоты встречаемости миоматозных узлов смешанной локализации: от 44,4 % в возрастной группе от 21 до 30 лет, до 70,6 % в группе пациенток 51-60 лет (табл. 3). При этом доля интраперитонеальной и субмукозной локализации миомы с возрастом, наоборот, снижалась. Так, из всех случаев интерстициальной локализации миомы (20 пациенток) у 12 (60 %) пациенток она обнаруживалась в возрастной группе от 21 до 40 лет, а субсерозная локализация в большинстве своем, в 11 случаях (55 %) из 20, отмечалась у пациенток в возрастной группе от 31 до 40 лет.

Возраст наступления менархе составил среди обследованных $12,2 \pm 1,7$ года. У 53 пациенток (67,1%) были обильные менструации, а у 17 (21,5%) – ациклические кровотечения. Рожали из числа обследованных 49 пациенток (62,0%), искусственные аборты были в анамнезе у 51 пациентки (64,6%), не беременели 30 пациенток (38,0%)

Повышенная масса тела выявлена у 74,2%, причем у 20 (25,3%) было ожирение с ИМТ от 30,0 кг/м² до 34,9 кг/м². Нормальный ИМТ имели 39,2% – 31 пациентка с миомами матки, а одна пациентка (1,3%) имела ИМТ ниже 18,5 кг/м². Отягощенная семейная наследственность выявлена у 47,3% опрошенных. Наличие экстрагенитальной патологии выявлено у всех обследованных: сердечно-сосудистые заболевания были у 54,4% (чаще встречалась артериальная гипертензия разной степени тяжести); у 46,8% заболевания желудочно-кишечного тракта и печени; эндокринные заболевания выявлены у 21,5% пациенток. Среди гинекологической патологии на втором месте были воспалительные процессы органов малого таза: частота их сочетания составила 70,9%. Курящих пациенток 59,5%, а страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями среди них 46,8%.

Заключение

Таким образом, проведенный ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных пациенток с миомой матки позволяет отметить, что этиология и патогенез миомы матки сочетаются с широким комплексом патологических нарушений во многих системах организма. Нарушения менструальной функции, наличие гинекологической патологии и абортов для изученной популяции являются одними из ведущих факторов риска



развития миомы. Из соматических заболеваний для данной популяции только наличие анемии в 1,6 раз повышает вероятность развития миомы.

ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА

Егорова М.А., Былым Г.В.

г. Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, ДНР, кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Исследование изменений эндометрия по гиперпластическому типу – важнейшее направление деятельности гинекологов. Атипичная гиперплазия эндометрия (АГЭ) наиболее часто встречается у пациенток в возрасте с 45 до 55 лет. К предраковому состоянию относят рецидивирующую гиперплазию в период климакса и менопаузы. Частота перерождения в злокачественный процесс составляет 8-29% по данным разных авторов.

Цель

Цель исследования -изучить факторы риска и прогностических показателей АГЭ, а также методы профилактики данной патологии.

Материалы и методы

В исследование были включены 70 пациенток, поступивших в гинекологическое отделение ЦГКБ №6 г. Донецка с диагнозом «гиперплазия эндометрия» для проведения выскабливания полости матки, у которых впоследствии гистологически установлена атипия эндометрия. Всем пациенткам с гиперплазией предоперационно было проведено клинико-лабораторное обследование с последующим проведением диагностического выскабливания полости матки. Возраст обследуемых пациенток колебался в пределах 40–55 лет (средний возраст – $47,2 \pm 2,5$ года). Анализировались амбулаторные карты и истории болезни пациенток, их анамнестические данные, результаты клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Всем пациенткам проведено диагностическое выскабливание с последующим морфологическим исследованием.

Результаты

Среди 20 пациенток климактерического и менопаузального возраста у 16 больных АГЭ была диагностирована на основании обращения по поводу маточных кровотечений (80%). Большинству обследованных (56 больных, 80%) проводилось плановое хирургическое лечение, остальные случаи госпитализации (14 больных, 20%) касались экстренно госпита-



лизированных пациенток, поступивших в клинику с маточным кровотечением. Одним из характерных симптомов в анамнезе были мено- и метроррагии, которые наблюдались более чем в половине случаев атипичической гиперплазии эндометрия. У пациенток репродуктивного возраста с сохраненной менструальной функцией АГЭ выявлялась с помощью ультразвукового исследования при обращении по поводу различной гинекологической патологии (нарушение овариально-менструального цикла, бесплодие, поликистоз и мультифолликулярные яичники и др.).

По мнению ряда авторов, ожирение, гипертоническая болезнь и сахарный диабет – триада, которая является основной причиной патологии эндометрия. В нашем исследовании у больных с диагнозом атипичической гиперплазии также встречались данные патологические состояния: у 22 (31,4%) больных с ожирением, у 26 (37,1%) больных гипертонической болезнью и у 22 (31,4%) больных сахарным диабетом. Морфологически в эндометрии выявлялась патологическая диффузная или очаговая пролиферация, поражение железистых структур и в меньшей степени ее стромального компонента. Наблюдение в динамике за пациентками с гиперплазией эндометрия выявило, что у 80% простая и комплексная гиперплазия (суммарно) подвергается обратному развитию, а у 1% больных с простой и 3% больных с комплексной гиперплазией отмечено прогрессирование процесса вплоть до развития АГЭ.

Заключение

Происходящие в организме метаболические нарушения, объединяющие в себе ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемию и другие состояния, приводят к системным нарушениям всего организм. Для предотвращения перехода атипичической гиперплазии эндометрия в рак нужен рациональный подход к данной категории пациенток, а в необходимых случаях – оперативное вмешательство. Своевременное выявление жалоб на менометроррагии, выявленная по результатам УЗИ гиперплазия эндометрия на фоне бесплодия, в пост- или пременопаузальном периоде способствует предотвращению развития заболевания и снижению смертности.



ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Егорова М.А., Былым Г.В.

г. Донецк

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, ДНР, кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Согласно докладу исследовательской группы Всемирной организации здравоохранения, гипертензивные нарушения у беременных следует считать главными среди наиболее распространенных и важнейших заболеваний и синдромов сердечно-сосудистой системы. Значимость этой важнейшей международной проблемы здравоохранения определяется тяжелыми нарушениями здоровья и даже смертью матери (в некоторых странах до 40%), высоким уровнем детской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также целого ряда акушерских осложнений, наблюдающихся у беременных с хронической гипертензией.

Цель

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода у женщин промышленного региона Донбасса с хронической гипертензией.

Материалы и методы

Исследования проводились на базе женской консультации и акушерского стационара ЦГКБ № 6 г. Донецка. Основную группу (I) составили 42 беременные с гестационной гипертензией. Беременные с гестационной гипертензией получали антигипертензивную терапию (метилдофа 250-500 мг 3-4 р/сут (нифедипин 10-20 мг 3-4 р/сут при непереносимости или отсутствии эффекта от метилдофы). Контрольную группу (II) составили 40 соматически здоровых беременных.

Результаты

В группе беременных с гестационной гипертензией чаще всего отмечались жалобы на головные боли, головокружения. Головная боль локализовалась преимущественно в затылочной области. Волнения вызывали или усиливали головную боль. Большинство беременных с ХГ отмечали невротические жалобы и объективные признаки невроза: повышенная возбудимость, сердцебиения, головные боли, колющие, щемящие, тупые боли в области сердца, потливость.



Анализ течения беременности и родов среди обследованных показал, что среди беременных основной группы клинические признаки фетоплацентарной недостаточности были отмечены в 20 (47,6%) случаях, в контрольной группе – 4 (10%), ($p < 0,05$). ЗВУР плода имела место в I группе – в 5 (11,9%) случаях, во II группе – 1 (2,5%), ($p < 0,05$).

Преждевременные роды произошли в I группе – в 4 (10) случаях, во II группе – 1 (2,5%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в I группе имела место в 3 (7,1%) случаях, в контрольной группе таких случаев не было.

Аномалии родовой деятельности достоверно чаще встречались у женщин с гипертензией, чем в контрольной группе. Наиболее часто встречалась первичная и вторичная слабость родовой деятельности, имевшая место в I группе в 10 (23,8%) случаях, что значительно чаще, чем в контрольной группе женщин – 2 (5,0%). Оперативное родоразрешение в этой группе проводилось в I группе в 8 (19,03%) случаях, тогда как в группе соматически здоровых беременных в 2 (5,0%) случаях ($p < 0,05$). Общая продолжительность родов, кровопотеря также были достоверно выше у женщин основной группы – соответственно $14,4 \pm 0,41$, и $8,6 \pm 0,32$ часа, $393,7 \pm 36,6$ и $281,4 \pm 24,3$ мл. Оценочный балл состояния новорожденных по шкале Апгар, соответственно на 1-й и 5-й минутах, был следующий: в контрольной группе – $8,1 \pm 0,2$ и $8,1 \pm 0,3$, в основной группе – $6,1 \pm 0,3$ и $6,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

Заключение

Проведенные исследования подчеркивают существенную роль гестационной гипертензии в характере функционирования системы мать-плацента – плод и в возникновении нарушений адаптационных процессов в организме матери и плода, негативно влияющих на течение беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного. Особенности течения беременности и родов является высокая частота фетоплацентарной недостаточности и ЗВУР плода, аномалий родовой деятельности, а также высокая частота оперативного родоразрешения.

РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ КРИТЕРИЕВ MUSA В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА

Жуковская С.В., Сташкевич Н.М.

г. Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность

Ультразвуковая диагностика аденомиоза в течение длительного времени была значительно затруднена, т.к. не существовало единой общепринятой и валидированной си-



стемы диагностики и классификации степени тяжести аденомиоза. В 2015 году международная группа Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) опубликовала консенсус о том, какую терминологию следует использовать при описании ультразвуковых изображений аденомиоза, в 2019 году была предложена единая система классификации и отчетности для использования при описании морфологических вариаций аденомиоза и его степени на УЗИ, а в 2022 г. был опубликован Консенсус по пересмотру определений морфологической сонографической оценки матки (MUSA) при аденомиозе: результаты модифицированной процедуры Delphi.

Цель

Применить диагностические критерии консенсуса по пересмотру определений морфологической сонографической оценки матки (MUSA) при аденомиозе (2022 г.) при повторном УЗИ у женщин, которым ранее был выставлен диагноз «аденомиоз» без опоры на данные критерии.

Материалы и методы

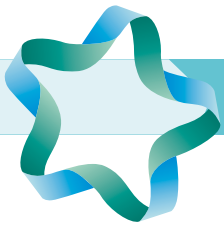
На УЗ-аппарате экспертного класса оценили наличие диагностических критериев аденомиоза согласно Консенсусу MUSA (2022) при повторном осмотре 35 женщин, которым ранее был выставлен данный диагноз. Исследование проводили в клинике «VERBA» (г. Минск, Беларусь). Прямыми критериями аденомиоза считали: наличие гиперэхогенных островков в эндометрии, кисты в толще эндометрия, эхогенные субэндометриальные линии. К косвенным признакам аденомиоза относили: шаровидную форму матки, асимметричное утолщение эндометрия, веерообразные тени, специфическую васкуляризацию в области поражения, деформацию переходной зоны, прерывание переходной зоны.

Результаты

Средний возраст исследуемых составил 31 [29;37] лет. У 8 (22,9%) женщин присутствовали жалобы на аномальные маточные кровотечения и мажущие кровянистые выделения перед менструацией, 9 (25,7%) пациентов предъявляли жалобы на дисменорею, в то время как у 18 (51,4%) исследуемых клиническая симптоматика отсутствовала, менструальный цикл был не нарушен и менструации не сопровождались выраженной болезненностью. При проведении 2D-УЗИ установлено, что у 22 (62,9%) женщин присутствовал 1 прямой критерий, у 8 (22,9%) – обнаружено 2 прямых критерия, в то время как в 5 (14,2%) обнаруживали лишь косвенные признаки аденомиоза. При этом наиболее часто выявляли наличие гиперэхогенных островков – у 30 (85,7%) пациентов, и существенно реже – остальные прямые признаки: кисты в толще эндометрия (20%) и эхогенные субэндометриальные линии (2,9%).

Заключение

Косвенные признаки аденомиоза могут присутствовать и при отсутствии прямых признаков, в этом случае диагноз остается неопределенным и требует проведения дополни-



тельных исследований, особенно у женщин с наличием каких-либо жалоб. В то же время, планомерное рутинное использование признаков аденомиоза согласно пересмотренным критериям MUSA (2022) позволяет достичь цели последовательного выявления, описания и классификации характерных изменений, что повышает валидности 2D-УЗИ. В тех случаях, когда 2D-УЗИ недостаточно для диагностики, следует рекомендовать проведение 3D-УЗИ, что позволит в большей мере визуализировать переходную зону.

Крайне важно использовать в клинической практике современные диагностические критерии с целью оптимизации диагностики аденомиоза и снижения вероятности как избыточной, так и недостаточной диагностики данного патологического процесса.

РАСШИРЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТАБОЛОМНЫХ ПРОФИЛЕЙ

Затевалов А.М., Ильясова Н.А., Межевитинова Е.А., Терешина Е.В., Безродный С.Л.

г. Москва

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Бактериальный вагиноз (БВ) является широко распространённым заболеванием нижних отделов половых путей женщин репродуктивного возраста, среди которых во всём мире им поражено 23- 29% (Peebles K. et al., 2019). БВ связан с неблагоприятными последствиями для репродуктивного здоровья, такими как инфекции, передаваемые половым путём, воспалительные заболевания органов малого таза, выкидыши, преждевременные роды, а также может привести к повышенному риску заражения и передачи вируса иммунодефицита человека. Проблема охраны репродуктивного здоровья населения остается достаточно актуальной. Внедряются новые методы, позволяющие проводить предиктивную диагностику и мониторинг репродуктивного здоровья с помощью метаболомных профилей микробиоценоза урогенитального тракта. Актуальной задачей являются выбор информативных биомаркеров бактериального вагиноза и расчёт их референсных значений.

Цель

исследовать метаболомные профили пациенток с бактериальным вагинозом для выбора биомаркера и расчета референсных значений, а также оценки его информативности



Материалы и методы

Исследованы смывы со стенок влагалища 59 женщин в возрасте от 18 до 49 лет на содержание короткоцепочечных жирных кислот. В группу бактериальный вагиноз, сформированную по результатам определения концентрации ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus spp.* и общего количества бактерий методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией с помощью программы «АмплиСенс® ФлороЦеноз / Бактериальный вагиноз-FL» были включены 17 пациенток. Группу сравнения составили 42 женщины, у которых, рассчитанное на основании программного обеспечения соотношение ДНК микроорганизмов интерпретировалось как отсутствие бактериального вагиноза. В указанных группах пациенток не было выявлено статистически значимых различий по возрасту.

Результаты

Сравнение результатов факторного, кластерного и дискриминантного анализов указало на концентрацию уксусной кислоты в смывах со стенок влагалища, как на биомаркер, имеющий наилучшую корреляцию с бактериальным вагинозом. Расчет информативности порогового значения концентрации уксусной кислоты в смывах равного 0,2 мкмоль/г, показал 84,7% диагностической точности, 67,4% чувствительности и 95,6% специфичности. Относительная концентрация изомасляной кислоты в общем пуле короткоцепочечных жирных кислот указывает на БВ при снижении ниже 0,96% с точностью 77,9% при чувствительности 65,2% и специфичности 81,6%.

Заключение

Изменения в бактериальных сообществах, происходящие при БВ, приводят к значительным изменениям в метаболомном профиле. Дисбактериоз при БВ связан с повышенным уровнем короткоцепочечных жирных кислот, в частности уксусной кислоты. Отмечено снижение относительной концентрации изомасляной кислоты в общем пуле короткоцепочечных жирных кислот. Использование биомаркеров, рассчитанных на основании метаболомных профилей микробиоценоза вагинального тракта является дополнительным критерием диагностики БВ. Расширение диагностики бактериального вагиноза, может быть эффективным при смазанной клинической картине заболевания, а также для мониторинга репродуктивного здоровья и при лечении заболеваний, ассоциированных с бактериальным вагинозом.



ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ CIN I

Захарова-Козьян К.И., Андреева М.В.

г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ

Актуальность

Заболеваемость женщин инфекциями, передающихся половым путем (ИППП), всё чаще привлекает к себе внимание акушеров-гинекологов в связи с появлением осложнений, приводящих к нарушению функции репродуктивной системы. Вирус папилломы человека (ВПЧ) вызывает онкологические заболевания, включая цервикальные интраэпителиальные неоплазии разной степени и рак шейки матки.

Цель

Определить частоту встречаемости цервикальной интраэпителиальной неоплазии 1 степени (CIN I), а также оценить методы диагностики и лечения.

Материалы и методы

Проведено комплексно-лабораторное исследование и анализ гинекологического статуса пациенток с CIN I в возрасте от 18 до 45 лет за 2021-2023 гг. на базе многопрофильной клиники крупного промышленного города. Подробно проанализированы причины развития CIN I. Для выявления патологии проводились расширенная кольпоскопия, мазок на жидкостную онкоцитологию, исследование на наличие ВПЧ, ИППП. При выявлении CIN I проводилась биопсия шейки матки.

Результаты

Всего было обследовано 894 женщины – именно такое количество пациенток обратилось с жалобами на патологические выделения из половых путей за период с 2021 по 2023г. Патология шейки матки была обнаружена у 602 женщин. CIN I выявлена у 134 пациенток. Золотым методом диагностики считается гистологическое исследование. С этой целью проводилась биопсия пораженного участка. Гистологически CIN I подтвердилась у 126 женщин (94%). Сразу после обнаружения ВПЧ, назначалась противовирусная терапия независимо от тяжести течения заболевания. При воспалительной этиологии выясняется характер возбудителя и проводится курс лечения согласно показаниям. Все пациентки с CIN I были направлены в онкологический диспансер.



Заключение

Наш анализ распространенности CIN I показал, что данная патология встречается достаточно часто. Необходимо проводить санитарно-просветительские работы среди женского населения для того, чтобы женщины посещали врача-гинеколога ежегодно даже при отсутствии жалоб, так как на осмотре патологию можно выявить на раннем этапе, когда обнаруживаются воспалительные заболевания шейки матки ассоциированные и не ассоциированные с ВПЧ, которые гораздо легче поддаются медикаментозной коррекции. При CIN I же необходимо хирургическое вмешательство, которое может привести к отдаленным последствиям: бесплодие, привычное невынашивание беременности, преждевременные роды и пр.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Игнатко И.В., Чурганова А.А., Кузьмина Т.Е., Песегова С.В.

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

Актуальность

Пролапс митрального клапана является одним из наиболее частых висцеральных проявлений дисплазии соединительной ткани (3-10%) в большинстве наблюдений с благоприятным прогнозом, однако, имеет высокую медико-социальную значимость в связи с доказанным повышенным риском осложнений беременности и неблагоприятных перинатальных исходов. Одной из серьезных сопутствующих проблем, возникающих при беременности у женщин с ПМК является истмико-цервикальная недостаточность, возникающая с частотой 43,4%.

Цель

Определить ультразвуковые и доплерометрические характеристики состояния шейки матки у беременных с пролапсом митрального клапана

Материалы и методы

Для решения задачи определения ультразвуковых и доплерометрических характеристик состояния шейки матки у беременных с пролапсом митрального клапана нами проведена цервикометрия и исследование кровотока в интрамуральных артериях шейки матки у пациенток с ПМК. По данным анамнеза (ИЦН и ПР в анамнезе, 2 и более внутриматочных вмешательства, разрывы шейки матки в родах, роды крупным плодом) и по результатам цервикометрии уже в первом триместре нами была выделена подгруп-



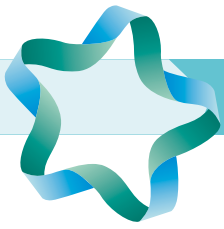
па 1Б – истмико-цервикальная недостаточность (высокий риск ПР до 34 недель по данным пренатального скрининга) у женщин с ПМК. Если ИЦН обнаруживалась во II триместре эти пациентки также вошли в подгруппу 1Б. Всего в данной подгруппе было 72 беременные с ПМК.

Результаты

Длина шейки матки ≤ 30 мм в сочетании или без таковых с данными анамнеза была выявлена при проведении скрининга в сроки 11-13+6 недель уже у 45 (62,5%) из 72 беременных (и у всех впоследствии подтверждена ИЦН), у остальных признаки ИЦН были выявлены во II-начале III триместрах в сроки от 18 до 32 недель. При оценке длины шейки матки нами получены следующие данные. В подгруппе А средняя длина шейки матки в указанные сроки составила $37,5 \pm 2,5$ мм (с колебаниями 28-43 мм), в подгруппе Б 18,8 мм (с колебаниями $3 \pm 23,4$ мм). У повторнородящих в подгруппе А длина шейки матки была в среднем на 0,5 см меньше, в подгруппе Б – разницы выявлено не было. При оценке переднего и заднего угла шейки матки у беременных исследуемых подгрупп было выявлено, что средняя величина переднего шейного угла у беременных в подгруппе А составила 62,4 градуса (с колебаниями от 45 до 93 градусов), в подгруппе Б – 87,6 градусов (с колебаниями от 67 до 104) ($p < 0,05$), Величина заднего шейного угла у беременных подгруппы А составила 118,8 градусов (с колебаниями от 87 до 135), у беременных подгруппы Б 93,4 градуса (с колебаниями от 86 до 113) ($p < 0,05$). В целом, чем больше приближаются передний и задний угол шейки матки к 90 градусам – тем выше вероятность спонтанных преждевременных родов, пролабирования плодного пузыря и преждевременного излития околоплодных вод, то есть исходов, часто наблюдавшимся в подгруппе Б. При доплерометрической оценке кровотока в интрамукулярных артериях шейки матки установлено, что для ИЦН в целом характерно снижение индексов сосудистого сопротивления. Средние значения ИР в интрамукулярных цервикальных артериях у беременных подгруппы А (без ИЦН в сроки 18-32 нед) составили $0,71 \pm 0,19$, а в подгруппе Б (с ИЦН) – $0,43 \pm 0,16$ ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, нами было показано значимое изменение шейки матки у беременных с ПМК, составляющее 43,4%, проявляющееся ее укорочением, низким расположением предлежащей части, баллонообразным расширением внутреннего зева, изменением переднего и заднего шейных углов, формированием «сладжа» в нижнем полюсе плодного яйца, пролабировании плодного пузыря, понижением сосудистого сопротивления в интрамукулярных артериях шейки матки. УЗИ маркеры изменения шейки матки значимы в прогнозировании ПР и перинатальных исходов.



ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОЛАКТИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Камилова Н.М., Ибрагимова Ж.С.

г. Баку

*Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства и гинекологии
I Актуальность*

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) – это заболевание неизвестной причины, при котором дисфункция левого желудочка (ЛЖ) возникает в последнем триместре беременности или в раннем послеродовом периоде и встречается в среднем 1:1300–1:4000 случаев. Одним из ключевых моментов лечения ПКМП является включение препарата бромкриптин.

Цель

Оценить уровень пролактина в сыворотке крови исследуемого контингента беременных как фактора риска развития ПКМП.

Материалы и методы

Исследование проводилось как проспективное наблюдательное клиническое, в нем приняли участие 75 женщин в возрасте 19–42 года. Группы были распределены следующим образом. Пациентки были распределены на 4 группы: I группа – 20 пациенток в 8–12 нед. + 6 месяцев после родов; II группа – 20 беременных женщин в 24–28 нед. + 6 месяцев после родов; III группа – 20 беременных женщин 36 нед. + 6 месяцев после родов. Контрольную группу составили 15 беременных с I триместра и до конца. Определение пролактина проводилось с использованием радиоиммунного анализа с применением стандартных наборов фирмы «Иммунотек» (Чехия) на радиоизотопном анализаторе «Гамма-800» (Наркотест), по методике, рекомендуемой производителем.

Статистический анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ MS EXCEL, SPSS и STATISTICA (версия 10.0). Сравнительную оценку проводили с использованием непараметрического критерия Mann-Whitney (U), критерию Wilcoxon (W) и критерия Student для независимых выборок (t). Разницу значений принимали статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты

Уровень пролактина в I триместре составил в I группе средний показатель – $40,68 \pm 3,81$ пг/мл, в IV группе – $75,00 \pm 17,13$ пг/мл. Уровни пролактина у женщин в группе I статистически различаются по сравнению с женщинами в группе IV ($T\ I/IV = -7,619$, $p \square 0,001$).



Уровень пролактина во II триместре составил в I группе средний показатель – $64,46 \pm 4,42$ пг/мл, во II группе – $43,52 \pm 5,34$ пг/мл, в IV группе – $182,80 \pm 32,67$ пг/мл. Уровни пролактина у женщин I группы статистически различаются по сравнению с женщинами II и IV групп ($T_{I/II}=13\ 507$, $T_{I/IV}=-13\ 936$, $P \leq 0,001$ соответственно). Статистическая разница также наблюдается между пациентами II и IV групп ($T_{II/IV}= -16,351$, $P=0,001$).

Средний показатель уровня пролактина в III триместре в I группе составил – $79,61 \pm 2,37$ пг/мл, во II группе – $58,38 \pm 2,86$ пг/мл, в III группе – $40,19 \pm 3,16$ пг/мл, в IV группе – $267,93 \pm 23,00$ пг/мл. У женщин I группы отмечаются статистические различия в уровне пролактина по сравнению с женщинами II, III и IV групп ($T_{I/II}=25\ 549$, $T_{I/III}=44\ 629$, $T_{I/IV}=-31\ 585$, $P \leq 0,001$ соответственно). Уровни пролактина у женщин II группы статистически различаются по сравнению с женщинами III группы и IV группы ($T_{II/III}=19\ 096$, $T_{II/IV}=-35\ 083$, $P=0,001$ соответственно). Статистическая разница определяется по уровню пролактина среди женщин III и IV групп ($T_{III/IV} = -38,079$, $P \leq 0,001$).

Заключение

Уровень пролактина среди обследуемых беременных группы риска развития перипартальной кардиомиопатии статистически значительно различается по триместрам. При обследовании беременных группы риска целесообразно проводить исследование уровня пролактина на доклиническом этапе, для раннего выявления вероятности возникновения ПКМП.

БЕРЕМЕННАЯ СО СТЕНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ

Капора Т.Ч., Бурьяк Д.В.

г. Минск

РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Беларусь

Актуальность

Пиелонефрит беременных, а также пиелонефриты, обусловленные различными обструктивными уропатиями, относятся к разряду осложненных инфекций верхних мочевыводящих путей, угрожающих развитием тяжелого гнойно-септического процесса. Пациентам с обструктивным острым пиелонефритом антибактериальная терапия должна начинаться только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки. Для этого производят дренирование почки: установку внутреннего стента, при невозможности установки стента выполнение чрескожной пункционной нефростомии.



Цель

Определить факторы, которые способствуют необходимости проведения стентирования почек и/или нефростомии у беременных женщин с пиелонефритом.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование течения беременности и родов у 32 беременных женщин (основная группа (ОГ)) с острым пиелонефритом во время беременности, у которых проведено стентирование почек и/или нефростомия и 211 беременных женщин с инфекцией почек (хронический пиелонефрит, гестационный пиелонефрит) без проведения данных оперативных вмешательств (группа сравнения (ГС)), родоразрешенных на базе РНПЦ «Мать и дитя» за период 2018-2022 гг. Критериями исключения составили женщины с многоплодной беременностью, с хронической болезнью почек (ХБП), с трансплантированной почкой.

Результаты

Средний возраст беременных женщин в ОГ составил 26,5 (23-32,2) лет, тогда как в ГС – 30 (27-34) лет ($p=0,008$). Анализ социально-экономического статуса показал, что в ОГ 10 (31,3%) женщин были безработными, по сравнению с 28 (13,3%) в ГС ($p=0,01$). Индекс массы тела в ОГ составил 21,4 (19,6-24,9), что ниже, чем в ГС – 23,5 (20,7-27,5), $p=0,057$. Отметим, что у 4 из 8 женщин (50%) с развившимся уросепсисом и синдромом системного воспалительного процесса индекс массы тела был менее 18,5 кг/м². При анализе соматических заболеваний статистически значимых отличий между группами не наблюдалось.

В ОГ первобеременными были 17 (53,1%) женщин, в то время как в ГС – 66 (31,3%) ($p=0,016$). Первородящими оказались 21 (65,6%) женщина в ОГ и 101 (47,9%) в ГС ($p=0,062$). Выявлены статистически значимые различия в частоте наличия камней в мочевыделительной системе: 15 (46,9%) женщин в ОГ и 36 (17,1%) женщин в ГС ($p<0,001$), – а также в частоте врожденных аномалий мочевой системы: у 6 (18,8%) женщин ОГ и у 14 (6,6%) женщин ГС ($p=0,021$).

В структуре инфекций почек были выявлены статистически значимые отличия: гестационный пиелонефрит развился у 16 (50%) женщин в ОГ, в то время как в ГС количество случаев составило 38 (18%) ($p<0,001$). В ОГ отмечался более ранний дебют заболевания. Обострение хронического пиелонефрита в ОГ наблюдалось в 18 (12-21,5) недель беременности, в ГС – в 24 (16-31) недели, а в 3 (1,4%) случаях – после родов ($p=0,016$). Гестационный пиелонефрит осложнял течение беременности в сроки беременности 23 (20-27) недель в ОГ и в 34 (27,3-37) недель в ГС ($p=0,0001$).

Заключение

Факторы, которые способствуют необходимости проведения стентирования почек и/или нефростомии у беременных женщин с пиелонефритом:



1. диапазон возраста 23-32 года,
2. индекс массы тела: 19,6-24,9, кроме того имеется тенденция развития уросепсиса у женщин с дефицитом массы тела,
3. первая беременность,
4. камни мочевыделительной системы,
5. аномалии мочевыделительной системы,
6. развитие пиелонефрита впервые во время данной беременности,
7. ранний дебют пиелонефрита: 12-21,5 недель беременности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЗАМИ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ЗУДОМ И ЭКССУДАЦИЕЙ

Карпова О.А.

г. Барнаул

Частное учреждение здравоохранения «КБ «РЖД-Медицина»

Актуальность

Патологические процессы, вызванные неправильной гигиеной, существенно снижают качество жизни, тогда как регулярный, адекватный уход за кожей аногенитальной зоны (АГО), является их профилактикой.

Цель

Определить эффективность и безопасность эмульсии с дикалия глицирризинатом, D-пантенолом, аллантоином, полидоканолом, синтетическим танином и геля для интимной гигиены с метабиотиками (лизатами пробиотических бактерий), молочной кислотой, дикалия глицирризинатом, маслом чайного дерева, пироктон оламином, аллантоином, пантенолом в лечении аллергодерматозов аногенитальной зоны, сопровождающихся зудом и экссудацией.

Материалы и методы

Эмульсия для ухода за кожей интимной зоны обладает противовоспалительным действием, устраняет эритему и способствует заживлению экскориаций и трещин благодаря содержанию дикалия глицирризината, D-пантенола и аллантоина. К быстрому про-



тивозудному действию приводит местный анестетик полидоканол. Танин обеспечивает вяжущее и подсушивающее действие, способствуя восстановлению барьерной и репаративной функций кожи. Эмульсия уменьшает трение и повышая комфорт.

Комплексный гель для интимной гигиены восстанавливает гидролипидную мантию, обогащает кожу жирными кислотами, снижает трансэпидермальную потерю влаги. Восстанавливает естественную защитную микрофлору, препятствует размножению патогенной, предотвращая появление раздражения и неприятного запаха. Это достигается активными компонентами: Метабиотики (лизаты пробиотических бактерий) – обладают уникальным свойством восстанавливать баланс микробиома интимной зоны, стимулируя рост и активность нормальной микрофлоры. Молочная кислота поддерживает естественный pH интимной зоны. Дикалия глицерризинат снимает воспаление, устраняет отеки, гиперемиию кожи, эпителизирует эрозии, трещины, экскориации. Масло чайного дерева оказывает дезодорирующее действие. Пироктон оламин обладает выраженными противогрибковым и антимикробным действиями. Аллантоин и пантенол увлажняют кожу, устраняют чувство стянутости, покраснение, ускоряют процессы регенерации.

Под наблюдением находилось 20 пациенток в возрасте от 18 до 93 лет (средний возраст $55,5 \pm 10,25$ лет). У 2 выявлен атопический дерматит (давность заболевания 18-20 лет, последний рецидив 1,5-2 недели). У 18 аллергический дерматит (давность заболевания от 1 дня до 2,5 месяцев). Из них 6 провоцирующим фактором назвали СМС для стирки белья, 9 – гигиенические прокладки, 2 – средства контрацепции, 1 – лубриканты. Методом случайной выборки пациентки были распределены на 2 группы. В 1 группу вошло 10 человек, которые получали комбинированное лечение тГКС, эмульсией и комплексным гелем для интимной гигиены. Во 2 группе 10 человек, которые применяли только тГКС. Оценку эффективности терапии проводили с помощью диагностического индекса шкалы симптомов (ДИШС), визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и индекса качества жизни дерматологических больных (ДИКЖ). Статистическая обработка проводилась при помощи U-критерия Манна-Уитни. На момент начала исследования пациентки никакую терапию не получали.

Результаты

До лечения все 20 (100%) пациенток по данным ВАШ оценивали зуд как тяжелый ($8,87 \pm 0,3$; $8,84 \pm 0,49$; баллов соответственно). К 14 дню терапии интенсивность зуда уменьшилась на 74,04% в первой группе и на 27,63% во 2 группе ($p < 0,05$). Через 1 месяц в 1 группе на фоне комбинированной терапии зуд полностью отсутствовал у 9 пациенток, у 1 пациентки сохранялся легкий, не продолжительный зуд, динамика зуда по ВАШ составила 98,99%, а во второй группе – динамика этого показателя была значительно меньше – 31,53% ($p = 0,05$). Анализ динамики индекса ДИШС в первой группе показал, что его изменения были равны 93,21%, во второй – 38,63%. Дерматозы АГО оказывают выраженное влияние на качество жизни пациенток, что подтверждено результатами: ДИКЖ у всех тестируемых при первичном обращении был значительно снижен до уровня $21,24 \pm 2,58$



балла. После окончания основного лечения тКС во основной группе пациентки продолжали уход Липобейз® интимо комплексный гель для интимной гигиены и Феминактив сенс. Через 2 месяца комплексного лечения динамика ДИКЖ в первой группе составила 95,08%, во второй группе – 41,51% ($p \leq 0,05$).

Заключение

Комплексный гель для интимной гигиены с метабиотиками (лизатами пробиотических бактерий), молочной кислотой, дикалия глицирризинатом, маслом чайного дерева, пироктон оламином, аллантоином и пантенолом и эмульсия с дикалия глицирризинатом, D-пантенолом, аллантоином, полидоканолом, синтетическим танином – современные, российские, высокоэффективные, безопасные и удобные средства в комплексной терапии и моноуходе женщин с дерматозами АГО

КАК ВЛИЯЕТ ПРИОСТАНОВКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ (2019-2021ГГ)

Ковчур П.И., Хидишян И.В.

г. Петрозаводск

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск

Актуальность

Основной задачей для гинекологов России является снижение смертности от рака шейки матки (РШМ). В республике Карелия «скрининговые» мероприятия проводятся только в рамках реализации приказа Минздрава России от 16.12.2021 №2041 и приказа МЗ РК от 4.02.2020г №131 «О проведения скрининговых мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний в медицинских организациях Республики Карелия». С 2019 года по 2021г согласно распоряжению Правительства Российской Федерации всероссийская диспансеризация населения была приостановлена в связи с COVID-19 в стране.

Цель

Оценить влияние проведения диспансеризации на показатели ранней диагностики рака шейки матки, заболеваемости и смертности от РШМ среди женщин Республики Карелия (РК).



Материалы и методы

Проведен анализ материала 2010 пациенток с инвазивным РШМ за 26-летний период (1998-2023 гг.).

Результаты

В Республике Карелия за 1998-2023 годы выявлена следующая динамика по заболеваемости РШМ. Рост «грубого» показателя заболеваемости РШМ с 10,8 (1998 г.) до 39,8 (2010 г.) на 100 тыс. женского населения. С 2012 по 2020 гг. – снижение «грубого» показателя до 17,4, а с 2021 года – резкий рост «грубого» показателя до 33,6 (2023 г.) и 21,64 (2023г) на 100 тыс. женского населения (стандартизованный показатель). Отмечена вариативность показателя смертности от года к году в РК, но в целом наблюдается общая тенденция к росту. Максимальное значение – в 2022 году, когда «грубый» показатель составил 10,26, а стандартизованный – 5,92 на 100 тыс. женского населения. Соответственно за 2023 год – 8,24 («грубый» показатель) и 4,74 на 100 тыс. женского населения (стандартизованный показатель). Доля выявленных случаев на I стадии РШМ в 2013 году на I стадии РШМ составляла 58,3%, в 2015 году – 54,4%, а с 2021 года составляет 16,1%, в 2023 году – 13,1%. Доля выявленных случаев на II стадии РШМ – вариативна из года в год. В 2020 году – составил 12,5%, в 2021 году – 30,6%. Максимальные значения доли случаев, выявленных на II стадии – 34,3% (2014г.) и 29,7% (2023г.). Доля выявленных случаев на III стадии РШМ повторяет эту тенденцию и доля случаев, выявления РШМ на III стадии достигла практически половины от всех взятых на учёт – 48,2% (2020г.). Доля случаев на IV стадии РШМ заболевания демонстрирует рост с 4,7% в 2012 году до 13,1% в 2023 году. Таким образом, успехи в ранней диагностике РШМ, которые были достигнуты в РК в предыдущие годы (1998-2018гг) были утрачены в связи с приостановкой диспансеризации в республике Карелия. Закономерно, что в 2022 году в РК диагностировано 72 случая инвазивных форм [I стадия – 25 (32,5%) случаев, II – 16 (20,8%), III – 22 (28,6%) и IV – 9 (11,7%)] и всего 5 (6,5%) случаев рака *in situ*. То есть, отмечено повышение ранней диагностики удельного веса до 56,9% (41) по сравнению с «пандемийной» диагностикой. В 2023 году – диагностировано 98 случаев инвазивных форм рака шейки матки [I стадия – 17,4% случаев, II – 29,7%, III – 19,8% и IV – 13,1%]. Фактором, определяющим эффективность проведения скрининговых мероприятий в рамках приказа МЗ РК от 4.02.2020г №131 является охват женского населения, который составил за 2021-2023 гг от 7,1% до 16,3%, в сравнении с 2013-2017гг (охват ЦС составил в среднем 43-46% по г. Петрозаводску и районам РК). Отмечен рост доли стоящих на учете 5 лет и более с диагнозом РШМ с 55,1% до 79,7% на 100 тыс женского населения.

Заключение

1. Резкое уменьшение доли выявленных заболеваний на I и II стадии РШМ, рост доли случаев, выявленных на III-IV стадии, рост показателей смертности и одногодичной летальности за 2019-2023гг связано с отсутствием диспансеризации пациентов и проведения скрининговых мероприятий в РК.



2. В РК целесообразно создание и реализация отдельной государственной комплексной программы «Скрининг рака шейки матки» с выделением соответствующего финансирования (Михетько А.А., Ковчур П.И., 2011, 2017гг).
3. Определяющим в проведении скрининговых мероприятий является охват женского населения (не менее 70-80%) с компьютерной базой данных учета пациенток в рамках данной программы.
4. Программа проведения «скрининговых» мероприятий в рамках реализации приказа Минздрава России от 16.12.2021 №2041 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в РК должна быть так рассчитана, что в течение 5-7 лет охватила весь целевой состав женского населения республики Карелия по каждому району и г.Петрозаводску. Только такой подход обеспечит понятие «скрининг» РШМ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ, ВУЛЬВАРНЫХ И ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ – РЕАЛЬНАЯ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ

Ковчур П.И., Хидишян И.В.

г. Петрозаводск

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск

Актуальность

Актуальной задачей для гинекологов и онкологов Республики Карелия является снижение смертности от рака шейки матки, вульвы и влагалища, при условии решения двух основных задач в онкологии: Первая задача – организация цитологического скрининга (ЦС) женского населения Республики Карелия (с охватом не менее 70–80 %). Сегодня в России «скрининговые» мероприятия проводятся в рамках реализации приказа Минздрава РФ № 2041 от 16.12.2021 г. «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения». Организованных (популяционных) программ скрининга на территории РК и России не проводится. Вторая задача – усовершенствование методов лечения инвазивных форм РШМ.

Цель

Изучить результаты диагностики и комплексного лечения интраэпителиальных неоплазий шейки матки, вульвы и влагалища.



Материалы и методы

Изучено 3 группы: 1 группа – пациентки с осложненным эктропионом, кондиломатозом и лейкоплакиями шейки матки (n= 185); 2 группа – с ЦИН 1-2, 2 степени (n= 47). У 37,3% (69) пациенток 1 группы и 100% 2 группы до начала лечения в соскобах эпителия и биоптатах шейки матки выявлены следующие генотипы ВПЧ. Тип 16 – 91 (57,9%); тип 18 – 13 (8,3%); тип 33 – 19 (12,1%); тип 33, 31, 74 – 5 (3,2%); тип 31, 33 – 11 (7,0%); тип 11, 6, 74 – 18 (11,5%). 3 группа (n= 37) – пациентки с вульварными интраэпителиальными неоплазиями 1-2 степени (n= 21) и вагинальными интраэпителиальными неоплазиями 1-2 степени (n= 16) с генотипами ВПЧ в 100% случаев – сочетание 6, 11, 74 и 16 типов. Всем выполнялось лечение шейки, влагалища и вульвы хирургическим аппаратом «Ланцет-2» и «Аллод-01» по стандартной методике. У всех пациентов с ВПЧ дополнительно 2 этапом после лазерного лечения проводилась терапия «Аллокином-альфа» (Гистидил-глицил-валил-серил-глицил-гистидил-глицил-глутаминил-гистидил-глицил-валил-гистидил-глицин) по 1мг 6 раз через день, подкожно. Оценка результатов лечения проводилась с помощью ПЦР-контроля ВПЧ, цитологического и кольпоскопического исследований через 3 месяца от начала лечения.

Результаты

В 1 группе (n=185) у женщин с эктропионом, кондиломатозом и лейкоплакиями шейки матки и ВПЧ (n=69) через 3 месяца после комплексного лечения (лазерная деструкция + иммунотерапия) эффективность лечения составила 94,2% случаев. В 5,8% выявлена неполная эпителизация, йод-негативные зоны и ВПЧ (вирусная нагрузка $2lg 105$). У оставшихся пациенток без ВПЧ (n=120) эффективность только лазерного лечения составила 85,8% (103) (14,2% – неполная эпителизация), что потребовало повторного лечения. Во 2 группе (n=47) у пациенток с ЦИН 1-2, 2 степени и ВПЧ после комплексного лечения эффективность составила 95,7% (n=45). В 3 группе (n= 37) эффективность лечения составила 91,9%. 3 случая рецидива заболевания, что потребовало повторного лечения. Лазерное лечение очагов – это возможность удаления образований при обработке влагалища, вульвы и шейки матки при обширном их поражении и получении качественного результата лечения отечественными хирургическими аппаратами «Ланцет-2» и «Аллод-01».

Заключение

Задача гинеколога – это уничтожение формирующегося опухолевого очага в эпителиальной ткани, продуцирующего перепрограммирование иммунного и стромального микроокружения опухоли. Этот вид лечения обеспечивает хорошую эффективность лечения (91,8%- 94,2 -95,7%) в группах исследования, что является реальной вторичной профилактикой рака шейки матки, вульвы и влагалища. Применение 2 этапом иммунотерапии усиливает противовоспалительный и иммунный эффект, улучшая результаты лечения.



ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА (РАДИОВОЛНОВОЙ И ЛАЗЕРНОЙ) В ЛЕЧЕНИИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ

Ковчур П.И., Хидишян И.В.

г. Петрозаводск

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск

Актуальность

Развитие рака шейки матки, вульвы и влагалища является многоступенчатым процессом, выражающимся в переходе интраэпителиальных неоплазий шейки матки, вульвы и влагалища в преинвазивный и далее инвазивный рак. Этот период составляет от 10 до 15 лет в зависимости от иммунного статуса больной, типа папилломавирусной инфекции, сопутствующей патологии и наличия дополнительного бактериального инфицирования. Ранняя диагностика и эффективное лечение интраэпителиальных неоплазий шейки матки, вульвы и влагалища является реальной вторичной профилактикой рака шейки матки.

Цель

Оценка комплексного подхода в лечении интраэпителиальных неоплазий шейки матки, вульвы и влагалища, связанных с вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Материалы и методы

Обследовано 3 группы пациенток с интраэпителиальными неоплазиями 1-2, 2 степени шейки матки, вульвы и влагалища с помощью кольпоскопии, вульвоскопии, цитологического, гистологического исследований. Во всех группах в 100% случаев выявлена ВПЧ. 1 группа (n= 55) – выполнено только лазерное лечение. 2 группа (n=57) – радиоволновая хирургия; 3 группа (n= 45) – применялась комбинация лазерной и радиочастотной хирургии. В этой группе показанием для дополнительного лазерного лечения являлось специфическое поражение влагалища, вульвы и шейки матки. Были выявлены остроконечные кондиломы, которые локализовались на вульве, шейке матки и во влагалище. При вульвоскопии определялся папилломатоз и методом ПЦР были выявлены ВПЧ 6, 11, 74 в сочетании с 16, 31,33 и 18 генотипами ВПЧ. Всем пациентам выполнена биопсия остроконечных кондилом. Гистологически подтверждена вульварная интраэпителиальными неоплазиями 1, 1-2 степени. Проведено лазерное лечение шейки матки, вульвы и влагалища отечественными хирургическими аппаратами «Ланцет-2» и «Аллод-01» по стандартной методике и радиоволновым генератором «Фотек ЕА 141». Оценка эффективно-



сти лечения шейки матки, вульвы и влагалища проводилась с помощью ПЦР-контроля, цитологического, кольпоскопического и вульскопического исследований через 3 месяца от начала лечения.

Результаты

В 1 группе эффективность только лазерного лечения у пациенток составила 94,5% (52). В 5,5% (3) – отмечена неполная эпителизация и йод-негативные зоны. Во 2 группе эффективность радиоволновой эксцизии шейки матки составила 87,7% (50), йоднегативные зоны, эндометриоз шейки матки, неполная эпителизация – 12,3% (7). В 3 группе эффективность комбинированного использования лазерной и радиоволновой хирургии шейки матки, вульвы и влагалища составила 91,1 % (41), рецидивы составили 4 случая (8,9%), что потребовало дополнительного лечения.

Заключение

Результаты лечения интраэпителиальных неоплазий шейки матки, вульвы и влагалища показывают необходимость применения комбинации лазерных и радиоволновых технологий при выполнении операций на шейке матки, вульве и влагалище. Данное утверждение с одной стороны улучшает качество лечения интраэпителиальных неоплазий шейки матки, вульвы и влагалища, с другой стороны у женщин репродуктивного возраста, сохраняет ее репродуктивную функцию.

ВЗГЛЯД АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА. НЮАНСЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДРАЗРЕШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ.

Козырко Е.В., Хохлова С.В., Панкратова А.В., Доманская М.А., Байгазаиева Д.А., Лузина Е.А.

г. Москва

НМИЦ им. В.И.Кулакова

Актуальность

Сохранение репродуктивной функции у фертильных женщин с диагностированным онкологическим заболеванием является крайне актуальной задачей современного акушерства. Это связано с тем, что противоопухолевая терапия имеет отдаленные гинекологические осложнения, приводящие к бесплодию. Бесплодие затрагивает 12% женщин, прошедших противоопухолевую терапию, которая приводит к снижению вероятности беременности на 40% у молодых людей в возрасте 18–39 лет.



Цель

Оценка особенностей введения беременности после онкологического заболевания в анамнезе.

Материалы и методы

Проведен анализ распространенности наступления беременности у женщин после онкологических заболеваний с 2010-2021гг. Проанализированы клиничко-анамнестические особенности, данные обследования, наступление и течение беременности. Рассмотрены данные российский и зарубежной литературы.

Результаты

В результате анализа выявлено, что оптимальный временной интервал для зачатия после выздоровления от рака является индивидуальным и зависит от различных факторов. Рекомендуется планировать беременность спустя 2 года после окончания лечения рака. Снижение осложнений во время беременности возможно при адекватном мониторинге. Выявлено отсутствие влияния беременности на общую выживаемость и течение ряда онкологических заболеваний.

Заключение

Возможность иметь детей у женщин с сохраненным репродуктивным потенциалом и онкологическими заболеваниями в анамнезе приводит к необходимости консультирования их по вопросам безопасности беременности. Ведение беременности у женщин после онкологического заболевания требует мультидисциплинарного подхода с участием онкологов, акушеров-гинекологов и смежных специалистов после обширного комплексного обследования возможные осложнения

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ CD178+ МОНОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ И УГРОЖАЮЩИМ ПОЗДНИМ ВЫКИДЫШЕМ.

Колесникова А.М., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В., Таланова И.Е.

г. Иваново

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*



Актуальность

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) затрагивает до 5% супружеских пар и имеет серьезные физические и психологические последствия как для самой женщины, так и для членов ее семьи. Сложность решения данной проблемы определяется многофакторностью ПНБ. Примерно в половине случаев не удается установить конкретной причины невынашивания, тогда говорят об идиопатическом ПНБ. В основе 80% «беспричинных» выкидышей лежат нарушения иммунной системы. Для наступления беременности и успешного вынашивания полуаллогенного плода необходимо изменение иммунного ответа матери. Значимую роль в поддержании иммунологической толерантности играют моноциты и их конечная стадия дифференцировки – макрофаги. Для адекватной плацентации необходим баланс между факторами, индуцирующими апоптоз, и его супрессорами. Наиболее изученными и ключевыми молекулами запуска апоптоза являются клеточный рецептор Fas (CD95), определяющий готовность клеток к Fas-индуцированному апоптозу, и его лиганд FasL (CD178), являющийся индуктором сигнала к запуску апоптоза. Плацентарные макрофаги способны экспрессировать на собственной мембране FasL (CD178+ макрофаги), индуцируя апоптоз клеток-мишеней (эндотелиальные и гладкомышечные клетки спиральных артерий матки, клетки трофобласта) и, тем самым, потенцируя угрозу прерывания беременности. Большое количество исследований посвящено проблеме ПНБ в первом и третьем триместрах беременности. Однако не менее важным является второй триместр, характеризующийся таким важным процессом, как вторая волна инвазии цитотрофобласта. При нарушении этого ключевого момента, возможно развитие плацентарной недостаточности, задержки роста плода, артериальной гипертензии, преэклампсии. Процессы Fas-зависимого апоптоза достаточно хорошо изучены на местном маточно-плацентарном уровне, однако для клиницистов более удобным является системный уровень. Поэтому изучение уровня CD178+ моноцитов в периферической венозной крови, которое определяет содержание макрофагов на местном уровне, является актуальным методом оценки Fas-зависимого апоптоза у пациенток с ПНБ.

Цель

Оценить содержание CD178+ моноцитов в периферической венозной крови у женщин с ПНБ и угрожающим поздним выкидышем.

Материалы и методы

На базе ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России иммунологически обследовано 60 беременных в сроке гестации 16-21 неделя и 6 дней. Данное исследование получило одобрение локального этического комитета «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России (протокол №2 от 01.11.2021 г.). Женщины были в возрасте 19-42 года, имели одноплодную беременность, наступившую без вспомогательных репродуктивных технологий. Пациентки были разделены на 3 группы: в основную вошли 20 женщин



с ПНБ и угрозой прерывания; в группу сравнения – 20 первобеременных с угрозой прерывания; в контрольную – 17 беременных без ПНБ и без угрозы прерывания на момент исследования. Определение уровня CD178+ моноцитов в периферической венозной крови проводилось методом проточной цитофлуорометрии с помощью моноклональных антител на приборе «FACScanto II» («Becton Dickinson», USA) с использованием программного обеспечения «FACSDiva» («Becton Dickinson», USA).

Результаты

При оценке полученных данных определено, что содержание CD178+ моноцитов в периферической крови у женщин с ПНБ и угрозой прерывания во втором триместре было в 1,7 раз ниже, чем у первобеременных пациенток с угрозой прерывания ($p=0,001$) и в 2,1 раз меньше, по сравнению с группой контроля ($p=0,000$). При сравнении аналогичного показателя у женщин с первой беременностью и угрожающим поздним выкидышем и у пациенток без ПНБ и без угрозы прерывания на момент исследования, выявлено превышение содержания CD178+ моноцитов в 1,2 раза у беременных контрольной группы ($p=0,021$).

Заключение

Таким образом, у пациенток с ПНБ и угрожающим поздним выкидышем отмечалось более низкое содержание CD178+ моноцитов в периферической крови, по сравнению с показателями групп сравнения. Беременные контрольной группы имели более высокое содержание мононуклеарных клеток, экспрессирующих CD178+, среди трех групп. Полученные данные, вероятно, говорят о дисбалансе апоптоза, что ведет к нарушению адекватного иммунного ответа. Данные изменения отражаются на формировании плацентарной сосудистой сети, тем самым способствуют развитию угрозы прерывания у пациенток с ПНБ.

ЗНАЧИМОСТЬ ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДАМИ ВРТ.

Кулакова Е.В., Макарова Н.П., Кармакова А.М., Калинина Е.А.

г. Москва

ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова МИНЗДРАВА РОССИИ

Актуальность

Известно, что микробиота играет важную роль в репродуктивном здоровье женщин, поэтому в настоящее время в научном сообществе наблюдается растущий интерес к выявлению условно-патогенных микроорганизмов в женском урогенитальном тракте, ко-



торые могут оказывать влияние на результаты беременности как при естественном зачатии, так и в рамках программ вспомогательных репродуктивных технологий. В настоящее время проводятся многочисленные исследования, которые показывают важность вагинальной микробиоты в патогенезе бесплодия. В связи с этим для успешного наступления беременности ведутся поиски наиболее эффективной прегравидарной подготовки женщин с бесплодием перед программами ВРТ.

Цель

Провести оценку влияния состояния вагинальной микробиоты у пациенток с бесплодием на исходы беременности в результате проведения программы криопереноса.

Материалы и методы

В исследование было включено 763 женщины с неудачными попытками ЭКО в анамнезе, которые проходили лечение бесплодия в рамках программы переноса размороженного эмбриона. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни у данных пациенток и произведена оценка состояния условно-патогенной флоры урогенитального тракта. Был взят мазок из влагалища на 5 день менструального цикла, далее была произведена оценка состояния вагинальной микрофлоры с помощью метода полимеразно-цепной реакции «Фемофлор» (исследовались следующие показатели: *atopobium vaginae*, *candida spp.*, *enterobacterium spp.*, *eubacterium spp.*, *gardnerella*, *lachnobacterium spp.*, *lactobacillus spp.*, *megasphaera spp.*, *mobiluncus spp.*, *mycoplasma hominis*, *peptostreptococcus spp.*, *sneathia spp.*, *staphylococcus spp.*, *streptococcus spp.*, *ureaplasma parvum f*, *ureaplasma urealyticum f*) у пациенток с первичным (n=512) и вторичным (n=251) бесплодием, с наружным генитальным эндометриозом (n=591) и отсутствием данной нозологии (n=172), старше 35 лет (n=321), в 35 лет и младше (n=442). Статистическая обработка данных была произведена с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты

В отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия имени профессора Б.В. Леонова была выполнена оценка вагинальной микробиоты у 763 женщин. У пациенток с первичным бесплодием (n=512) было установлено, что при увеличении *peptostreptococcus spp.* на 1, шансы отсутствия наступления беременности увеличивались в 1,228 раза, в то время как у пациенток с вторичным бесплодием (n=251) шансы отсутствия наступления беременности увеличивались в 1,458 раза при увеличении *atopobium vaginae* на 1. В группе пациенток с наружным генитальным эндометриозом при увеличении *atopobium vaginae* на 1, шансы отсутствия наступления беременности увеличивались в 1,177 раза, в группе с отсутствием наружного генитального эндометриоза изменение состава микробиоты статистически не было значимо для определения исхода наступления беременности. У женщин старше 35 лет при увеличении *atopobium vaginae* на 1, шансы отсутствия наступления беременности увеличивались в 1,591 раза, в 35 лет и менее при увеличении *staphylococcus spp.* на 1, шансы отсутствия наступления беременности уве-



личивались в 1,289 раза. В результате было выявлено, что особое влияние на шансы наступления беременности оказывают следующие бактерии женской условно-патогенной флоры: *peptostreptococcus. spp.*, *atopobium vaginae*, *staphylococcus spp.*

Заключение

Изменения состояния микробиоценоза влагалища оказывают влияние на исходы наступления беременности, это открывает новые возможности для разработки новых персонализированных терапевтических программ для повышения эффективности лечения бесплодия.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И МОНИТОРИНГА ЗА ВОЗМОЖНО ОНКОГЕННЫМИ ТИПАМИ ВПЧ НА ОСНОВЕ ПЦР-РВ

Кулешова О.Б., Виноградова Н.А., Надысева Т.А., Домонова Э.А.

г. Москва

ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора

Актуальность

Разработка новых лабораторных методик для выявления и количественного определения ранее малоизученных типов ВПЧ увеличивает объем данных об их распространенности в целом и при различных патологиях эпителия слизистых оболочек человека. Внедрение разработанных методик в практическое использование способствует установлению роли данных типов в развитии ВПЧ-ассоциированных заболеваний влагалища, цервикального канала, анального канала, ротоглотки и др.

Цель

Разработка набора реагентов (НР) для качественного и количественного определения ДНК ВПЧ возможно онкогенных типов (26, 53, 67, 70, 73, 82) в биологическом материале методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ).

Материалы и методы

Для разработки и апробации НР использовались образцы биологического материала пациентов с интраэпителиальной неоплазией цервикального канала различной степени тяжести и наличием ВПЧ возможно онкогенных типов. Для экстракции ДНК из биологических образцов использовались НР, разработанные во ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Для подтверждения наличия ВПЧ 26, 53, 67, 70, 73, 82 типов в биологическом материале использовалась вложенная ПЦР с использованием консенсусных прай-



меров Mu9/11 и Gr5+/6+ с последующим секвенированием ампликонов по Сэнгеру. Для определения концентрации амплифицируемых фрагментов в контрольных образцах использовалась цифровая капельная ПЦР.

Результаты

Разработаны специфические олигонуклеотидные праймеры и зонды для амплификации участков ДНК E6/E7 шести типов ВПЧ. Для контроля взятия материала проводилась амплификация ДНК человека – гена β -глобина; для контроля этапа экстракции нуклеиновых кислот – искусственно-синтезированного препарата, добавленного в исследуемые образцы. Для проведения количественной оценки использованы стандартные образцы, содержащие синтезированные конструкции с известной концентрацией целевых участков ДНК ВПЧ 26, 53, 67, 70, 73, 82 типов. Предел детекции разработанного НР составляет 10^3 копий ДНК ВПЧ 26, 53, 67, 70, 73, 82 типов /мл биологического образца. Линейный диапазон измерений находится в пределах от 2×10^3 до 1×10^8 копий ДНК ВПЧ 26, 53, 67, 70, 73, 82 типов /мл биологического образца. Неспецифических реакций с ДНК, РНК различных микроорганизмов, включая другие типы ВПЧ, геномной ДНК человека не обнаружено.

Заключение

Разработанный НР предназначен для качественного и количественного определения ДНК ВПЧ 26, 53, 67, 70, 73, 82, типов в различных видах биологического материала (мазок со слизистой оболочки ротоглотки, отделяемое со слизистой оболочки уретры, влагалища, анального канала (мазок/соскоб), соскоб со слизистой оболочки цервикального канала) методом ПЦР-РВ. НР может использоваться для изучения распространенности ВПЧ возможно онкогенных типов в норме и при наличии ВПЧ-ассоциированных заболеваний различной степени тяжести в целях совершенствования эпидемиологического мониторинга за папилломавирусной инфекцией.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА «СУХОЙ ХИМИИ» ВРАЧОМ-АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ

Кулешова С.В., Дворецкая Е.В., Минушкина Л.О.

г. Москва

ФГБУ ПОЛИКЛИНИКА 2 УДПРФ

Актуальность

Актуальность. Микроскопическое исследование влагалищных мазков до сих пор является востребованной услугой. Данное исследование входит в большинство клинических



рекомендаций по профилю «акушерство-гинекология». Срок выполнения данной лабораторной услуги не регламентирован нормативными документами. На сегодняшний день за данным лабораторным исследованием осталась одна задача: описать количество лейкоцитов, всю остальную информацию можно получить другими современными методами. Стандартизации получение биоматериала не подлежит. Обеспечить достаточную клеточность сложно. Результаты, в силу высокого субъективизма и отсутствия унификации приготовления и описания препарата, часто не совпадают с ожиданиями клиницистов и другими лабораторными методами. На рынке лабораторного оборудования сегодня представлены анализаторы, которые с успехом заменяют врача клинической диагностики, устраняя субъективизм оценки и интерпретации данных. Некоторые анализаторы представляют собой приборы, работающие на стыке клинических и микробиологических исследований. Большой интерес для нас сегодня представляют автоматические анализаторы гинекологических мазков. Приборы способны совмещать микроскопию, метод «сухой химии» и искусственный интеллект, выдавая с точностью более 90 % ответ на вопрос есть или нет лейкоциты, лактобациллы, элементы грибов, трихомонады, ключевые клетки, какая рН влагалища и многие другие данные. Мы решили применить метод «сухой химии» в качестве экспресс метода для определения количества лейкоцитов в отделяемом женских половых путей.

Цель

Проверить возможность использования диагностических полосок для определения лейкоцитов в отделяемом женских половых путей.

Материалы и методы

В исследование вошел биоматериал 100 пациенток в возрасте от 19 до 86 лет (средний возраст 55 лет), обратившихся к врачу-акушеру-гинекологу в ноябре 2024 года. На момент визита у пациенток были разные анамнестические данные и поводы обращения. Во время визита был получен биоматериал на предметное стекло и на реакционную зону тест-полоски Уриполиан. В общеклинической лаборатории стеклопрепарат окрашивался по методу Романовского и микроскопировался с целью ориентировочного полуколичественного определения количества лейкоцитов в рамках услуги А12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков. Изменение цвета реакционной зоны диагностической тест-полоски оценивалось врачом-акушером-гинекологом на приеме, согласно инструкции к медицинскому изделию. Полученные результаты сравнивались.

Результаты

В 91% случаев результаты микроскопического исследования и данные тест-полоски совпали. В 59 случаях из 91 (65%) данные тест-полоски показывали наличие лейкоцитов больше нормы. При исследовании мазка в этих случаях лейкоциты описывались как 20-30 штук и более в поле зрения. Соотношение «лейкоциты (Л) / эпителиальные клетки (Э)» во всех случаях были $L \geq Э$. В 32 случаях (35%) результаты совпали по количеству лейко-



цитов в пределах нормы. В оставшихся 9 случаях сопоставить результаты разных методов было сложно, из-за примеси крови или скудного количества биоматериала.

Заключение

Результат проведенного практического исследования соответствует поставленной цели. Существующие тест-системы разработаны для полуколичественного определения компонентов в различных биологических жидкостях. Тест-полоски успешно применяются в лабораторных приборах для исследования влагалищного отделяемого и по результатам нашего исследования могут быть использованы в качестве экспресс метода для оценки количества лейкоцитов.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ФЕМОФЛОР® 16 ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Кулешова С.В.; Хабаров С.В.; Денисова О.В.

г. Москва

Кафедра клинической лабораторной диагностики и патологической анатомии Академии ДПО ФГБОУ ФНКЦ ФМБА России

Актуальность

Микробиологические исследования являются важной информацией в работе клиницистов, однако посевы выполняются длительно и их результаты нередко неоднозначные. Морфология бактерий, полученная в ходе общеклинического исследования, не позволяет точно определить их вид и род. Сегодня для более полного представления о составе влагалищного сообщества необходимо проводить анализ не только количества бактерий, но и аэробных и анаэробных микроорганизмов, микоплазм и грибов рода *Candida*.

Цель

Цель нашего исследования заключалась в сравнении морфологии микробных клеток и типов влагалищного сообщества на основе результатов анализа биоматериала пациенток с использованием набора реагентов Фемофлор® 16.

Материалы и методы

Мы изучили биоматериал 100 пациенток, в возрасте от 55 до 87 лет, находящихся в разной стадии менопаузы. В результате исследования были выделены различные типы лактобацилл. Средний возраст составил 65 лет. Все пациентки были в менопаузе разной сте-



пени продолжительности и на момент визита к врачу активно жалоб не предъявляли. В качестве биоматериала для ПЦР исследования был выбран соскоб клеток со стекло-препарата гинекологического мазка в рамках услуги А12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков. Набором реагентов Фемофлор® 16 был проведен анализ биоценоза урогенитального тракта. Данные ПЦР исследования сравнивались с описанием морфологии и ориентировочного количества микробиоты общеклинического микроскопического исследования.

Результаты

У 80 пациенток из 100 (80%) были выделены *Lactobacillus* spp, которые преобладали среди общего количества бактерий. У 34 (34%) пациенток выделялись строго по одному виду лактобацилл: у 14 *Lactobacillus crispatus*, у 5 *Lactobacillus iners*, у 5 *Lactobacillus jensenii* / *Lactobacillus Mulieris*, у 10 – *Lactobacillus gasseri* / *Lactobacillus paragasseri*. Таким образом по результатам ПЦР исследования к 1 типу CST можно отнести с уверенностью 14 пациенток (14%), ко 2 типу – 10 пациенток (10%), к 3 типу – 5 пациенток (5 %) и к 5 типу – 5 пациенток (5%). В остальных 46 случаях обнаруживались комбинации разных видов лактобактерий, которые не всегда преобладали над аэробными и анаэробными бактериями, что не позволяет с уверенностью классифицировать эти случаи. При сопоставлении данных световой микроскопии и ПЦР микробный пейзаж описывался как «палочки в умеренном количестве» всего в 16 случаях, которые распределились следующим образом: 1 тип вагинального микробного сообщества CST – 7 случаев, 3 тип 8 случаев, 2 тип 1 случай. Следует отметить, что в 9 случаях определялись одновременно разные типы лактобацилл. Все остальные случаи обнаружения лактобацилл при световой микроскопии попали в группу «смешанная микрофлора».

Заключение

Лактобациллы являются неотъемлемой частью нормофлоры. Однако адгезивные и антагонистические свойства у разных видов лактобацилл различны. В постменопаузе меняется качественный и количественный состав бактериального сообщества. Световая микроскопия и исследования без видовой идентификации лактобацилл не дают представления ни о типе вагинального микробного сообщества, ни о функциональной состоятельности лактобацилл. Проведенное исследование набором реагентов Фемофлор® 16 показало видовое разнообразие *Lactobacillus* spp., которое не укладывается в описание микробного пейзажа при рутинном общеклиническом исследовании. Удалось на основании этого исследования выделить типы CST и сопоставить результаты с описанием микробиоты полученные при световой микроскопии. Надеемся, что наши результаты помогут в дальнейшей работе по исследованию типов влагалищного сообщества у женщин в менопаузе



РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР: ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Кулигина М.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Лицова А.О.

г. Иваново

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Снижение рождаемости, необходимость сохранения репродуктивного потенциала обуславливает повышенное внимание руководителей акушерско-гинекологической службы к организации работы по профилактике искусственного прерывания нежелательной беременности.

Цель

Оценить ресурсы амбулаторной акушерско-гинекологической службы в предотвращении искусственного прерывания нежелательной беременности (на примере ЦФО).

Материалы и методы

Проведен статистический анализ отчетных форм №13, №30, №32 за 2023 год 16 субъектов ЦФО РФ (за исключением г.Москвы и Московской области); результатов анкетирования женщин, обратившихся к акушеру-гинекологу по поводу прерывания нежелательной беременности (n=423) с расчетом экстенсивных показателей.

Результаты

Организация работы кабинетов/центров медико-социально-психологической поддержки женщин, доабортного консультирования, обеспечивающего доступ к информации, помогающей сделать осознанный и свободный репродуктивный выбор, позволила в 2023 году сохранить беременность у 30,9% проконсультированных беременных женщин, обеспечив повышение числа родов в ЦФО более чем на 4,0%. По мнению женщин, наибольшее влияние на их репродуктивный выбор оказала консультация психолога, акушера-гинеколога, выполнение УЗИ-плода.

С целью сравнительной оценки эффективности профилактики искусственного прерывания беременности в субъектах РФ целесообразно использование двух критериев: частоты легальных медицинских аборт (на 100 живорожденных) и удельного веса беременных, отказавшихся от искусственного аборта (от числа проконсультированных, в %).

Однако при реализации задачи по сохранению беременности, оцениваемой женщиной как «нежелательной», нельзя ожидать, что улучшение организации социально-психоло-



гической поддержки беременных в ситуации репродуктивного выбора позволит значительно увеличить число отказов от искусственных абортов. Среди пациенток, обращающихся в женскую консультацию по поводу прерывания беременности, есть женщины, реализовавшие репродуктивные установки и, следовательно, завершившие репродуктивный период. Поэтому у данной группы беременных очень сложно добиться успешного результата доабортного консультирования. По результатам сравнительного анализа установлено: женщины, принявшие решение прервать незапланированную беременность, по сравнению с женщинами, ее сохранившими, чаще были в возрасте 30 лет и старше, страдали привычкой к табакокурению, имели двоих и более детей, отмечали осложненное течение беременности и родов, лояльно относились к искусственному прерыванию беременности, оценивали данную беременность как нежелательную и обратились с желанием ее прервать в сроки менее 6 недель.

Заключение

При организации доабортного консультирования следует учитывать полученные данные, уделяя особое внимание профилактике нежелательной беременности у женщин, завершивших реализацию репродуктивной функции.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМА МИОМЫ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кухарчик Ю.В.

г. Гродно

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность

Миома матки – наиболее распространенное доброкачественное гинекологическое новообразование у женщин репродуктивного возраста. Миомы матки встречаются у 70-80% женщин в течение жизни, а распространенность среди беременных составляет 10-20%. Однако реальная распространенность миомы матки у беременных, скорее всего, выше, так как небольшие миомы матки могут оставаться незамеченными при трансабдоминальном ультразвуковом исследовании во время беременности. Наличие миомы матки у беременных женщин повышает риск перинатальных осложнений. В настоящее время вопрос об изменении размеров миомы матки во время беременности остается спорным.

Цель

Проанализировать динамику изменения объема миомы матки в течение беременности.



Материалы и методы

Данное исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» и женских консультаций г.Гродно у женщин репродуктивного возраста с диагнозом миома матки, выставленном в I триместре беременности в период с 2021 года по 2023 год. Под наблюдением находилось 183 беременных женщины с миомой матки. Женщины походили контроль динамики объема узлов в I триместре (<14 недель), II триместре (14-27±6 недель) и III триместре (>28 недель) на основании результатов УЗИ. На основании пространственного соотношения между миомой матки и плацентарной площадкой миомы матки были классифицированы как ретроплацентарные миомы матки и неретроплацентарные миомы матки. Полученные данные обработаны статистически с использовалась версия «Statistics 10.0».

Результаты

Увеличение объема миомы матки во время беременности было больше в I и II триместрах (33,88%), чем во II-III триместрах (30,05%). Миома матки меньшего диаметра чаще увеличивалась с I по II и с I по III триместры беременности. Узлы миомы матки, расположенной позади плаценты, чаще увеличивались в объеме у беременных во II-III триместрах, чем узлы, расположенные вне плацентарной площадки.

Установлено, что объем миомы матки составлял $16,82 \pm 9,3$ см³ на $12,1 \pm 0,4$ неделе беременности и $32,64 \pm 7,32$ см³ на $21,2 \pm 0,5$ неделе беременности.

Что касается скорости роста объема миомы матки между различными триместрами, объем 39,89% миоматозных узлов остался неизменным, а объем 60,11% этих образований увеличился во II триместре по сравнению с таковым в I триместре, при медианной скорости роста объема 34,97% (18,32%, 58,67%). Объем 48,63% миомы матки остался неизменным, а объем 50,82% узлов увеличился в III триместре по сравнению с таковым во II триместре, при медианной скорости роста объема 30,05% (10,18%, 35,32%). Помимо этого, объем 14,21% миомы матки остался прежним, а объем 85,79% узлов увеличился от I триместра к III триместру, со средним темпом роста объема 65,03% (31,28%, 111,44%). Кроме того, статистически значимые различия наблюдались в скорости роста среди трех гестационных триместров ($p < 0,001$). Анализ роста объема миомы матки выявил увеличение от I триместра ко II триместру ($p < 0,001$) и от I триместра к III триместру ($p < 0,001$). Увеличение объема узлов также было диагностировано со II по III триместры ($p < 0,001$).

Заключение

Объем миомы матки может увеличиваться во время беременности по нелинейной схеме, связанной с объемом миомы матки и пространственным соотношением между миоматозными узлами и участками прикрепления плаценты. Нами установлено, что маленькие узлы и ретроплацентарно расположенные миомы матки являются факторами риска увеличения объема узлов во время беременности. Соответственно, увеличение миомы матки



в течение гестации может оказывать неблагоприятное влияние на перинатальные исходы. Поэтому выполнение ультразвукового скрининга и тщательный клинический мониторинг являются неотъемлемой частью ведения гестации у женщин с миомой матки для обеспечения улучшения исходов беременности.

ГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИНТРААМНИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Куц Е.Е., Прохорович Т.И., Рухляда Н.Н

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность

Невынашивание беременности и преждевременные роды являются актуальными проблемами акушерства и гинекологии. Одной из причин невынашивания является истмико-цервикальная недостаточность. В группу риска по развитию данной патологии при беременности относят пациенток, имеющих невынашивание или преждевременные роды в анамнезе, оперативные вмешательства на шейке матки, а также пациенток, имеющих генитальную инфекцию до планируемой беременности.

Цель

Оценить процентное соотношение развития ИЦН у пациенток, имевших генитальную инфекцию до планируемой беременности с пациентками, у которых не имелись воспалительные заболевания половых органов до беременности.

Материалы и методы

Проведены клинико-статистические исследования у пациенток с генитальной инфекцией, а также с истмико-цервикальной недостаточностью на базе ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ

Результаты

В экспериментальную группу вошли 15 пациенток, у которых были выявлены воспалительные заболевания, такие как бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит, инфекция, вызванная *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma parvum* до беременности. В контрольной группе находились 15 пациенток, у которых до беременности инфекционных заболеваний гениталий не было. Ни у одной из пациенток в обеих группах не было хирургических вмешательств на шейке матки и других факторов риска ИЦН (за исклю-



чением инфекционного компонента в экспериментальной группе). Возраст пациенток составил от 20 до 32 лет. Был проведён анализ процентного соотношения инфекционной природы истмико – цервикальной недостаточности.

В экспериментальной группе ИЦН была выявлена на сроках 18-23 6/7 недели у 5 пациенток (33,3 %). В контрольной группе истмико-цервикальная недостаточность развилась у 2х пациенток (13,3 %). ИЦН была корригирована пессарием.

У 2х пациенток с ИЦН из экспериментальной группы произошли преждевременные роды, которые осложнились интраамниальным воспалением (13,3 %).

У всех пациенток из контрольной группы роды были срочными.

Заключение

Проведя данное исследование можно сделать вывод о том, что генитальная инфекция играет значительную роль в возникновении истмико-цервикальной недостаточности при беременности, что является фактором риска невынашивания, преждевременных родов и интраамниального воспаления.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И МАСТОДИНИИ

Ласачко С.А., Алматар М.Г., Чернявский А.Р.

г. Донецк

Донецкий Республиканский перинатальный центр им.проф. Чайки В.К.

Актуальность

Доброкачественные заболевания молочных желез (МЖ) встречаются, согласно данным литературных источников, не менее чем у 50% женщин репродуктивного возраста и включают различные по клиническим и морфологическим признакам процессы. Сложность четкой дифференцировки различных изменений в МЖ обусловлена большой вариабельностью строения органа в норме не только у разных женщин, но даже у одной и той же женщины в разные периоды жизни. Доступность МЖ для обследования и кажущаяся простота диагностики часто приводят к неправильной интерпретации данных клинического исследования, что ведет как к гипо-, так и к гипердиагностике.



Цель

Оценить эффективность монотерапии трансдермальным гелем, содержащим микронизированный прогестерон, у пациенток репродуктивного возраста с изолированной мастодинией и мастодинией на фоне доброкачественной дисплазии молочных желез на фоне регулярного менструального цикла.

Материалы и методы

Для оценки эффективности трансдермального геля, содержащего 1% прогестерона, в виде монотерапии, под наблюдением находились 152 пациентки репродуктивного возраста с доброкачественной дисплазией молочных желез (ДДМЖ) и мастодинией. Вторую группу составили 136 женщин с изолированной циклической мастодинией. У всех пациенток был регулярный менструальный цикл. При наличии галактореи у пациенток с ДДМЖ исследовали уровень пролактина в сыворотке крови, пациентки с гиперпролактинемией в исследование не включались. Диагноз ДДМЖ устанавливался на основании данных клинического, ультразвукового, рентгенологического (после 40 лет), цитологического исследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Для объективизации оценки болезненного нагрубания МЖ использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Гель с прогестероном пациентки наносили на кожу каждой МЖ самостоятельно 1 раз в день ежедневно на протяжении 3 месяцев.

Результаты

Группы были сопоставимы по возрасту и степени выраженности болевого синдрома. Средний возраст пациенток в первой группе составил $34,7 \pm 3,4$ лет, во второй $32,5 \pm 2,7$ лет. Средний балл по шкале ВАШ $4,2 \pm 1,1$ и $4,4 \pm 1,3$ соответственно. Динамику оценивали по выраженности болевого синдрома и данным клинического и ультразвукового обследования МЖ в обеих группах. В первой группе улучшение состояния при комплексной оценке через 3 месяца терапии отмечено у 32 (21,1 %) женщин, уменьшение болевого синдрома у 76 (50,0%). При этом у 7 (4,6 %) зарегистрировано выздоровление. Следует отметить, что у всех этих 7 пациенток проявления ДДМЖ были минимальными. Во второй группе отмечена более высокая эффективность лечения, статистически значимое уменьшение болезненного нагрубания МЖ имело место у 105 (77,2 %) женщин. Ухудшения состояния не отмечено ни у одной пациентки. Считаем необходимым отметить также тот факт, что у 45 (29,6 %) пациенток с ДДМЖ имела место галакторея, и данный симптом заболевания к концу 3х-месячной терапии не изменился.

Заключение

Сравнительная оценка эффективности монотерапии трансдермальным гелем, содержащим 1% прогестерона, у пациенток с мастодинией на фоне ДДМЖ и изолированной мастодинией (без наличия объективных патологических изменений в паренхиме МЖ) показала его более высокую эффективность в отношении болевого синдрома при изоли-



рованной мастодинии. При этом в группе пациенток с ДДМЖ в каждом пятом случае отмечено положительное влияние данной терапии на объективные признаки заболевания. Частота такого симптома как галакторея за время лечения осталась на прежнем уровне. Мы считаем, что данный вид лечения является патогенетически обоснованным и может применяться в виде монотерапии у пациенток с изолированной мастодинией. При установлении диагноза ДДМЖ требуется комплексная терапия, особенно при наличии выделений из сосков, в том числе на фоне нормального уровня пролактина.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПЛАЦЕНТА-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Леваков С.А., Дещенко О.В., Шешукова Н.А., Пауков С.В., Громова Т.А., Кавиладзе М.Г., Мох А.В., Латфуллина Р.Р.

г. Москва

кафедра акушерства и гинекологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Актуальность

Преграavidарная подготовка в течение 6-9 месяцев обеспечивает нормальное течение гестационного процесса, а также закладывает оптимальные условия для фетального программирования, что обеспечит качество жизни рожденного человека как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. По статистическим данным только 10% супружеских пар готовятся к наступлению беременности, в большинстве случаев ограничиваясь приемом витаминно-минеральных комплексов. Задача по преграavidарной подготовке возложена на врача акушера-гинеколога. Как правило, к этому специалисту женщина приходит уже беременной, когда возможные превентивные стратегии уже упущены. Особо актуальны своевременные профилактические мероприятия для пациенток с неблагоприятными исходами предыдущих беременностей, коморбидным фоном. В таких клинических ситуациях важен мультидисциплинарный подход в преграavidарной подготовке. Для каждой женщины должен быть разработан персонифицированный план с учетом ее анамнестических, генетических, биохимических особенностей.

Цель

Выявить триггерные факторы формирования гестационных осложнений у беременных с плацента-ассоциированными заболеваниями.



Материалы и методы

Проведено тестирование, с помощью большого интегрального опросника, включающего 172 вопроса, характеризующих различные факторы риска, которые могут оказать влияние на течение гестационного процесса, 80 беременных женщин, проходящих лечение на базе родильного дома Мытищинской областной клинической больницы, по поводу плацента-ассоциированных заболеваний. Анкета разделена на несколько блоков характеризующих образ жизни, акушерско-гинекологический анамнез, состояние здоровья эндокринной и пищеварительной системы, возможные дефициты нутриентов, психологический статус.

Результаты

При оценке факторов образа жизни выявлено, что большинство пациенток (62%) не придерживаются принципам здорового питания, у 37,5% выявлена гиподинамия. 31% женщин спят менее 7 часов в сутки, только 25% ложатся спать до 23-00. 41% беременных соответствуют позднему хронотипу («люди-совы»). 22% женщин курили до беременности.

Анализ неблагоприятных факторов со стороны ЖКТ обнаружил, что 43% женщин не имеют регулярного ежедневного стула, 25% отмечают диспепсические жалобы (отрыжку, тошноту, вздутие, дискомфорт, спазмы), горечь во рту.

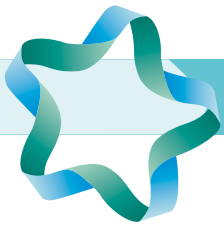
Оценка симптомов, указывающих на дефицит микронутриентов, выявила значимый процент женщин, отмечающих проблемы с засыпанием, бессонницу, «синдром беспокойных ног», судороги в нижних конечностях и мышечную скованность по утрам. 40% предъявляют жалобы на сухую шелушащуюся кожу, «шершавые стопы».

56% беременных отметили тягу к сладкому и повышенный аппетит, сонливость после обеда, раздражительность и усталость, проходящую после приема легких углеводов, что может свидетельствовать о нарушениях углеводного обмена. 19% женщин в этой группе имели лишний вес.

31% респондентов имеют хронические стрессовые ситуации, повышенную тревожность, низкую стрессоустойчивость.

Заключение

Выявленные триггерные факторы, при анализе проведенного анкетирования у беременных с плацента-ассоциированными заболеваниями, диктуют необходимость внедрения мультидисциплинарного подхода в прегравидарную подготовку. Информацией по минимизации рисков течения гестационного периода должен владеть врач любой специальности.



ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д КАК ПРЕДИКТОР ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Леваков С.А., Латфуллина Р.Р., Дещенко О.В., Ястреб А.В., Прудник А.В.

г. Москва

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения женское бесплодие является распространенной проблемой женщин репродуктивного возраста и составляет 8-30%. Витамина Д (ВД) участвует в поддержании женской фертильности посредством взаимодействия с цитоплазматическим рецептором (VDR), который содержится в репродуктивной системе и плаценте, в связи с чем его дефицит рассматривается как фактор риска бесплодия.

Цель

дать оценку влияния дефицита ВД на женское репродуктивное здоровье, развитие бесплодия и исходы беременностей, наступивших в результате программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

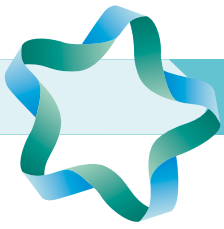
Материалы и методы

проведен анализ отечественных и зарубежных статей, опубликованных в наукометрических базах данных eLibrary, Medline, Pubmed, Embase, РИНЦ.

Результаты

Руководство по витамину D для профилактики заболеваний (Vitamin D for the Prevention of Disease Guideline Resources) эндокринологического общества рекомендует эмпирический прием добавок ВД в виде обогащенных продуктов или лекарственных форм в средней дозе 2500 МЕ, при диапазоне от 600 до 5000 МЕ в день без проведения регулярного скрининга.

ВД участвует в поддержании репродуктивного здоровья путем воздействия на стероидогенез яичников, фолликулогенез, а также коррелирует с уровнем овариального резерва. ВД путем взаимодействия с рецепторами гранулезных клеток фолликулов оказывает влияние на концентрацию внутрифолликулярного эстрадиола, качество яйцеклеток и частоту благоприятных исходов оплодотворения женщин в программах ВРТ. Также ВД воздействует на продукцию хорионического гонадотропина, плацентарного лактогена,



эстрогена и прогестерона в плаценте, который может усиливать активность VDR, тем самым потенцируя чувствительность к ВД.

В ходе исследований корреляции уровня ВД и эндометриоза и СПКЯ как наиболее частых причин женского бесплодия, отмечалось что содержание оптимального уровня ВД в фолликулярной жидкости путем повышения пролиферативной способности гранулезных клеток, увеличения доли клеток фазы G2M+ S служит фактором защиты для благоприятного наступления беременности у пациенток с эндометриозом. Также при снижении уровня АМГ у женщин с СПКЯ, при восполнении дефицита ВД отмечалось восстановление нормальных процессов в гранулезных клетках, лучшее развитие фолликулов и образование доминантных фолликулов.

Кроме того, ВД оказывает значительное влияние на процессы имплантации эмбриона и плацентации посредством взаимодействия с рецептором VDR на эндометрии, модулируя экспрессию гена НОХА10, а также экспрессией VDR в трофобласте, участвуя в дифференцировке и созревании его клеток. У 63% имеющих уровень ВД 50 нмоль/л в сыворотке крови до зачатия путем ЭКО отмечалось успешное наступление беременности. Также при ежедневном приеме ВД в дозе 2000 МЕ, женщинами, чья беременность наступила в результате ЭКО, увеличивалась частота имплантаций эмбриона.

Женщины, страдающие бесплодием и имеющие оптимальный уровень ВД, имеют больше шансов наступления и развития беременности, что подтверждается исследованиями, в связи с чем, его прием стал частью повседневной практики в программах ВРТ. Однако ряд исследований продемонстрировал наличие некоторой неоднородности данных о связи влияния высокого уровня ВД с успешностью вынашивания беременности, что требует дальнейшего изучения.

Заключение

Восполнение дефицита ВД и поддержание его оптимального уровня было связано с успешными исходами беременности после лечения ЭКО у женщин, страдающих бесплодием. Учитывая отсутствие рекомендаций приема ВД на этапе прегравидарной подготовки, в том числе при применении ВРТ, считаем необходимым рассмотрение вопроса о должном уровне ВД.



КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПРЕДИКЦИИ, ПРЕВЕНЦИИ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РЕТРОХОРИАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Линева О.И., Соловова Л.Д., Колсанова А.В.

г. г. Самара

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова

Актуальность

Одним из существенных факторов, негативно влияющих на потенциал здоровья матери и ребенка, является высокая частота прерывания беременности (от 2 до 55%) на ранних сроках (ВОЗ, 2009; КР РОАГ. 2021, 2022, 2024). В последнее десятилетие сфера научных интересов в перинатальной охране плода сместилась – к первому триместру, что в большинстве наблюдений предопределяет успешное течение настоящей беременности.

Однако проблема по разработке эффективных и оптимальных методов терапии и профилактики невынашивания беременности с образованием ретрохориальных гематом (РХГ, РНН) продолжает оставаться дискуссионной, что свидетельствует в пользу актуальности настоящего исследования.

Цель

Разработать дифференцированный подход к превенции и терапии женщин с угрозой прерывания беременности, осложненной формированием РХГ, на основании изучения факторов риска, клиничко – лабораторных показателей и выявленных патогенетических механизмов.

Материалы и методы

Проведено комплексное обследование 182 беременных женщин, из них 82 – с РХГ, 50 – с угрозой прерывания беременности без образования РХГ и 50 – группа контроля с нормально протекающей беременностью. Всем выполнено стандартное обследование согласно КР и протоколам. Дополнительно проведены клиничко-статистические, гормональные, гистологические и иммунологические исследования в динамике до и после лечения (пролактин, ХГЧ, прогестерон, провоспалительные цитокины, показатели системы гемостаза, генетически детерминированные тромбофилии, иммуноглобулины к вирусу герпеса и ЦМВ). Выявлены факторы риска развития РХГ, сформированы принципы профилактики и персонализированной терапии, включающие междисциплинарное взаимодействие.



Результаты

Проведенные клинико-статистические исследования, позволили нам выделить следующие факторы риска развития угрозы прерывания беременности с образованием РХГ: возраст старше 30 лет (40,2%) у женщин с повторными более 3-х беременностями в анамнезе (51,2%), экстрагенитальные заболевания системы пищеварения (48,5%), эндокринной системы (15,1%), высокий уровень гинекологической патологии (70%), нарушения менструальной функции по типу недостаточности лютеиновой фазы (51,2%), хроническая урогенитальная инфекция, с наличием самопроизвольных абортов и неразвивающейся беременности в анамнезе, а также отсутствие прегравидарной подготовки, что подтверждают рассчитанные параметры относительного риска (ОР) и диагностического коэффициента (ДК). Кроме того, нами были выявлены нарушения системы гемостаза по типу гипокоагуляции и активации фибринолиза при диагностировании у пациенток с РХГ гетерозиготного полиморфизма MTHFR, гомозиготных форм PAI -1 и сочетанного полиморфизма (50%).

На основании разработки концептуальной модели развития угрозы прерывания беременности с образованием РХГ нами внедрена индивидуальная программа прегравидарной подготовки на амбулаторном этапе и персонализированной терапии на ранних сроках беременности, включающая дидрогестерон, транексамовую кислоту, витаминно-энзимотерапию, антибиотики (по показаниям), что способствовало снижению гестационных осложнений в 1,5 – 2 раза в основной группе.

Заключение

Полученные данные подтверждают необходимость проведения профилактики осложнений беременности при РХГ, начиная с амбулаторного этапа, с благоприятными исходами для матери и плода.

Conclusion. The data obtained confirm the need to prevent pregnancy complication at RHN with favorable outcomes for mother and fetus.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНТАГОНИСТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВАГИНАЛЬНЫХ ЛАКТОБАКТЕРИЙ

Логинова О.П.

г. Гомель

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Актуальность

Лактобациллы являются важным компонентом резидентной микрофлоры влагалища. В основе механизмов колонизационной резистентности, реализуемых при участии лактобацилл, лежат межбактериальные взаимодействия антагонистического характера (Савченко Т.Н., 2011). Антагонистическая активность лактобацилл проявляется несколькими путями: конкуренцией за питательные вещества, конкуренцией за сайты адгезии и в продукции ингибирующих рот культуры-конкурента веществ. В процессе своей жизнедеятельности лактобациллы синтезируют молочную кислоту, перекись водорода, лизоцим и другие вещества, обладающие антибиотической активностью. Резидентной микрофлоре влагалища уделяется большое внимание ввиду того, что она играет важную роль в формировании и поддержании колонизационной резистентности влагалищного биотопа и тем самым предотвращает развитие ряда инфекционных заболеваний влагалища и шейки матки.

Цель

Оценить антагонистическую активность штаммов *Lactobacillus* spp., выделенных из влагалища женщин с дисплазией шейки матки и здоровых женщин.

Материалы и методы

Материалом послужили культуры лактобактерий, выделенных из мазков влагалища от женщин с дисплазией шейки матки и от здоровых женщин (контрольная группа). Антагонистическую активность лактобактерий определяли с применением метода агаровых блоков. В качестве тест-культур в отношении которых определялась антагонистическая активность использовали контрольные штаммы из американской коллекции микроорганизмов: *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *E. faecalis* ATCC 29212, *P. aeruginosa* ATCC 27853. На одной чашке Петри размещали по 6 агаровых блоков различных видов лактобактерий. Антагонистическую активность оценивали по истечении 72 часов. В случае чувствительности тест-культур к антибактериальному веществу лактобактерий – продуцентов вокруг агаровых блоков образовывалась зона задержки роста. Чем больше выделялось антибактериального вещества лактобактериями, тем больше был диаметр зоны задержки роста вокруг агарового блока с лактобактериями. Нечувствительные



к антибиотическому веществу лактобактерий микроорганизмы выросли на всей поверхности среды. Результат учитывали, измеряя зону задержки роста в мм ($M \pm m$) и соотносили с зоной задержки роста вокруг контрольного штамма *L. acidophilus* ATCC 4356.

Результаты

При определении антагонистической активности выявлено, что антагонистическая способность лактобактерий выше по отношению к *E. faecalis*, *E. coli* и *P. aeruginosa*.

L. gasseri, *L. plantarum*, *L. crispatus*, *L. fermentum* обладали высокой антагонистической активностью по отношению как к грамотрицательным микроорганизмам, так и к грамположительным. Так, *L. plantarum* обладали наибольшей активностью по отношению к *E. faecalis* (20 ± 2 мм) и *S. aureus* (17 ± 3 мм), в сравнении с контрольным штаммом *L. acidophilus* ATCC 4356. Для контрольного штамма диаметр зон задержки роста составил по отношению к *S. aureus* 15 ± 1 мм, к *E. faecalis* 17 ± 2 мм. *Lactobacillus crispatus* проявляли более выраженную антагонистическую активность ко всем тест-штаммам, чем *L. gasseri*, *L. plantarum* и *L. fermentum*. Диаметр зон задержки роста вокруг *L. crispatus* составили по отношению к *E. faecalis* – 20 ± 3 мм, к *S. aureus* – 18 ± 1 мм, к *E. coli* – 23 ± 2 мм, к *P. aeruginosa* – 19 ± 3 мм. *L. crispatus* в большей мере обеспечивают колонизационную резистентность влагалища, подавляя патогенные микроорганизмы.

Отмечено, что у 15% штаммов лактобацилл, выделенных от женщин с дисплазией, была снижена антагонистическая активность в отношении всех условно-патогенных микроорганизмов. Диаметр зон задержки роста был ниже в сравнении с зонами для контрольного штамма *L. acidophilus* ATCC 4356. У лактобактерий из образцов с дисплазией не в полной мере реализуется защитная функция и снижается обеспечение колонизационной резистентности на слизистых влагалища.

Заключение

Таким образом, установлено, что наибольшую антагонистическую активность проявляли штаммы *Lactobacillus crispatus* по отношению ко всем условно-патогенным микроорганизмам в двух группах. В группе женщин с дисплазией шейки матки отмечено снижение антагонистической активности у 15% штаммов лактобактерий. Определение антагонистической активности лактобацилл является хорошим способом оценки их функциональной активности индивидуально у каждой женщины, т.е. реализации колонизационной резистентности на слизистых влагалища в отношении различных патогенов.



РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ НА *S. TRACHOMATIS*

Логинова О.П., Шевченко Н. И.

г. Гомель

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»

Актуальность

Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем. С хламидийной инфекцией ассоциированы такие состояния, как преждевременные роды, конъюнктивит и пневмония новорожденных. У младенцев ежегодно регистрируется 12 000 случаев пневмонии, вызванной *S. trachomatis*. Из инфицированных новорожденных 15-25% имеют клинический конъюнктивит и / или ринофарингит, у 11-20% детей, рожденных от инфицированных матерей, развивается пневмония в возрасте до 8 недель. Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких, как метод ПЦР. Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет.

Цель

Оценить результаты молекулярно-генетического скрининга беременных женщин на *S. trachomatis/N.gonorrhoeae*.

Материалы и методы

В исследование включены беременные женщины, проходившие обследование на хламидиоз по клиническому протоколу МЗ РБ «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» №17 от 19.02.2018г. Материалом для исследования явились 744 образца соскобов из цервикального канала от беременных женщин. Выделение ДНК *S.trachomatis/N.gonorrhoeae* осуществлялось в автоматическом режиме с использованием роботизированной системы пробоподготовки ms2000sp, амплификация и детекция проводилась в режиме реального времени с использованием амплификатора ms2000rt. Производилось определение ДНК *S.trachomatis/N.gonorrhoeae* с использованием мультиплексной тест-системы Abbott RealTime CT/NG, предназначенной для прямого, качественного определения плазмидной ДНК *S.trachomatis* и геномной ДНК *N.gonorrhoeae*. Результаты оценивались как положительные при выявлении ДНК в клиническом образце. Все исследования выполнялись на базе лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».



Результаты

Скрининговое обследование беременных в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» проводится в рамках выполнения централизованных исследований. В исследование включено 744 образца соскобов из цервикального канала от беременных. Образцы забирались в транспортную систему multi-Collect. При невозможности исследования в тот же день образцы замораживались при температуре -10°C . По результатам ПЦР-исследования ДНК *S.trachomatis* обнаружена в 12 клинических образцах, что составило 1,6%. Как известно от 5% до 13% беременных в городах инфицированы хламидиями, у 4–11% генитальный хламидиоз протекает бессимптомно. Полученные результаты обследования (1,6%) беременных женщин указывают на низкий уровень инфицированности *S.trachomatis*. Возможно, это связано с тщательной подготовкой и планированием беременности большинством современных женщин. Прегравидарная подготовка включает в себя и обследование на ИППП, в том числе и на хламидиоз, и предполагает выявление и лечение инфекций до наступления беременности.

Агрессивность хламидий возрастает при смешанной инфекции, прежде всего в сочетании с гонореей. Хламидии нередко передаются вместе с гонококками и, выживая в условиях антимикробной терапии, обеспечивают хронизацию процесса. При проведении исследований случайной находкой явилось обнаружение ДНК *N.gonorrhoeae* в одном клиническом образце (0,13%) в сочетании с *S.trachomatis*. По результатам исследований выданы клинико-лабораторные заключения с индивидуальными рекомендациями.

Заключение

Таким образом, важной задачей является проведение молекулярно-генетического скрининга беременных женщин с целью выявления и элиминации *S.trachomatis/N.gonorrhoeae* для предотвращения развития хронических инфекций урогенитального тракта и инфицирования новорожденных. В популяциях с высокой частотой заболеваемости (>5%) необходимо проводить скрининг беременных женщин на *S. trachomatis* и, в случае положительной реакции, проводить этиотропную терапию.



ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Логинова О.П., Шевченко Н.И.

г. Гомель

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Актуальность

Токсоплазмоз – это заболевание, которое протекает практически бессимптомно у большинства людей, но для беременной женщины и плода представляет серьезную угрозу. Подтверждение факта недавнего инфицирования особенно важно при обследовании беременных женщин, поскольку именно при первичном инфицировании во время беременности высок риск вертикальной передачи инфекции и развития патологии плода. Быстрая диагностика гестационного токсоплазмоза позволяет своевременно начать лечение, снижая риск серьезных неврологических осложнений и риск внутричерепных поражений, если лечение проводится в течение первых четырех недель после инфицирования матери. Использование теста по определению авидности IgG к токсоплазме в качестве индикатора срока первичного инфицирования в настоящее время введено в практику серологических исследований на TORCH-инфекции.

Цель

Провести комплексную серологическую диагностику токсоплазмоза у беременных женщин и новорожденных детей.

Материалы и методы

В исследование включены 3498 пациентов, из них 281 ребенок и 3217 беременных женщин. Проводилось скрининговое обследование беременных по протоколу и обследование новорожденных детей при подозрении на внутриутробное инфицирование. Выполнялось серологическое исследование сыворотки крови на наличие Ig M, IgG T. gondii и определение авидности IgG на иммунологическом анализаторе VIDAS с последующим расчетом индекса авидности в соответствии с инструкцией производителя. Для оценки различных точек отсечения индекс авидности IgG (ИА) был стратифицирован следующим образом: $0,1 \geq \text{ИА} \leq 0,2$ – низкая авидность; $0,2 \geq \text{ИА} \leq 0,3$ – средняя авидность; и $\text{ИА} > 0,3$ – высокая авидность. Кроме того, на основании инструкций производителя, $\text{ИА} \geq 0,3$ исключает инфекцию T. gondii, приобретенную в течение последних четырех месяцев.



Результаты

По результатам исследования общая серопревалентность антител против *T. gondii* (IgG и/или IgM) составила 1,01% для беременных женщин и 3,9% для новорожденных. IgG были положительными у 9 беременных женщин, что составило 0,26%. У 8 из этих пациентов были обнаружены высокоавидные IgG, индекс авидности у них был $0,6 \pm 0,2$. Только у одной женщины были обнаружены IgM к *T. gondii* и низкоавидные IgG, что указывало на острую токсоплазменную инфекцию, которая в дальнейшем была подтверждена методом ПЦР.

В результате обследования новорожденных детей по клиническим показаниям, установлено 11 положительных образцов на IgG к *T. gondii*, IgM у них были отрицательными. В результате определения авидности IgG у этих пациентов, установлено, что у 2 (18,2%) ИА составил $\leq 0,2$ (низкая авидность), а у 9 (81,8%) новорожденных установлен ИА выше 0,7. Т.е. у двух новорожденных с низкоавидными IgG к *T. gondii* можно было заподозрить недавно перенесенную инфекцию или внутриутробное инфицирование. Эти пациентам рекомендовано проведение ПЦР-исследования для подтверждения диагноза токсоплазмоза. Также было показано, что корреляция между индексом авидности IgG и уровнем ТОХО IgM была значительной, отмечено, что чем выше был уровень IgM, тем ниже была авидность IgG. При получении у беременных положительного результата по определению Ig M и низкоавидных Ig G нужно заподозрить острый токсоплазмоз. Этот серологический профиль также может быть использован в качестве показателя для расширенного ультразвукового наблюдения за развитием плода и/или тестирования на *T. gondii* в амниотической жидкости методом ПЦР.

Согласно исследований, проведенных Voquel et al (2019) золотой стандарт диагностики острого или хронического токсоплазмоза у беременных женщин основывается на лабораторных критериях. Так, для подтверждения наличия врожденного токсоплазмоза у новорожденного положительные результаты тестов IgM считаются специфичными для *T. gondii* в сыворотке новорожденного или наличие низкоавидных IgG, связанных со специфическими клиническими проявлениями, указывающими на врожденный токсоплазмоз у новорожденного, в дополнение к сохраняющимся положительным IgG к концу 12 месяцев жизни младенца. Поэтому при детекции положительных IgM и низкоавидных IgG при наличии клинических симптомов у новорожденных можно предположить острую токсоплазменную инфекцию и незамедлительно необходимо начинать этиотропную терапию.

Заключение

Таким образом, нами было показано, что определение в комплексе IgM, IgG и авидности IgG к токсоплазме является хорошим инструментом для диагностики острого токсоплазмоза. Особенно это важно для беременных женщин с подозрением на острый токсоплазмоз. Учитывая важность раннего лечения, наши результаты актуальны для клинической



практики и могут помочь врачам-клиницистам в принятии решения о немедленном начале лечения беременных женщин.

СИМПТОМЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ РОДОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ

Макеев Д.Ю., Глазкова О.Л., Кузнецов Р.Э., Подзолкова Н.М.

г. Москва

Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.Боткина, Москва

Роды являются основной причиной повреждения тазового дна. Цель исследования. Изучить эффективность тренировок тазового дна с применением принципа биологической обратной связи и электростимуляции у женщин с минимальными симптомами несостоятельности тазового дна после родов через естественные родовые пути. Материалы и методы. Через 6-12 мес после родов обследованы 90 пациенток, не предъявлявших активных жалоб. Состояние половых органов описывали с применением системы POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). При выявлении минимальных форм пролапса или дисфункции в первой группе проводили тренировки с применением биологической обратной связи (34 женщины), во второй группе (30 женщин) – курс электростимуляции. До начала лечения и через 3 мес выполняли осмотр, трансперинеальную эхографию. Результаты. При углубленном опросе у 85,3% «бессимптомных пациенток» были выявлены жалобы (нетяжелые запоры или эпизоды недержания газов, впервые появившиеся после родов, легкая постоянная или возникающая эпизодически мочевая инконтиненция, упорные бели при отсутствии кольпита или вагиноза, дискомфорт в области наружных половых органов при половом акте, жалобы мужа на недостаточное смыкание стенок влагалища при половом акте, недостаточную удовлетворенность половой жизнью, попадание воздуха во влагалище при движениях). Роды протекали без особенностей у 23,5%. У прочих имело место что-либо из перечисленного: дискоординация родовой деятельности, стремительные роды, роды крупным плодом, дистоция плечиков, эпизиотомия и травма промежности. При объективном осмотре отмечено что-либо из перечисленного: зияние половой щели при натуживании или в покое, минимальное утероцеле, минимальное ректоцеле, минимальный передний пролапс, гипермобильность уретры, слабо положительная кашлевая проба, диастаз леваторов. Симптоматика на фоне лечения подверглась существенному регрессу в обеих группах. Жалобы на инконтиненцию перестали беспокоить пациентку в 100%. Также регрессировали симптомы, связанные с половой жизнью. Перестали беспокоить эпизоды недержания кишечных газов. Частота такого симптома как бели также уменьшилась. По данным эхографии в обеих группах существенная динамика отмечалась в величине отклонения уретры от вертикальной оси в пробе Вальсальвы и изменении заднего уретро-везикального угла в про-



бе Вальсальвы. Ширина мышечных пучков m. Bulbocavernosus и площадь сечения m. bulbocavernosus увеличивались в обеих группах, значительно в группе электростимуляции. Заключение. Как тренировки, так и электростимуляция оказали положительное сравнимое по эффективности действие на состояние половых органов, наилучшая динамика имела место в отношении опущения стенок влагалища, несколько хуже поддавалось коррекции утероцеле. Позитивные изменения зарегистрированы и при эхографии – корректировался диастаз мышц, уменьшалась гипермобильность уретры, мышцы становились более массивными.

ПОКАЗАТЕЛИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МАТКИ В III ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Малышкина А.И., Безирова Л.Х., Логинова В.С., Назаров С.Б., Назарова А.О.

г. Иваново

ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России

Актуальность

Электрогистерография (ЭГГ), как метод оценки сократительной активности матки (САМ) в настоящее время является актуальным и находит все большее применение в клинической практике. Метод ЭГГ применяется для объективной диагностики угрожающих преждевременных родов, оценки эффективности токолитической терапии, прогнозирования преждевременных родов, а также в научных исследованиях, позволяющих изучать регуляцию сократительной деятельности матки. Но при этом, метод ЭГГ до сих пор является недостаточно изученным, не разработаны нормы показателей ЭГГ, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель

Разработка норм амплитудных и спектральных показателей ЭГГ в III триместре беременности.

Материалы и методы

Проведена регистрация показателей биоэлектрической активности матки у 133 женщин при сроках гестации с 24 до 40 недель с неосложненным течением беременности, находившихся на стационарном лечении в ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России. В исследовании использован опытный образец портативного электрогистерографа, разработанного совместно с ООО «Нейрософт» (Иваново) в рамках государственного задания Министерства здравоохранения Российской Федерации, по двухканальной методике с последующим



компьютерным анализом сигнала. Исходя из полученных результатов анализа показателей амплитудных и спектральных характеристик электрогистерографии (ЭГГ), впервые были определены границы нормативных значений показателей ЭГГ.

Результаты

Проведена регистрация показателей БАМ у 133 женщин в возрасте от 18 до 35 лет с одноплодной физиологически протекающей беременностью в сроках гестации с 24 до 40 недель с использованием портативного электрогистерографа по двухканальной методике с последующим компьютерным анализом сигнала. В исследовании использован компьютерный многофункциональный комплекс: прототип наружного двухканального электрогистерографа «Нейрон-ЭМГ-МС» ООО «НейроСофт» (г. Иваново). Регистрация проводилась в состоянии покоя. Запись проводилась однократно, в течении 10 минут и оценивалась после компьютерной математической обработки данных, включающей амплитудный и спектральный анализ.

Статическая обработка данных выполнялась при помощи программного пакета «StatisticaStatSoft, ver. 13». Сравнение групп осуществлялось при помощи критерия Манна-Уитни. Корреляционные связи между показателями оценивали с помощью коэффициента Спирмена (r). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Для определения границ нормы показателей ЭГГ рассчитывались значения 5 и 95 перцентиля.

При оценке показателей амплитудного анализа ЭГГ не было выявлено статически значимых различий между отведениями (максимальная амплитуда в правом отведении 388,91 (94,50;337,50) мкВ, в левом отведении 400,40 (104,30;352,40) мкВ; средняя амплитуда справа 86,41(34,80;93,20) мкВ, слева 84,25 (32,60;80,0) мкВ) ($p > 0,05$ в обоих случаях).

При анализе спектральных характеристик ЭГГ так же не было выявлено статически значимых различий между отведениями (макс. амплитуда справа 4703,96 (274,70;1556,47) мкВ², слева 4812,26 (202,33;1781,95) мкВ²; средняя амплитуда справа 116,02 (4,52; 44,53) мкВ², слева 129,90 (4,29; 33,35) мкВ²; полная амплитуда справа 3368,53 (117,81; 1173,96) мкВ², слева 3799,85 (127,08; 880,95) мкВ²; амплитуда доминирующей частоты справа 0,82 (0,5; 0,99) мкВ², слева 0,72 (0,5; 0,99) мкВ²; амплитуда средней частоты справа 0,77 (0,5; 0,99) мкВ², слева 0,75 (0,5; 0,74) мкВ²) ($p > 0,05$ во всех случаях).

По результатам корреляционного анализа установлено отсутствие взаимосвязи между всеми показателями амплитудного и спектрального анализа.

Исходя из полученных результатов анализа показателей амплитудных и спектральных характеристик ЭГГ, впервые были определены границы нормативных значений показателей ЭГГ. Нормативные значения показателей амплитудного анализа: макс. амплитуда справа 47,2 – 1532,1 мкВ, слева 52,7 – 1482,7 мкВ; средняя амплитуда справа 21,2 – 298,5 мкВ, слева 20,9 – 291,2 мкВ. Нормативные значения показателей спектрального анализа: макс. амплитуда справа 79,9 – 26180,7 мкВ², слева 66,6 – 21893,3 мкВ²; средняя амплиту-



да справа 1,2 – 383,4 мкВ2, слева 1,3 – 485,2 мкВ2; полная амплитуда справа 37,9 – 12105,4 мкВ2, слева 38,9 – 14281,3 мкВ2; амплитуда доминирующей частоты справа 0,5 – 1,7 мкВ2, слева 0,5-1,5 мкВ2; амплитуда средней частоты справа 0,5-1,5 мкВ2, слева 0,5-1,2 мкВ2.

Заключение

Таким образом, установленные границы нормативных значений показателей ЭГГ являются основой для дальнейшей разработки способов диагностики и прогнозирования на основе использования ЭГГ.

РОЛЬ ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Назарова Н.М., Кепша М.А., Мгерян А.Н.

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Кандидозный вульвовагинит (КВВ) представляет собой грибковое поражение вульвы и слизистой влагалища и возникает, по меньшей мере, 1 раз в жизни у 70% женщин репродуктивного возраста. При этом у 5-10% женщин заболевание приобретает рецидивирующий характер, что снижает качество жизни женщин. Рецидивирующее течение КВВ наблюдается при наличии факторов риска его развития, тем не менее, зачастую женщины с рецидивирующим КВВ (РКВВ) не имеют очевидных факторов риска и причины рецидивирования процесса не ясны. Данные литературы показывают, что развитие рецидивирующей грибковой инфекции зачастую обусловлено нарушением локального иммунного ответа, которое ассоциировано с полиморфизмом генов иммунной системы.

Цель

Выявить молекулярно-генетические предикторы рецидивирования КВВ (полиморфизм генов IL-4, IL4R, TLR9, CCL2, IL-1 α , IL-1 β , IL1R1, TGF β 1, IL-10, TLR4, TLR2).

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 145 женщин, которые были разделены на три группы на основании данных количественной оценки состава вагинальной микрофлоры («Фемофлор 16», микробиологическое исследование), клинической картины и данных



анамнеза. В первую группу вошли женщины с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом (n=59), во вторую – с острым кандидозным вульвовагинитом (n=35), а третью группу (группа сравнения) составили женщины без признаков вульвовагинита и с вагинальным нормоценозом/относительным нормоценозом (n=51). Специальным методом обследования было определение полиморфизма генов иммунного ответа (IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-18, TNF, TGF β , CD45, CD68, CD69, TLR4, GATA3).

Результаты

По результатам нашего исследования было установлено, что лидирующим видом грибов, выделенных при остром и рецидивирующем КВВ, по-прежнему остается *S.albicans*, однако у женщин с рецидивирующим течением КВВ встречаемость грибов non-*S.albicans* достоверно выше по сравнению с пациентками с острым КВВ (p=0,037). Также в полученных данных определения чувствительности показано, что большинство исследуемых штаммов дрожжевых грибов (97,5%) чувствительно к флуконазолу. При этом резистентность была выявлена только у 10,5% штаммов non-*S.albicans*. Определение генетической предрасположенности к развитию рецидивирующего течения КВВ при помощи модели предикции, полученной в результате нашего исследования, показало, что у 77,8% женщин с генетической предрасположенностью развиваются рецидивы КВВ.

Заключение

Учитывая эти результаты и основываясь на международных рекомендациях о том, что при РКВВ целесообразно назначение противорецидивной противогрибковой терапии, можно сделать вывод, что пациенткам с наличием генетической предрасположенности к развитию рецидивов КВВ целесообразно назначение противорецидивной противогрибковой терапии уже при возникновении первичного эпизода.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНИТА, ВЫЗВАННОГО УСЛОВНО- ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ. РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Кепша М.А., Мгерян А.Н.

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Самыми распространенными, изучаемыми и все равно вызывающими много вопросов заболеваниями являются вульвовагинальные инфекции.

Установлено, что наличие нарушения соотношения представителей микробиоты влагалища не всегда ведет к развитию патологии, поскольку развитие и исход заболевания во многом зависят от состояния макроорганизма, включая состояние иммунной системы. На сегодняшний день единственным методом оценки состояния локального иммунитета остается микроскопия мазка с подсчетом числа лейкоцитов. Альтернативой подсчету числа лейкоцитов может служить оценка иммунологических показателей (например, транскрипционный профиль генов цитокинов). Комплексный подход к оценке состояния микробиоценоза (соотношение лактобактерий и условно-патогенных микроорганизмов), локального мукозального иммунитета с учетом индивидуальных генетических особенностей пациенток и микроорганизмов позволяет оптимизировать методы лечения вагинитов. Одним из способов повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов инфекционно-воспалительных заболеваний в гинекологии является метод системной энзимотерапии, основанный на комплексном воздействии специально подобранной комбинации энзимов растительного и животного происхождения на ключевые физиологические и патофизиологические процессы в организме.

Цель

Изучить клинический эффект и влияние комбинированной терапии антибиотиком и лекарственным препаратом, включающим комплекс ферментов растительного и животного происхождения (Вобэнзим.), на состояние микробиоты влагалища, экспрессию генов цитокинов и частоту рецидивов у пациенток с вульвовагинитом бактериальной этиологии.



Материалы и методы

В открытое одноцентровое проспективное сравнительное рандомизированное исследование включены 88 пациенток в соответствии с критериями включения. После рандомизации пациенток на 2 группы основная группа получала комбинированную терапию (клиндамицин крем 2% вагинальный и лекарственный препарат Вобэнзим.), пациентки группы сравнения – только стандартную терапию (клиндамицин крем 2% вагинальный). Определены краткосрочные и долгосрочные конечные точки. Первичные конечные точки включали оценку жалоб и динамику количества лейкоцитов в мазках, окрашенных по Граму, и частоту рецидивов; вторичные конечные точки заключались в изучении динамики индекса воспаления, результатов оценки состояния микробиоты влагалища методом количественной полимеразной цепной реакции в реальном времени с использованием набора реагентов Фемофлор 16. и микробиологического исследования.

Результаты

При сочетанном применении препарат Вобэнзим. потенцирует антибактериальные свойства клиндамицина, снижает индекс воспаления, способствует росту представителей нормальной микробиоты влагалища *Lactobacillus spp.*, препятствует активации роста условно-патогенных микроорганизмов и, как результат, предотвращает рецидивы вульвовагинита.

Заключение

Полученные результаты подтверждают обоснованность использования комбинированной терапии (антибиотик + препарат Вобэнзим.) для повышения эффективности терапии и поддержания нормоценоза.

СРАВНЕНИЕ ПРОФИЛЯ АУТОАНТИТЕЛ К ГОРМОНАМ И СТЕРОИДОГЕННЫМ ФЕРМЕНТАМ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ И БЕЗ ЭНДОМЕТРИОЗА

Менжинская И.В., Ермакова Д.М., Павлович С.В., Долгушина Н.В.

г. Москва

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

На фоне мирового демографического спада наблюдается ежегодный прирост числа женщин с установленным диагнозом бесплодия. Так, на 2023 год в Российской Федерации



число женщин с бесплодием составило практически 255000, при этом у 67000 из них данный диагноз был установлен впервые. Для достижения беременности у этих пациенток широко применяются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Суммарное число циклов ВРТ, проведенных в 2022 году, превысило 170000, что составило приблизительно 1200 циклов на 1 млн населения. Прослеживается клиническая связь бесплодия с эндометриозом. Установлено, что риск возникновения бесплодия у пациенток с эндометриозом в два-четыре раза выше такового в общей популяции. Несмотря на активно проводимые исследования, точные механизмы развития бесплодия при эндометриозе до конца не установлены. Показано, что эндометриоз ассоциируется с комплексными нарушениями иммунной системы и продукцией аутоантител, в частности, к гормонам. При этом аутоиммунный фактор рассматривается как возможная причина бесплодия.

Цель

Изучить профиль аутоантител к гормонам репродуктивной системы и стероидогенным ферментам у пациенток с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, и без эндометриоза.

Материалы и методы

Методы исследования включали новые модификации иммуноферментного анализа для определения сывороточных антител к стероидным и гонадотропным гормонам, антимюллерову гормону (АМГ) и стероидогенным ферментам (21-гидроксилазе, ароматазе) у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием (группа 1, n=44) и в группе сравнения без эндометриоза (группа 2, n=44), которые определяли на 2-5 день цикла перед программой ВРТ. Эндометриоз был диагностирован на основе данных ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии и у 61,4% пациенток подтвержден лапароскопической визуализацией и гистологическим исследованием. Из исследования исключались пациентки с тяжёлыми соматическими, аутоиммунными и онкологическими заболеваниями.

Результаты

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту женщин, индексу массы тела, возрасту менархе, продолжительности менструального цикла и не различались по акушерскому анамнезу и гинекологической заболеваемости. В обеих группах наблюдалась высокая частота (>20%) миомы матки, полипов эндометрия и заболеваний щитовидной железы, а также программ ЭКО в прошлом (38,6%). При этом в группе 1 чаще отмечались аденомиоз (у 29,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта (у 15,9%) и случаи резекции яичников (у 52,3%), тогда как в группе 2 – случаи внематочной беременности (у 22,7%) и тубэктомии (у 34,1%).

Большинство пациенток обеих групп имели нормальный уровень АМГ, при этом снижение уровня АМГ (<1,2 нг/мл) наблюдалось чаще в группе 1 (у 18,2%), чем в группе 2



(у 4,5%) ($p=0,04$). Уровень ФСГ соответствовал нормальному диапазону у всех пациенток. При бесплодии найдены аутоантитела к стероидным гормонам, стероидогенным ферментам, ФСГ и АМГ, при этом частота выявления суммарных антител М и G в группе 1 (29,5%-34,1%) и в группе 2 (18,2%-47,7%) не различалась. При сравнении отдельных классов антител в группе 1 с высокой частотой выявлялись IgG-антитела к эстрадиолу и прогестерону (у 29,5%), ферменту ароматазе (у 27,3%) и ФСГ (у 20,5%), тогда как в группе 2 наиболее часто обнаруживались IgG-антитела к ФСГ и АМГ (у 34,1%). При этом IgG-антитела к эстрадиолу выявлялись чаще в группе 1, а IgG-антитела к АМГ – в группе 2. У 9 из 10 женщин со сниженным овариальным резервом найдены IgG-антитела к гормонам и стероидогенным ферментам.

Заключение

Таким образом, при бесплодии выявляется широкий спектр аутоантител к гормонам и стероидогенным ферментам, при эндометриоз-ассоциированной форме преобладают IgG-антитела к эстрадиолу, прогестерону и ферменту ароматазе, тогда как у пациенток без эндометриоза – IgG-антитела к ФСГ и АМГ. Сниженный овариальный резерв ассоциируется с антителами к гормонам и стероидогенным ферментам, которые также являются фактором риска преждевременной недостаточности яичников.

СВЯЗЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ОПЕРАТИВНОЙ МЕНОПАУЗЕ, ВОЗМОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ

Милош Т. С.

г. Гродно

- 1 Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
- 2 УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,
- 3 ГУЗ «Городская поликлиника №7 г. Гродно»

Актуальность

Женщины при естественной менопаузе (ЕМП) имеют значимые коморбидные заболевания, особенно выраженные при хирургической менопаузе (ХМП).

Цель

изучить связь климактерических расстройств и мультиморбидности при естественной и оперативной менопаузе, возможность диагностики



Материалы и методы

Обследовано 233 женщины, разделенные на три группы: 79 пациентов с ЕМП в разгар клинических симптомов – I-я основная группа, 98 женщин с ХМП – II-я основная группа с сохраненным менструальным циклом до операции, перенесших тотальную овариоэктомию (ТО) изолированно либо в сочетании с гистерэктомией и 56 здоровых женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов.

Критерии включения пациенток в I-ю группу обследования: возраст 45-57 лет, длительность менопаузы (МП) – от 1 года до 5 лет, наличие климактерических симптомов и лабораторных.

Критериями включения во II-ю группу были: возраст 44-57 лет, в анамнезе ТО, длительность МП – давность операции от 6 месяцев до 5 лет; наличие климактерических симптомов.

Критерии исключения из исследования: артериальная гипертензия 3-й степени по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 (уровень систолического артериального давления ≥ 180 мм рт.ст. и/или диастолического ≥ 110 мм рт.ст.), сердечная недостаточность; бронхиальная астма и другие тяжелые заболевания.

В контрольную группу вошли 56 неоперированных женщин: 43-50 лет, с наличием менструаций.

Изучены соматический статус, степень тяжести климактерия по шкале Грина (ШГ). Рассчитаны индекс массы тела, индекс коморбидности (ИК) по шкале Чарлсон по системе CIRS.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6.0». Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

При анализе данных медианное значение по ШГ у участниц с ХМП равнялось 26,76 (12;38) баллов и соответствовали КС тяжелой степени тяжести, что значимо было выше на 96,3% ($p < 0,001$), чем у контрольных респонденток и выше на 32,5% ($p < 0,05$) в сравнении с женщинами при ЕМП.

У женщин с ТО в большей степени регистрировались критерии вазомоторного статуса и были выше на 97,1% в сравнении с контрольными участницами, не отличаясь от неоперированных. Симптомы эмоционально-психического состояния были на 96,9% выше ($p < 0,001$) в сравнении с интактными женщинами, выше в 1,5 раза ($p < 0,05$) в сравнении с ЕМП.

У женщин с ТО показатели соматического статуса были выше на 95,9% ($p < 0,001$), в сравнении с контрольными участницами и стремились к возрастанию в отличие от пациен-



ток с ЕМП, сексуального статуса были выше на 83,3% ($p < 0,001$) по сравнению с интактными пациентками и выше в 2,1 раза ($p < 0,05$) в отличие женщин с ЕМП.

У женщин с ЕМП суммарный уровень симптомов ровнялся 18,06 (8;29) и соответствовал КС средней степени тяжести. Среди критериев были выше симптомы вазомоторного статуса на 95,6% ($p < 0,001$), эмоционально-психического состояния на 95,3% ($p < 0,001$), соматического статуса на 94,3% ($p < 0,001$), сексуального статуса на 65,6% ($p < 0,001$) соответственно в сравнении с интактными женщинами.

У пациенток с ХМП наиболее часто встречались заболевания: сердечно-сосудистой системы в 36,7%, варикоз нижних конечностей в 30,6%, анемия в 29,6%, патология почек 13,3% наблюдений. Причем наличие 3-х и более патологий составило 35,7%, что отмечено у каждой 3-й пациентки. Среднее значение ИК Чарлсон – 2,4 (2,0;3,1) балла.

Среди женщин с ЕМП экстрагенитальная патология отмечена: сердечно-сосудистой системы в 35,4% желудочно-кишечного комплекса – 24,1%, эндокринной системы 16,5%, дыхания и анемия по-ровну, составив 12,7% случаев. Число 3-х и более патологий определено в 11,4%, что выявлено у каждой 9-й пациентки, ИК составил 1,3 (0,6;2,1) балла.

У большинства пациенток основной группы индекс массы тела составил 28,3 Ме (25,3; 31,98) кг/м², указывая на нарушение жирового обмена в сравнении с группой контроля 24,0 Ме(18,6; 27,28).

Заключение

Мультиморбидность и обращаемость к узким специалистам у прооперированных женщин чаще, чем с ЕМП и здоровых. Индекс коморбидности ровнялся у женщин с ХМП – 2,4 (2,0;3,1) балла, что в 1,8 раза чаще, чем среди женщин с ЕМП, с преобладанием артериальной гипертензии. По шкале Грина КС тяжелой степени тяжести у пациенток с овариэктомией и средней – с ЕМП, лидируют симптомы вазомоторного и эмоционально-психического статуса.

Климактерические расстройства увеличивают частоту обращений к узким специалистам, коморбидность и тяжесть проявлений КС в период МП, лидируя у прооперированных пациенток, требуя привлечения профильных врачей, разработки профилактических мероприятий для улучшения качества и продолжительности жизни в период эстрогенодефицита.



ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Милош Т.С.¹, Семенцова С.В.¹, Мещанова Ю.С.², Карась Т.С.³, Лепеева О.В.³

г. Гродно

1 Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,

2 УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,

3 ГУЗ «Городская поликлиника №7 г. Гродно»

Актуальность

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) – наиболее распространенная патология периферических сосудов. Этим заболеванием страдает в мире 25-40% женщин, что в 2-4 раза чаще, чем у мужчин трудоспособного возраста.

Цель

исследовать течение беременности женщин с варикозной болезнью вен нижних конечностей и разработать оптимальную тактику ведения беременности и родов.

Материалы и методы

За 2024 г обследовано 50 беременных женщин с ВБВНК, находившихся в УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Гродно» и ГУЗ «Городская поликлиника №7 г. Гродно» в возрасте от 23 до 46 лет. Контрольная группа состояла из 41 беременной женщины. Изучен анамнез, данные лабораторных исследований, течение гестации, родов и состояние новорожденных, проводилась фето- и плацентометрия, доплерометрия, ультразвуковое обследование вен нижних конечностей на аппарате Voluson 730 Expert.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 10» и RStudio.

Результаты

Проведенный анализ показал, что средний возраст в основной группе составил $32,2 \pm 5,8$ лет, в контрольной – $24,7 \pm 1,4$ лет ($p > 0,05$). В ходе исследования первобеременные составили 20,0% (95% ДИ 10,03- 33,7) и 33,4% (95% ДИ 20,1-50,6) ($p < 0,05$), повторно-беременные – 80% (95% ДИ 66,3-90,0) и 66,6% (95% ДИ 49,4-79,9) соответственно ($p > 0,05$). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у большей половины 68% (95% ДИ 53,3-80,5) обследованных пациенток с ВБВНК, среди которых сомопроизвольное прерывание беременности наблюдалось у 23,5% (95% ДИ 10,8-41,2) и не отмечено у контрольных женщин. Среди экстрагенитальной патологии нарушение жирового обмена: избыток мас-



сы тела, ожирение I-й степени у участниц основной группы выявлено в 36% (95% ДИ 22,9-50,8) и у 12,2% (95% ДИ 4,1-26,2) случаях женщин в контрольной группе. Течение настоящей беременности осложнилось у 54% (95% ДИ 39,3-68,2) среди пациенток с ВБВНК, и не выявлено у контрольных. Так в 26% (95% ДИ 11,1-46,3) случаях наряду с лечением основного заболевания отмечалась угроза прерывания беременности, в 7,4% (95% ДИ 0,91-24,3) случаях – преэклампсия, в 11,1% (95% ДИ 2,4-29,2) случаях – внутриутробная задержка развития плода, в 22% (95% ДИ 8,6-42,3) выявлена патология плаценты и в 44,4%(95% ДИ 25,5-64,7) отмечена патологическая прибавка веса тела.

Родоразрешены путем операции кесарево сечение 17 – 34% (95% ДИ 21,2-48,8) женщин с ВБВНК, основными показаниями явились: нарастающие признаки фетоплацентарной недостаточности, клинически узкий таз, слабость родовых сил.

Данные УЗИ вен нижних конечностей у женщин основной группы показали, что у 12% (95% ДИ 4,5-24,3) участниц отмечена несостоятельность глубоких вен.

У пациенток с ВБВНК здоровые дети родились в 56% (95% ДИ 41,32-70,0), однако, маловесными к сроку гестации были 24% (95% ДИ 13,1-38,2) детей, с наличием внутриутробной гипоксии – 16% (95% ДИ 7,2-29,1) новорожденных.

При гистологическом исследовании плаценты среди основной группы у 35 женщин 70% (95% ДИ 55,4-82,1) выявлены изменения, характерные для хронической плацентарной недостаточности, в 10% (95% ДИ 3,3-21,8) – воспалительные изменения в виде базального и париетального децидуита. Гистологических изменений последа женщин контрольной группы установлено не было.

Заключение

Таким образом, ВБВНК наблюдается у женщин позднего репродуктивного периода, при повторной гестации, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали избыток массы тела и ожирение I-й степени, при обследовании отмечена несостоятельность глубоких вен.

Течение гестации у них было осложнено грозой прерывания, преэклампсией, задержкой внутриутробного развития, сопряжено с патологической прибавкой веса тела и патологией последа. Наблюдался высокий процент оперативного родоразрешения, первопричиной которого явились нарастающие признаки гипоксии, у новорожденных имелись малый вес к сроку гестации и внутриутробная гипоксия.

Наличие ВБВНК у матери сопряжено с сосудистыми изменениями в системе мать-плацента-плод, отражаясь в дальнейшем на здоровье новорожденных. Поэтому ранняя и своевременная клиничко-лабораторная, ультразвуковая диагностика данной патологии, профилактический прием препаратов и ношение компрессионного белья позволяют в дальнейшем определить оптимальную тактику ведения беременности и родов, минимизировать осложнения.



ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВА ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М.

г. Казань

ГАУЗ ГKB №7 им. М.Н. Садыкова г. Казань

Актуальность

Рецидивирующий пролапс тазовых органов (ПТО) представляет собой серьёзную проблему в гинекологии и урогинекологии, так как он значительно ухудшает качество жизни женщин и требует повторного лечения. ПТО характеризуется выпадением одного или нескольких органов малого таза, таких как матка, влагалище, мочевого пузыря или прямая кишка, через тазовое дно. Выявлено, что в значительной степени на возникновение повторных клинических проявлений опущения органов малого таза после проведенного адекватного объема хирургического вмешательства влияет наличие метаболических нарушений. В последние годы наблюдается омоложение пролапса тазовых органов, с увеличением частоты ПТО среди женщин репродуктивного возраста. Это в свою очередь вызывает увеличение и рисков возникновения рецидивов ПТО. ПТО значительно влияет на качество жизни женщин, вызывая физические и психологические нарушения. Недостаточность тазового дна требует не только медицинской коррекции, но и значительных экономических затрат на лечение и реабилитацию. В связи с ростом числа случаев ПТО среди молодых женщин, существует потребность в разработке современных методов хирургического лечения с использованием инновационных технологий, которые бы обеспечивали малую инвазивность и сохранение репродуктивной функции, а также необходима коррекция факторов риска, которые могут привести к рецидивирующему опущению гениталий.

Цель

проанализировать современную литературу о влиянии метаболического синдрома на возникновение рецидивов пролапсов тазовых органов.

Материалы и методы

Анализ опубликованных за последние 5 лет научных статей с PubMed о рецидиве ПТО, механизмах влияния метаболического синдрома на его возникновение.

Результаты

Ожирение является доказанным фактором риска при возникновении первичного пролапса гениталий, однако относительно возникновении повторного ПТО после хирургиче-



ского лечения вопрос является довольно спорным. Некоторые источники указывают, что при наличии ожирения риски рецидива ПТО возрастают, в то время как другие не выявляют значимого влияния избыточного веса на рецидивирование ПТО. Анализ последних исследований показал, что в случае рецидивов ПТО большое значение играет повышенный уровень триглицеридов и наличие нарушений углеводного обмена. Избыточная масса тела и ожирение оказывают более неблагоприятное воздействие на развитие и рецидивирование стрессового недержания мочи, чем на рецидив пролапса гениталий. Метаболические нарушения приводят к развитию эндотелиальной дисфункции, что в свою очередь будет оказывать негативное влияние на метаболический профиль. Соответственно для разрыва замкнутого круга, для улучшения долгосрочных результатов после хирургической коррекции пролапса тазовых органов у пациенток с метаболическим синдромом, требуется комплексное ведение, в том числе лечение нарушений углеводного обмена и метаболического профиля.

Заключение

Рецидив пролапса органов малого таза является значимой медицинской проблемой, требующей комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике. Понимание факторов риска и использование современных методов лечения могут существенно улучшить результаты и качество жизни пациенток.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Мирзоянц С.Л., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Арабаджан С.М.

г. Ростов-на-Дону

Областной перинатальный центр

Актуальность

Необходимость контроля гемостаза в акушерстве обусловлена тем, что к моменту родов система гемостаза беременных претерпевает значительные изменения как физиологического (повышение активности факторов свертывания, снижением активности физиологических антикоагулянтов, снижением активности системы фибринолиза) так и патологического характера (гестационная тромбоцитопения, коагулопатия, обусловленная преэклампсией). Быстрая и адекватная оценка состояния гемостаза во время послеродового кровотечения чрезвычайно важна для определения характеристики коагулопатии, оценки коагуляции и адекватной коррекции нарушенных параметров гемостаза. Использование стандартных тестов на свертываемость крови не всегда дают нам четкую



оценку динамически изменяющихся условий свертывания крови при различных кровотечениях. Заслуживает внимания метод исследования системы гемостаза с использованием тромбоэластографии (ТЭГ), который позволяет в течение одного теста оценить все звенья свертывающей системы крови.

Цель

Оценить эффективность диагностики нарушений гемостаза использованием метода тромбоэластографии при послеродовых кровотечениях

Материалы и методы

Нами проведен анализ истории родов 98 родильниц, перенесших послеродовые кровотечения в объеме более 1,5 л. У всех пациенток лечебная тактика коррекции нарушений гемостаза определялась результатами исследования методом ТЭГ. Возраст обследуемых 22-35 лет, без сопутствующей патологии.

Результаты

На основании результатов исследования нами отмечено, что наиболее частыми причинами послеродовых кровотечений являются: гипотоническое кровотечение (62,5%), отслойка плаценты (24,2%) и предлежание плаценты (12,4%).

У всех пациенток с послеродовыми кровотечениями проводилась инфузионная терапия с использованием сбалансированных кристаллоидов и коллоидных препаратов.

Необходимо отметить, что наиболее частыми причинами нарушения свертывания крови по данным ТЭГ наблюдалась гипофибриногенемия у 62 пациенток, в связи с чем мы использовали СЗП и криопреципитат, и гиперфибринолиз у 77% женщин, в связи с чем назначается более раннее введение транексамовой кислоты. При наличии коагулопатии мы использовали гемостатические препараты (трансфузия плазмы, концентратов тромбоцитов, введение факторов свертывания).

Уменьшение генерации тромбина редко является причиной послеродовых кровотечений, но может возникать из-за продолжающегося кровотечения и гемодилуции, в связи с чем целесообразно введение протромбинового комплекса и трансфузии плазмы.

Таким образом, экспресс-оценка состояния свертывающей системы крови, осуществляемая с помощью ТЭГ, позволяет обеспечить быстрое и графическое представление различных нарушений гемостаза (гипофибриногенемия, тромбоцитопения, гиперфибринолиз, коагулопатия), которое помогает выбрать правильную тактику коррекции гемостаза, адекватную сбалансированную инфузионно-трансфузионную терапию, профилактировать развитие критических нарушений свертывания крови и реализовать органосохраняющую тактику.



Заключение

Использование ТЭГ в акушерстве позволяет качественно изменить подход в коррекции свертывающей системы так как помогает определить все звенья нарушений гемостаза и позволяет проводить целенаправленную гемостатическую терапию.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖФАСЦИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПОПЕРЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Москаленко Р.В., Кузнецов Р.Э, Глазкова О.Л.

г. Москва

Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.Боткина, г. Москва

В последние годы интенсивно развиваются технологии ускоренной реабилитации в различных областях хирургии, в которых одно из ведущих мест принадлежит рациональному обезболиванию. Одним из аспектов обезболивания является купирование в послеоперационном периоде так называемой динамической боли, то есть соматической боли, возникающей при движениях, дыхании, кашле и пр. Одним из эффективных методов контроля такой боли является выполнение межфасциальных блокад поперечного пространства живота. Пациентки пожилого и старческого возраста требуют особого внимания, адекватное обезболивание в данной возрастной группе особенно важно. Цель исследования: изучить эффективность применения межфасциальной блокады поперечного пространства живота у пациенток пожилого и старческого возраста как элемента комплексного периоперационного обезболивания в гинекологической клинике. Материалы и методы. В исследование были включены 72 пациентки в возрасте 61-78 лет с доброкачественными новообразованиями яичников. У 70,83 % также имела место миома матки в состоянии глубокого регресса. Все пациентки относились ко 2 и 3 группам анестезиологического риска по ASA 1991 и имели ИМТ не выше 35, и тяжелых соматических заболеваний. Всем пациенткам была выполнена лапароскопия, пангистерэктомия. В основной группе (35 женщин) комбинированная анестезия с эндотрахеальным наркозом была дополнена после индукции в анестезию введением под контролем УЗ в межфасциальное пространство 2% раствора ропивакаина во влагалища прямых мышц живота. В контрольную группу вошли – 37 пациенток, которым в межфасциальное пространство вводили изотонический раствор. Интенсивность болей оценивали через 2,6 и 24 часа после окончания операции по визуально-аналоговым шкалам. Результаты исследования. В день операции 10 (28,57%) пациенток основной группы встали и ходили в пределах палаты. Пациентки контрольной группы предпочитали соблюдать постельный ре-



жим. Через 2 часа после операции в основной группе интенсивность боли составила 1,9 (0,2; 2,7). В контрольной группе этот показатель был статистически значимо хуже (4,9 (3,3; 5,7)). Далее картина была аналогичной: через 6 часов – в основной группе 2,4 (0,5; 3,7) и 4,7 (3,3; 5,9) в контрольной, через сутки 1,8 (0,5; 2,7) в основной и 3,1 (0,9; 3,9) в контрольной. В основной группе ни в одном наблюдении не было показаний для введения опиатов с целью обезболивания. В контрольной группе вводить опиаты потребовалось одно или двухкратно четырнадцать пациенткам в течение первых суток. В основной группе внутривенное введение раствора парацетамола 1 г потребовалось однократно перед сном 31 больной (88,57%), причем это введение носило скорее профилактический характер. На следующий после операции день инфузии раствора парацетамола потребовались 19 (51,35%) пациенткам в контрольной группе, тогда как в основной – 5 (14,28%). Заключение. Применение межфасциального блока может рассматриваться как перспективный в гинекологической клинике упреждающий компонент мультимодального периоперационного обезболивания в старшей возрастной группе. Внедрение данного метода обезболивания оправдано в условиях стационаров кратковременного пребывания.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Авторы тезиса: Мустафаева И.Р.¹, Алиева Э.М.¹, Аббасова Ф.Е.¹, Султанова И.А.¹, Алиева Ф.Т.², Байрамова Э.В.¹

г. Баку

1 Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии I, Баку, Азербайджан.

2 Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии II, Баку, Азербайджан

Актуальность

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является одним из распространённых метаболических расстройств. Согласно современным исследованиям, частота ГСД варьирует от 1,5% до 13% (Беттихер О.А. и соавт., 2016).

По данным научной литературы, отмечается тенденция к ускоренному росту данной патологии, при этом через 16-20 лет после родов наблюдается развитие манифестного сахарного диабета (Kong İ.M., 2025).



Современные исследования показывают, что ГСД влияет на внутриутробное состояние плода, вызывая развитие комплекса клинико-диагностических проявлений, объединяемых термином «диабетическая фетопатия». Установлено, что крупный размер плода (> 4000 г), увеличение подкожно-жировой клетчатки, кардиомегалия, кардиопатия, повышение кардиоторакального индекса ($> 25\%$), утолщение межжелудочковой перегородки, гепатоспленомегалия, гиперплазия коры надпочечников, увеличение надпочечникового коэффициента в 1,2 раза и гиперплазия поджелудочной железы являются эхографическими признаками диабетической фетопатии (Sela H.Y., et al., 2014; Бенсон К.Б., 2014).

Следует отметить, что практически отсутствуют сведения об особенностях течения периода полового созревания у девочек, родившихся от матерей с ГСД.

Исходя из актуальности настоящей проблемы определена цель.

Цель

Изучение эхографических показателей органов репродуктивной системы у девочек, родившихся от матерей с ГСД.

Материалы и методы

Обследовано 25 девочек-подростков, родившихся от матерей с ГСД. Средний возраст составил $15,29 \pm 0,27$ (14–16) лет (основная группа).

В сравнительную группу были включены 30 практически здоровых девочек.

Исследование включало проведение ультразвукового исследования с использованием трансабдоминального датчика. Измерялись длина, ширина, переднезадний размер матки, толщина эндометрия, а также длина, ширина и толщина обоих яичников.

Результаты

В результате проведенного эхографического исследования установлено, что в периоде полового созревания у девочек, родившихся от матерей с ГСД, длина матки составила $3,94 \pm 0,02$ (2 – 4,75) см, ширина – $2,72 \pm 0,06$ (1,2 – 3,0) см, переднезадний размер – $2,15 \pm 0,21$ (2 – 5) см, толщина эндометрия была в пределах $0,42 \pm 0,11$ (0,2 – 0,5) см.

В сравнительной группе эти показатели соответственно составили: длина матки – $7,1 \pm 0,11$ (4,8–8,11) см, ширина – $6 \pm 0,13$ (3,0–7,11) см, переднезадний размер – $4,2 \pm 0,21$ (3,2–5,6) см, толщина эндометрия – $0,51 \pm 0,1$ (0,2–1,3) см.

Изучение эхографических показателей яичников позволило установить, что у девочек основной группы длина правого яичника составила $3,43 \pm 0,19$ (1,4–4,16) см, ширина – $2,0 \pm 0,14$ (1,2–2,85) см, толщина – $2,04 \pm 0,05$ (1,6–4,2) см, что практически не отличалось от аналогичных эхографических показателей сравнительной группы.



Длина левого яичника составила $3,42 \pm 0,09$ (1,8–4,6) см, ширина – $2,0 \pm 0,11$ (1,1–3,1) см, толщина – $2,89 \pm 0,18$ (2,2–4,4) см, также были в пределах физиологических колебаний.

Заключение

В периоде полового созревания у девочек, родившихся от матерей с ГСД отмечается существенное снижение эхографических показателей матки, что отражает наличие гипоплазии матки у данного контингента девочек.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОППЛЕРОГРАФИИ ГЛАЗНЫХ АРТЕРИЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Мэлэк М.И., Игнатко И.В., Кузьмина Т.Е., Сарахова Д.Х., Алиева Ф.Н., Подсекаева С.А.

г. Москва

1 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

2 ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ

Актуальность

Преэклампсия – это прогрессирующее, непредсказуемое и тяжелое сердечно-сосудистое заболевание, характеризующееся гипертензией и протеинурией, которое осложняет от 2 до 4 % беременностей во всем мире. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные преэклампсии (ПЭ), наше понимание ее патофизиологии остается неполным. Поскольку глазная артерия является прямым продолжением внутренней сонной артерии и имеет общие черты с внутричерепными артериями малого калибра как в эмбриогенезе, так и в функционировании, УЗИ глазной артерии можно считать неинвазивным методом исследования сосудов головного мозга

Цель

Изучить параметры кровотока у беременных в глазной артерии для прогнозирования развития преэклампсии и сравнить прогностическую ценность их изменения с расчетным риском ПЭ при первом пренатальном скрининге

Материалы и методы

Проведено проспективное когортное исследование в ГБУЗ «ГКБ имени С.С. Юдина» г. Москвы, клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского Сеченовского Университета, в котором участвовали 80 беременных женщин. Из них 40 имели высокий риск преэклампсии



по пренатальному скринингу I триместра (основная группа), а 40 – низкий риск (контрольная группа). Исследование параметров кровотока в глазной артерии (с учетом среднего показателя из двух исследуемых сосудов справа и слева) проводилось с 11 до 13+6 недель беременности с использованием доплерометрии на аппарате GE Voluson S10. Проводился дальнейший анализ течения и исходов беременностей.

Результаты

Были выявлены существенные различия в возрасте женщин ($p = 0,004$), в индексе массы тела (ИМТ) ($p < 0,001$) и наличии хронической артериальной гипертензии (ХАГ) на развитие преэклампсии ($p < 0,001$). Эти факторы подчеркивают важность возраста, ИМТ и уровня ХАГ как ключевых клинико-анамнестических рисков преэклампсии. В основной группе с высоким риском ПЭ 27 (67,5%) пациенток имели нормальное течение беременности и родили в срок (38-40 недель). У остальных беременность протекала с гипертензивными нарушениями и преэклампсией. Из 40 женщин основной группы у 25 (62,5%) роды были вагинальными, а у 15 (37,5%) – кесарево сечение, при этом по показаниям, связанным с ПЭ и ЗРП – у 13 (86,7%) из них. В контрольной группе с низким риском ПЭ 38 (95%) женщин также родили в срок, 31 (77,5%) из них вагинально, а 9 (22,5%) родоразрешены кесаревым сечением по показаниям, не связанным с ПЭ и ЗРП. Из 80 пациенток обеих групп, включенных в исследование, преэклампсия развилась у 10 (12,5%): из них 2 случая (5%) в группе с низким риском и 8 (20%) – в группе с высоким риском. Ранняя преэклампсия (до 34 недель) была диагностирована у 2 пациенток (20%) из 10, а поздняя (после 34 недель) – у 8 (80%), что указывает на преобладание поздней формы (соотношение 1:4). Анализ показателей параметров кровотока в глазной артерии (с учетом среднего показателя из двух исследуемых сосудов справа и слева) как прогностического фактора преэклампсии, таких как PSV1, PSV2, индекс пульсации, индекс резистентности и другие, показал, что значения PSV1 в группе с низким риском были выше, хотя различия не были значительными. Индексы пульсации и резистентности также не выявили значительных различий. Однако соотношение PSV2 к PSV1 показало значительные различия и может быть важным для оценки риска преэклампсии. У пациенток с высоким риском это соотношение было на 8% выше, а среди тех, у кого развилась преэклампсия, – на 26% выше, чем в группе без преэклампсии.

Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о важности оценки показателей параметров кровотока в глазной артерии у беременных в рамках I пренатального скрининга как дополнительного для прогнозирования преэклампсии.



ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ФЕТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПЛОДА

Набережнев Ю.И., Шнейдерман М.Г, Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Белуга М.В.,
Машинец Н.В., Тетруашвили Н.К

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Врожденная диафрагмальная грыжа плода является одной из основных медико-социальных проблем, поскольку в структуре младенческой смертности и инвалидности с детского возраста занимает одно из первых мест. Летальность в группе новорожденных с ВДГ в ведущих медицинских учреждениях Европейского Союза и США колеблется от 30 до 50%. Основными причинами смертности являются сочетание гипоплазии легких и резистентной к терапии неонатальной персистирующей легочной гипертензии.

Актуальность

Врожденная диафрагмальная грыжа является медико-социальной проблемой современной перинатальной медициной, так как лечение плода, новорожденного и последующая реабилитация ребенка требуют значительную финансовую нагрузку как для системы здравоохранения, так и для его семьи. Причиной этому является высокая заболеваемость и смертность новорожденного, обусловленная выраженной гипоплазией легких и легочной гипертензией, резистентной к традиционной терапии. Единственным методом предотвращения развития этих осложнений особенно при тяжелых и очень тяжелых формах заболевания считается фетоскопическая эндотрахеальная окклюзия. Однако ее основной недостаток заключается в необходимости удаления баллона на 34 недели беременности путем повторной фетоскопической операции, что сопряжено с высоким риском преждевременных родов и перинатальной смертности плода и новорожденного.

Цель

Цель исследования – разработка нового метода внутриутробной окклюзии трахеи плода с ВДГ на основе новой российской модели эндотрахеального катетера (ФЕТО баллон)

Материалы и методы

В соответствии с этой целью в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ России в 2019 году разработана новая модель эндотрахеального катетера “ FETO BALLON ” при кото-



ром производится физиологическое удаление из трахеи баллона вместе с катетером после родоразрешения, что снижает всевозможные риски для женщины и плода.

Общее количество беременных обратившихся на перинатальный консилиум ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в 2024 году составила 2199 женщин. Из них 64 беременных было с пренатальной установленной врожденной диафрагмальной грыжей плода. 4 беременным было предложено прерывание в связи с критической гипоплазией легких у плода и при категорическом несогласии беременных женщин на прерывание беременности данная группа беременных отправлена на проведение фетальной операции по постановке баллона в трахею плода для снижения степени гипоплазии легких.

Эндотрахеальный катетер произведен путем 3D-моделирования и одноканальной экструзии термопластического синтетического материала полиэфирблокамида «Ребах».

Порядок использования катетера: под контролем УЗИ фето-баллон вводят до зоны бифуркации трахеи, манжетку баллона раздувают физраствором объемом 0,8 мл., с помощью проводника отделяют длинную часть катетера от короткой части и удаляют длинную часть катетера. Раздутый баллон с короткой частью катетера остается в трахее и перекрывает вход в бронхи. При этом из полости рта плода выступает 1 см. короткой части катетера, за который после родов врач извлекает баллон из трахеи. Установка баллона возможна на сроке 24-30 недель беременности, сроком родоразрешения – 37-38 недели с удалением баллона методом EXIT.

Результаты

Результаты предварительно проведенных испытаний баллона на биологических моделях подтвердили соответствие заявленным техническим параметрам. В 2024 году в ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МАТЬ И ДИТЯ»(г. МИНСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ) сотрудниками Центра совместно с белорусскими коллегами произведена установка эндотрахеального баллона 4 плодам на сроках от 23 до 30 недель беременности.

Заключение

Разработанная новая модель эндотрахеального катетера (ФЕТО-баллон) и использование нового метода удаления баллона позволила избежать повторной инвазивной фетальной операции и снизить возможные риски постнатальных осложнений для матери и плода.

В результате была подтверждена эффективность метода (Фето-баллон) с использованием эндотрахеального баллона российского производства.



КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Назаренко А.А., Шаршова О.А., Захаров И.С., Безменко А.А., Малюгина В.И.

г. Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

Актуальность

Рак шейки матки (РШМ) занимает одно из ведущих мест среди онкопатологии у женщин во всем мире. Ведущей причиной развития РШМ является вирус папилломы человека (ВПЧ). В настоящее время в России скрининг РШМ включает проведение цитологического исследования мазков с экзо- и эндоцервикса у женщин в возрасте от 21 года и выполнение теста на определение ВПЧ от 30 лет, при этом расширенная кольпоскопия осуществляется по показаниям. Следует отметить, что результат цитологического исследования не всегда совпадает с гистологическим. Данное обстоятельство инициирует проведение комплексной диагностики патологии шейки матки.

Цель

Оценить эффективность комплексной диагностики цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Материалы и методы

Анализ проводился на основе изучения 217 клинических случаев гистологически подтвержденной цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN). Биопсия шейки матки выполнялась у лиц с аномальной кольпоскопической картиной и положительным тестом на ВПЧ.

Результаты

Проведенный анализ продемонстрировал, что у 24 (11,1 %) из 217 пациенток результат цитологического исследования мазков не выявил признаков CIN, в то время как гистологическое исследование биоптата свидетельствовало о наличии цервикальной интраэпителиальной неоплазии: у 13 женщин диагностирована CIN I, у 7 – CIN II и у 4 – CIN III.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о несовершенстве изолированного использования метода цитологического исследования мазков из экзо- и эндоцервикса в качестве скрининга РШМ, что вероятно связано с влиянием человеческого фактора (нарушением техники фиксации, интерпретацией результатов). Проведение теста на ВПЧ в сочетании с расширенной кольпоскопией и последующей прицельной биопсией позволяет повысить



качество диагностики, способствуя своевременному началу лечения выявленной патологии шейки матки.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦВЖ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВИРОВАННОЙ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Франкевич В.Е., Стародубцева Н.Л., Чаговец В.В., Алиева Л.Э., Акопян А.С., Девяткина А.Р., Сычёва Е.Г., Прилепская В.Н.

Актуальность

В последние десятилетия активно развиваются постгеномные методы анализа, в том числе протеомика, с помощью которых осуществляется детальное исследование белков, содержащихся в различных биологических жидкостях, таких как цервикагинальная жидкость (ЦВЖ), с использованием метода масс-спектрометрии, в том числе в период медикаментозной терапии.

Цель исследования

Изучение особенностей протеома ЦВЖ у ВПЧ-позитивных пациенток с LSIL на фоне применения активированной глицирризиновой кислоты в проспективной когорте.

Материал и методы

Для анализа состава и уровня экспрессии белков ЦВЖ использовались протеомные методы. В исследование были включены 10 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст 26 лет) с цитологическим заключением LSIL\ВПЧ+. Пациенткам проводилось интравагинальное введение препарата активированной глицирризиновой кислоты (Эпиген интим спрей) в соответствии с медицинской инструкцией. Контрольные временные точки для протеомного анализа ЦВЖ были установлены до начала терапии, а также через 6 и 12 месяцев. Белки ЦВЖ были выделены, затем проведен трипсинолиз и анализ пептидов с использованием жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией. Идентификация белков осуществлялась с использованием базы данных Swiss Prot.

Результаты

Динамическое наблюдение молекулярного состава ЦВЖ проводилось у 10 ВПЧ-позитивных пациенток с начальным цитологическим диагнозом LSIL. В результате исследования сформированы две группы: группа с «положительной динамикой» (n=5),



у которых произошла элиминация ВПЧ, и группа «без динамики» (n=5), у которых ВПЧ персистировал. Было установлено, что уровень 48 белков ЦВЖ изменялся специфическим образом в ходе динамического наблюдения. В группе с «положительной динамикой» уровень 27 белков увеличивался, в то время как в группе «без динамики» уровень 21 белка снижался.

Из 48 измененных белков 15 (56%) участвуют в процессах иммунной системы (MPO, AZU1, LYZ, RNASE7, PPL, TXN, CD59, UBA52, CRISP3, ELANE) и, в частности, во врожденном иммунном ответе (MPO, AZU1, LYZ, RNASE7, TXN, CD59, UBA52, CRISP3, ELANE), процессе дегрануляции нейтрофилов (MPO, AZU1, LYZ, CD59, CRISP3, ELANE), а также обладают антимикробной активностью (AZU1, ELANE). Второй кластер из 12 белков (44%) связан с процессами формирования ороговевающего эпителия (CSTA, SPRR1B, PPL, FLG, SPRR2F) и, собственно – кератины (K1C10, K1C13, K22E, K2C1, K2C4, K2C5, K2C6A). Среди 21 белка, уровень которых снизился при элиминации ВПЧ, 11 (52%) также участвуют в иммунных процессах (C3, IGJ, IL1RN, ORM1, S100A11, CSTB, LRG1, PKM, HBB, PIGR, SERPINA1). Снижение их уровня, вероятно, связано с уменьшением провоспалительной активности иммунных клеток в эпителии шейки матки, и как следствие – элиминации вируса.

В ходе сравнительного анализа динамики белков ЦВЖ на фоне применения активированной глицирризиновой кислоты было выявлено статистически значимое изменение уровня белков HSPB1, IGHG2 и PIGR. Снижение уровня тяжелой цепи иммуноглобулина IGHG2 и иммуноглобулинового рецептора PIGR после применения активированной глицирризиновой кислоты может быть также связано с уменьшением воспаления и элиминацией ВПЧ.

Выводы

Динамическое наблюдение за молекулярным составом ЦВЖ у ВПЧ-позитивных пациентов показало, что изменения уровня белков могут служить перспективными маркерами мониторинга активности вирусной инфекции (элиминация /персистенция). Применение активированной глицирризиновой кислоты способствовало статистически достоверному изменению уровня белков HSPB1, IGHG2 и PIGR, что возможно связано с влиянием на провоспалительную активность иммунных клеток в эпителии шейки матки.



КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ ДЕТЕКЦИИ ВПЧ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА И ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Назарова Н.М., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Девяткина А.Р., Горлова Т.Ю., Алиева Л.Э., Асатурова А.В.

Актуальность

Вирус папилломы человека играет ключевую роль в этиологии предраковых и раковых заболеваний шейки матки. Проведение сравнительного анализа частоты встречаемости ВПЧ канцерогенного риска у пациенток репродуктивного возраста с морфологически подтвержденными диагнозами цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) различной степени тяжести и раком шейки матки (РШМ) в контексте классификации Международного агентства по изучению рака (IARC) имеет важное значение.

Цель

Оценить частоту встречаемости ВПЧ канцерогенного риска у пациенток с цервикальными неоплазиями различной степени тяжести и РШМ с целью проведения сравнительного анализа.

Материалы и методы

В исследование были включены 167 женщин репродуктивного возраста (средний возраст $32,4 \pm 6,1$ лет). На основании морфологических данных пациентки были распределены в пять групп: группа 1 – ВПЧ-негативные с цитологическим заключением NILM ($n=54$, 32,3%) – контрольная группа; группа 2 – ВПЧ-позитивные с гистологическим диагнозом хронический цервицит ($n=31$, 18,6%); группа 3 – ВПЧ-позитивные с диагнозом LSIL ($n=31$, 18,6%); группа 4 – ВПЧ-позитивные с диагнозом HSIL ($n=37$, 22,2%); группа 5 – пациентки с диагнозом рак шейки матки ($n=14$, 8,4%).

Полученные результаты. Сравнительный анализ частоты встречаемости ВПЧ в различных группах по классификации IARC показал, что ВПЧ высокого канцерогенного риска (группа 1) встречались в 99 (88,4%) случаях, при этом в группе HSIL – 42,4%, а в группе LSIL – 32,3% случаев. ВПЧ вероятно канцерогенного риска (группа 2A) были выявлены в 45% случаев, в то время как ВПЧ возможно канцерогенного риска (группа 2B) – в 7,1% случаев. Наибольшее количество случаев было связано с ВПЧ группы A9 (66,1%), за ними следовали ВПЧ группы A7 (11,6%), A6 (4,5%) и A5 (6,3%). ВПЧ 68 типа (группа 2A) был выявлен исключительно в группах HSIL и РШМ, что подтверждает его ключевую роль в развитии тяжелых поражений шейки матки. ВПЧ 53 и 66 типов (группа 2B) чаще всего встречались в группах LSIL и хронического цервицита, составив 7,1% случаев. Среди всех



исследуемых групп наиболее часто встречался ВПЧ 16 типа, причем его частота была значительно выше в группах HSIL (48,6%) и РШМ (42,8%). Следующими по частоте были ВПЧ 33, 52 и 58 типы. При сравнительной оценке вирусной нагрузки по группам было выявлено ее статистически значимое увеличение в группах HSIL и РШМ.

Заключение

Результаты исследования показали, важность генотипирования ВПЧ для оценки канцерогенного риска и разработки персонализированных подходов к мониторингу и лечению пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки.

В ПОЛЬЗУ ТЕСТИРОВАНИЯ: УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН, ВСТУПАЮЩИХ В ПРОГРАММУ ЭКО

Нечай К.О.¹, Хабаров С.В.^{1,2,3}

г. Москва

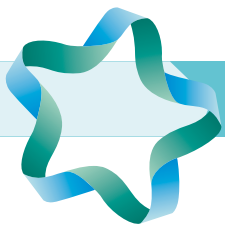
1 Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства» (Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России), Москва

2 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тульский государственный университет», Медицинский институт (Медицинский институт ФГБОУ ВО ТулГУ), Тула

3 Клиника «ВитроКлиник», Группа компаний «Медма», Москва

Актуальность

Недостаточность витамина D у населения варьируется в разных странах в зависимости от расы, пола, образа жизни, времени года, однако особенно выражена в группах риска, таких как женщины репродуктивного возраста и беременные. В Российской Федерации данный показатель превышает 70%. Авторы Руководства Международного общества эндокринологов 2024 года, несмотря на снижение риска выкидышей, преэклампсии, преждевременных родов, антенатальной и неонатальной смертности при эмпирическом приеме витамина D беременными женщинами для профилактики этих осложнений, не считают нужным проводить тестирование уровня 25-гидроксивитамина D у этой группы лиц. При этом другие исследователи утверждают, что оптимальное дозирование витамина D возможно только при мониторинге его концентрации в сыворотке крови. На новый уровень поднимает проблему вопрос оценки микронутриентного статуса у женщин, вступающих в программу экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).



Цель

Оценить уровень 25-гидроксивитамина D у женщин, планирующих беременность с помощью ЭКО.

Материалы и методы

В исследование были включены 72 женщины, обратившиеся в клинику репродукции «ВитроКлиник» ООО «ВИТРОМЕД». Определение уровня 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА) или высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Результаты

Дефицит витамина D (уровень < 20 нг/мл) был диагностирован у более, чем половины пациенток, при этом у 12,0% из них определен выраженный дефицит витамина D (уровень < 10 нг/мл). Только у 9,7% уровень витамина D соответствовал оптимальным значениям (\geq 30 нг/мл).

Заключение

Полученные в ходе исследования данные демонстрируют высокую распространенность дефицита витамина D у женщин, планирующих беременность методом ЭКО. Выявлена значительная вариабельность уровней определяемого показателя в сыворотке крови, что подчеркивает необходимость персонализированного подхода. Мониторинг концентрации 25-гидроксивитамина D позволит более тщательно подходить к своевременной коррекции выявляемого у пациенток дефицита витамина D, что в свою очередь увеличит эффективность лечения.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ У ПАЦИЕНТОК С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ.

Обосян Л.Б., Спирина Е.И., Уланова В.С., Муравьева С.С., Джигладзе Т.А.

г. Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Актуальность

В структуре женского бесплодия частота маточного фактора достигает 15%. Проблема остается актуальной и по сей день, так как распространенность синехий и синдрома



Ашермана растет в связи с увеличением количества внутриматочных вмешательств. Несмотря на наличие успешных методов лечения, риск рецидива сращений остается высоким, достигая 30-66% после различных внутриматочных манипуляций. Одна из целей в современной медицине – разработка новых и более эффективных методов, направленных на подавление формирования фиброзных спаек, стимулирование регенерации и восстановление функционального эндометрия.

Цель

Данное исследование проводилось для оценки эффективности комплексного подхода к хирургическому лечению пациенток с внутриматочными синехиями и синдромом Ашермана на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза: невынашиванием беременности, многократными внутриматочными вмешательствами, осложнённым течением родов и послеродового периода.

Материалы и методы

На базе клиники акушерства и гинекологии В.Ф. Снегирева Сеченовского Университета проведено ретроспективное когортное исследование медицинских карт 327 пациенток с бесплодием, обусловленным внутриматочными синехиями или синдромом Ашермана, пролеченных в период с 2014 по 2021 год. Диагноз ставился на основании результатов УЗИ ОМТ и офисной гистероскопии. В работу были включены пациентки с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом, которым была выполнена деструкция внутриматочных синехий с использованием лазерной энергии, с последующим внутриматочным введением антиадгезивного геля. Для оценки результатов и эффективности лечения через 3 и 6 месяцев после операции выполнялась контрольная офисная гистероскопия.

Результаты

Были получены отдаленные результаты хирургического лечения у 294(90%) из 327 пациенток. Через 3 и 6 месяцев выявлены единичные внутриматочные сращения у 20(6,7%) пациенток, 18 из них была повторно произведена гистероскопия с лазерной деструкцией синехий и введением в полость матки геля. Двум потребовалась 3-х этапная гистероскопия деструкцией синехий с использованием лазерной энергии. Среди пациенток, которым проводилось внутриматочное введение антиадгезивного геля, рецидива синехий не отмечалось. Из 178 пациенток с нарушением менструального цикла его восстановление отметили 136(76%), 42(24%) сообщили о наличии скудных регулярных менструаций. В течение ближайшего года беременность планировали 300 женщин, данные получены от 239, о наступлении беременности сообщили 155(65%), роды произошли у 132, 46 пациенток продолжили лечение в клиниках ВРТ.

Заключение

Лазерная деструкция внутриматочных синехий и последующее введение в полость матки антиадгезивного геля, динамическое наблюдение в послеоперационном периоде по-



зволило снизить частоту рецидивов и восстановить фертильность у пациенток с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом.

СТРЕСС КАК ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Паньшина М.В.¹, Хадарцева К.А.¹, Хабаров С.В.^{1,2,3}

г. Тула

1 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тульский государственный университет», Медицинский институт (Медицинский институт ФГБОУ ВО ТулГУ), Тула;

2 Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства» (Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России), Москва;

3 Клиника «ВитроКлиник», Группа компаний «Медма», Москва

Актуальность

Менструальная функция – маркер общего состояния организма. Нарушение менструальной функции (НМФ) чаще всего свидетельствует о разбалансированном статусе нейроэндокринного звена половой системы. Множество факторов, воздействующих на организм подростка, являются инициаторами развития экзогенного или эндогенного стресса, который отражает «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование». Стрессоустойчивость – это способность организма противостоять воздействию стрессоров без развития неблагоприятных последствий для организма, при воздействии на организм любого стрессора активируется работа вегетативной нервной системы – как симпатического отдела, так и парасимпатического отдела, активация вегетативной нервной системы реализуется посредством нейроэндокринных механизмов и приводит к развитию стресс-реакции.

Цель

Оценка стрессоустойчивости у девочек-первокурсниц с НМФ.

Материалы и методы

В рамках исследования стрессоустойчивости, проведенного на базе Медицинского клинического центра Тульского государственного университета, было обследовано 285 студенток первого курса ТулГУ в возрасте 17–19 лет с НМФ. Обследование включало клини-



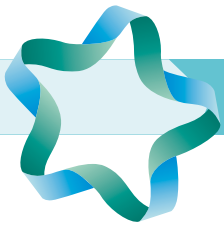
ческий осмотр, а также лабораторную и инструментальную диагностику, дополненную психометрическими тестами с применением опросников Спилберга-Ханина и шкалы САН (Самочувствие – Активность – Настроение). Комплексная оценка функционального состояния организма и уровня стрессоустойчивости испытуемых проводилась с использованием аппаратно-программного комплекса Система Интегрального Мониторинга «Симона 111» (АПК «Симона»), который обеспечивал неинвазивное измерение и анализ различных физиологических параметров, таких как кардиореспираторная функция, гемодинамика, вегетативный тонус и метаболическая активность. Полученные данные обрабатывались с учетом индивидуальных антропометрических характеристик (возраст, пол, рост, вес) на основе анализа 127 показателей и их изменений при помощи специализированного программного обеспечения. Вегетативный баланс оценивался посредством расчета интегральных индексов, включая интегральный баланс (ИБ), индекс симпатической активности (ИСА), индекс стрессоустойчивости и кардиальный резерв.

Результаты

В результате обследования первокурсниц с НМФ в целом у 70% пациенток выявлена зависимость между этим состоянием и значительным уровнем стресса: у 90% обследованных выявлен высокий ИБ, свидетельствующий об усиленной активности сердечно-сосудистой системы, характерной для состояния стресса. Также у 90% девушек ИСА превышал верхнюю границу нормы, что указывало на значительное напряжение симпатического отдела вегетативной нервной системы. 50% участниц демонстрировала низкий кардиальный резерв, свидетельствующий о снижении функциональных возможностей сердца для поддержания высокого уровня ИБ. У 70% испытуемых был зафиксирован повышенный индекс стрессоустойчивости, подтверждавший наличие состояния стресса, в условиях которого происходит одновременная активизация симпатической нервной системы (рост ИСА) и усиление деятельности сердечно-сосудистой системы (увеличение ИБ). Эмотивные факторы первокурсниц были обусловлены субъективно значимыми психогенными стресс-зависимыми аспектами повседневной жизни, такими как дистресс, вызванный семейными обстоятельствами (например, развод родителей, утрата близких), профессиональными трудностями, а также учебными хроническими стрессорами (в частности, поступлением в высшее учебное заведение, подготовкой к зачетам и экзаменам).

Заключение

Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на НМФ у подростков, находящихся в состоянии хронического стресса, реализуются через изменения их психогенного состояния, активацию симпатического звена вегетативной нервной системы. Для таких пациентов, важно оценивать не только нейроэндокринный статус репродуктивной системы, но и их психоэмоциональный фон. Такой подход позволит предотвратить развитие НМФ и других нарушений репродуктивного здоровья. Своевременная диагностика и адекватное комплексное лечение данной категории пациентов способствуют поддер-



жанию их физического и эмоционального благополучия в будущем, что, согласно современным данным, является ключевым фактором общего качества жизни.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И МЛАДЕНЧЕСКИХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ, МАТЕРЯМ КОТОРЫХ В ХОДЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЛИСЬ КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Пекарева Н.А., Пекарев О.Г., Пекарева Е.О., Сухих Г.Т.

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

В ходе проспективного анализа у рожениц 1 группы с использованием клеточных технологий не выявлено инфекционно-воспалительных проявлений, в то время как во 2 группе (сравнения) послеродовой период осложнился у 6/100 (6%) эндометритом и у 2/100 (2%) рожениц лохиометрией. Исследования показали, что доля успешных вагинальных родов достигла 64,9% (24/37) у пациенток 1 группы (основной) с предшествующей экзосомальной поддержкой, и 12/56 (21,4%) у женщин 2 группы (сравнения). У всех новорожденных 3 группы (основной) рост и масса тела соответствовали доношенному гестационному сроку, и они были рождены без асфиксии с оценкой по АПГАР 8/9 баллов, в то время как 4/56 (7,1%) новорожденных 4 группы (сравнения) были рождены в сроке 34,1 нед – 36,3 нед и получили при рождении оценку по шкале АПГАР 5/7 баллов. У 3/56 (5,3%) детей из 4 группы (сравнения) диагностировалась врожденная пневмония, у 2/56 (3,57%) – открытое овальное отверстие, и у 1/56 (1,78%) проявления дисплазии тазобедренных суставов.

Summary

A prospective analysis using cellular technologies did not reveal any infectious and inflammatory manifestations in group 1 women, while in group 2 (comparison) the postpartum period was complicated by endometritis in 6/100 (6%) and lochiometry in 2/100 (2%) women. The studies showed that the proportion of successful vaginal deliveries reached 64.9% (24/37) in patients of group 1 (main) with previous exosomal support, and 12/56 (21.4%) in women of group 2 (comparison). In all newborns of group 3 (main), height and body weight corresponded to the pre-gestational age, and they were born without asphyxia with an APGAR score of 8/9 points, while 4/56 (7.1%) of newborns of group 4 (comparison) were born at 34.1 weeks – 36.3 weeks and received at birth, the APGAR score is 5/7 points. 3/56 (5.3%) of the children from group



4 (comparison) were diagnosed with congenital pneumonia, 2/56 (3.57%) had an open oval opening, and 1/56 (1.78%) had manifestations of hip dysplasia.

Цель

Оценить течение перинатального и младенческого периодов у детей, матерям которых в ходе кесарева сечения применялись клеточные технологии, а именно введение экзосом мезенхимальных стромальных клеток (ЭМСК).

Материалы и методы

Обследованы и родоразрешены 160 пациенток и 93 новорожденных и детей до года жизни. В зависимости от ведения послеоперационного периода все 160 женщин и 93 детей были разделены на 4 группы:

1 группа (основная) – 60 беременных и рожениц, которым в ходе кесарева сечения после ушивания матки однорядным непрерывным викриловым швом в область разреза вводилось 500 мкл ЭМСК, полученных в лаборатории клеточных технологий ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова [15-20, 23, 26]. Разрешение на использование клеточных технологий было получено на основании решения локального этического комитета.

2 группа (сравнения) – 100 беременных и рожениц, которым в ходе кесарева сечения проводилось традиционное ушивание нижнего сегмента матки однорядным непрерывным викриловым швом.

3 группа (основная) – 37 новорожденных и детей до года, которые были рождены в ходе самопроизвольных своевременных родов и повторного кесарева сечения от матерей, которым в ходе предшествующего абдоминального родоразрешения после ушивания матки однорядным непрерывным викриловым швом в область разреза вводилось 500 мкл ЭМСК, полученных в лаборатории клеточных технологий ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова.

4 группа (сравнения) – 56 новорожденных, которые были рождены в ходе самопроизвольных преждевременных и своевременных родов и повторного кесарева сечения от матерей, которым в ходе предшествующего абдоминального родоразрешения не проводилась экзосомная поддержка.

Результаты

Исследование было посвящено не только анализу неонатальных исходов и антропометрических показателей, но и состоянию здоровья детей, рожденных от матерей, которым в ходе предыдущего кесарева сечения вводилось 500 мкл ЭМСК. У всех новорожденных 3 группы (основной) рост и масса тела соответствовали доношенному гестационному сроку $3296,1 \pm 39,2$ гр. и $51,59 \pm 0,23$ см. Не было выявлено значимых различий по весовым показателям по сравнению с новорожденными 4 группы (сравнения) – $3241,6 \pm 47,4$ гр. и $51,12 \pm 0,34$ см ($p = 0,41$ и $p = 0,31$, соответственно). При этом 4/56 (7,1%) новорожденных 4 группы (сравнения) были рождены в сроке 34,0 нед – 36,1 нед. поскольку у их



матерей были диагностированы серьезные акушерские осложнения. В 1/56 (1,8%) случае у пациентки 2 группы (без экзосомной поддержки в анамнезе) выявлено предлежание и вращение плаценты, подтвержденное МРТ и потребовавшее проведения донного кесарева сечения, компрессионного гемостаза и метропластики в сроке 36 недель и 1 день; в 1/56 (1,8%) случае зафиксированы проявления тяжелой преэклампсии с формированием синдрома задержки развития плода (СЗРП) в сроке 34 нед. в результате чего также проведено экстренное повторное абдоминальное родоразрешение. Еще у 2/56 (3,6%) женщин экстренное кесарево выполнено по поводу преждевременного излития околоплодных вод и неготовности родовых путей в сроке беременности 34 недели 5 дней и 35 недель 3 дня, соответственно. Как результат оценка по шкале АПГАР в 3 (основной) была значимо выше по сравнению с 4 (сравнения) группой как на первой ($P3-4 = 0,009$), так и на пятой ($P3-4 = 0,004$) минутах – $8,13 \pm 0,05$ и $7,51 \pm 0,11$; $8,81 \pm 0,06$ и $8,37 \pm 0,08$, соответственно. Это было связано с тем, что четверо новорожденных были извлечены в ходе экстренного кесарева сечения в состоянии асфиксии с оценкой по АПГАР 5/7 баллов. В ходе диспансерного наблюдения у 1/56 (1,78%) ребенка из 4 группы, извлеченного в ходе кесарева сечения по поводу тазового предлежания, выявлена дисплазия тазобедренных суставов. Это, однако, не противоречит популяционным данным. Подвывих был скорректирован на фоне консервативной терапии к моменту достижения ребенком годовалого возраста.

В неонатальном периоде у 2/56 (3,57%) новорожденных 4 группы отмечалось открытое овальное отверстие. Однако о не зарощении овального отверстия как об отклонении от нормы следует говорить лишь после 2–3 лет жизни ребенка. Частота открытого овального отверстия у детей составляет до 27%, при этом в неонатальном периоде такие изменения выявляются значительно чаще – до 60% случаев среди всех новорожденных и до 70% – среди недоношенных младенцев. Таким образом, окончательное заключение о повышении частоты открытого овального отверстия у детей, рожденных матерями без предшествующей экзосомной поддержки, можно получить только после дополнительного их обследования к 3 годам жизни.

Из другой нозологии у детей, указанной в медицинских информационных системах, и не имеющей формальных признаков пороков развития, выявлялась врожденная пневмония, которая была диагностирована у 3/56 (5,3%) недоношенных детей из 4 группы (сравнения). Эти дети, появившиеся на свет в ходе преждевременных оперативных родов, получали лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии с последующей реабилитацией на II этапе выхаживания перинатального центра.

Выводы

Повторно родоразрешены 93 беременных с рубцом на матке. У 24/37 (64,86%) пациенток, которым в ходе предшествующего абдоминального родоразрешения применялись клеточные технологии, а именно введение экзосом мезенхимальных стромальных клеток ЭМСК плацентарного происхождения роды благополучно завершились через есте-



ственные родовые пути. Полученные проспективные данные родоразрешения пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения продемонстрировали высокую эффективность интраоперационного применения клеточных технологий – введения ЭМСК по сравнению с традиционным ведением послеродового периода. На это указывает отсутствие инфекционно-воспалительных осложнений. Пациентки с экзосомной поддержкой в 3 раза чаще рожали самопроизвольно по сравнению с группой контроля (64,86% и 21,42%, соответственно).

При этом не выявлено неблагоприятного влияния ЭМСК на весоростовые показатели новорожденных, их оценку по шкале АПГАР и отсутствие врожденных пороков развития (открытое овальное отверстие), дисплазии тазобедренных суставов и врожденных пневмоний, которые имели место у детей, рожденных от матерей без предшествующего применения клеточных технологий. В то же время, учитывая относительно небольшой размер выборки на данный момент, считаем целесообразным продолжить исследование по применению клеточных технологий в акушерской клинике.

Актуальность определяется высокой частотой кесарева сечения, что повышает риск осложнений по сравнению с самопроизвольным родоразрешением и необходимостью поиска новых методов улучшения репарации миометрия после перенесенных абдоминальных родов.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БЕРЕМЕННОСТИ

Ракитина Ю.В.

г. Пермь

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ

Актуальность

Исследование качества жизни, в настоящее время, проводится во многих областях медицины и является неотъемлемой частью для проведения мероприятий направленных на оценку состояния больного, для определения прогноза заболевания и результативности лечения. Понятие «качество жизни» (КЖ) рассматривается как интегральная характеристика, в которую включена совокупность жизненно важных сторон индивидуума, отражающих его существование во всех аспектах жизнедеятельности. Уникальное свойство КЖ – возможность наряду с традиционным медицинским заключением, сделан-



ным врачом, учесть мнение и самого больного, составив, таким образом, максимально полную и объективную картину болезни и ее последствий.

Цель

Провести оценку качества жизни пациенток репродуктивного возраста на этапе подготовки к беременности

Материалы и методы

Проведено обследование 60 пациенток репродуктивного возраста планирующих беременность, которые были разделены на две группы: I группа – с отягощенным репродуктивным анамнезом (30 человек). Диагноз был выставлен на основании перенесенных аборт и неблагоприятных исходов предшествующих беременностей (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода). II группа – условно-здоровые женщины (30 человек). Группы обследованных были сопоставимы по возрасту (средний возраст $26,3 \pm 3,2$ года), характеру менструальной функции и сексуальному дебюту. Для оценки качества жизни использовался опросник MOS SF-36. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал: PF – физическая активность, RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, BP – боль, GH – общее здоровье, VT – жизненная активность, SF – социальная активность, RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, MH – психическое здоровье. Критерии качества жизни оценивали по 100-бальной шкале от 0 (наихудший результат) до 100 (наилучший результат). Статистическая обработка осуществлялась с использованием программ STATISTICA for Windows (версия 10) при уровне значимости, соответствующем величине p меньшей, чем 0,05.

Результаты

По результатам, полученным у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом, отмечается тенденция к снижению показателей качества жизни по большинству шкал опросника в сравнении со второй группой. У пациенток первой группы достоверно снижены показатели общего здоровья (GH), ролевого физического функционирования (RP) и психического здоровья (MH). Так по шкале GH результат первой группы соответствовал $68,2 \pm 0,65$, против $82,3 \pm 1,12$ у условно-здоровых женщин. Эта шкала предполагает оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже полученный балл, тем ниже оценка состояния своего здоровья. Показатель RP у женщин первой группы был равен $83,8 \pm 1,2$, а у второй группы – $99,1 \pm 0,98$. Данные изменения могут говорить о том, что повседневная деятельность ограничена физическим состоянием пациентки. Психический компонент здоровья (MH) также был достоверно ниже в группе с отягощенным репродуктивным анамнезом и составил $59,2 \pm 2,13$, против $80,5 \pm 1,17$ во второй группе, что, возможно, может говорить о наличии депрессии, тревожных переживаний и сниженном уровне положительных эмоций. Остальные показатели качества жизни были снижены незначительно в сравнении с контрольной группой.



Заключение

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сказать, что отягощенный репродуктивный анамнез негативным образом отражается как на физическом, так и на психологическом здоровье женщины, что подтверждается оценкой качества жизни. Поэтому, разрабатывая индивидуальную программу прегравидарной подготовки, следует сделать акцент на соматический и психологический статус пациентки, направив ее к соответствующим специалистам. Внедрение изучения качества жизни в лечебно-диагностический процесс должно стать одним из обязательных методов оценки состояния больных и определения их готовности к лечению, что особенно важно при подготовке к беременности.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА НА ЛОКАЛЬНУЮ ИММУННУЮ СИСТЕМУ ШЕЙКИ МАТКИ

Рамазанова М.Р. Андреева М.В.,

г. Волжский

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Актуальность

Цитокины выделены в новую самостоятельную систему регуляции основных функций организма, связанную в первую очередь с поддержанием гомеостаза при внедрении патогенов и нарушении целостности тканей. В настоящее время в современной медицине применение цитокинов видится в трех направлениях: с диагностической целью, в лечении многих заболеваний человека (цитокиноterapia) и с целью профилактики.

Цель

Оценить особенности локальных иммунорегуляторных процессов в шейке матки при хроническом цервиците различной степени выраженности.

Материалы и методы

Обследованы 80 пациенток. В качестве основного методологического подхода использован метод направленного отбора. В группу сравнения вошли 54 пациентки с хроническим неспецифическим цервицитом (ХНЦ) различной степени выраженности. Контрольную группу составили 26 практически здоровые женщины, не имеющих острых заболеваний в течение последних 6 месяцев, а также хронической инфекционной патологии гениталий. Пациентки с ХНЦ разделены на две подгруппы: пациентки с клинически выраженным обострением ХНЦ (n=22); пациентки с вялотекущим, клинически не выраженным ХНЦ (n=32). Всем обследуемым произведен забор биоматериала с поверхности экзоцер-



викса для оценки локального цитокинового статуса. Определение концентрации цитокинов осуществляли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты

Высокое содержание ИЛ-8 в материале с поверхности неизмененного экзоцервикса объясняется тем, что в физиологических условиях условно-патогенные бактерии, постоянно присутствующие во влагалище, вступают во взаимосвязь с нормальной слизистой оболочкой шейки матки. Выработка ИЛ-6 происходит в клетках стромы – фибробластах, а также стромальных моноцитах/макрофагах, которые беспечивают запуск иммунных реакций на уровне шейки матки. Содержание противовоспалительного цитокина ИЛ-4 в отделяемом с поверхности слизистой шейки матки свидетельствует об активности гуморального звена иммунитета. ИНФ-γ даже в незначительных концентрациях способствует мобилизации местных защитных механизмов шейки матки. Содержания цитокинов в материале со слизистой шейки матки здоровых женщин показал, что в физиологических условиях слизистая шейки матки вносит значимый вклад в формирование местного иммунного ответа.

Заключение

. Наиболее выраженные изменения выявлены при исследовании продукции ИЛ-8, повышение которого является подтверждением активации воспалительных процессов на уровне шейки матки. Повышение содержания ИЛ-6 типично для острофазного ответа и свидетельствует о высокой активности моноцитарно-макрофагального звена иммунного ответа. Увеличение концентрации ИЛ-4 в группах наблюдения направленно на усиление клеточного иммунного ответа. Повышенная продукция ИНФ-γ способствует активации макрофагов в патологическом очаге и усилению противомикробной защиты слизистой шейки матки. Так у пациенток с обострением воспалительного процесса концентрация данного цитокина увеличилась в 4,4 раза по сравнению с показателями контрольной группы. Из выше описанного следует, что исследования показали значимые различия в реализации защитных механизмов локального иммунного ответа шейки матки у женщин с обострением цервицита и вялотекущим хроническим цервицитом.



РИСКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Рожкова О.В., Волков В.Г.

г. Тула

Медицинский институт, ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»

Актуальность

В РФ сложилась критическая демографическая ситуация, связанная со значительным снижением рождаемости. Генитальный туберкулез рассматривается, как основная причина женского бесплодия в 10-27,8% случаев. Серьезность проблемы определяется тем, что поражается женщины преимущественного репродуктивного возраста. Чаще всего с туберкулезом ассоциируется первичное бесплодие.

Цель

Выявление и оценка факторов риска генитального туберкулеза у женщин с первичным бесплодием.

Материалы и методы

Было проведено ретроспективное исследование медицинской документации пациенток, обратившихся с 2018 г. по 2022 г. в Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулёзный диспансер № 1» г.Тулы, с выявленным трубным бесплодием. Всего было зарегистрировано 544 обращения. Критерии включения: репродуктивный возраст, первичное бесплодие, наличие минимум 1 маточной трубы. Этим критериям соответствовали 224 пациентки. В ходе проведенного исследования у 29 (12,9%) пациенток был установлен диагноз «A18.1 Туберкулез мочеполовых органов», у 195 (87,1%) в результате проведенного обследования процесс в гениталиях расценен как неспецифический. Первичное бесплодие зарегистрировано у 79/224 (35,3%). Среди пациенток с первичным бесплодием у 29/79 (36,7%) выявлен генитальный туберкулез (1-я группа), во 2 группу (n=50) включили пациенток с первичным бесплодием без генитального туберкулеза.

Результаты

Установлено, что средний возраст у женщин в 1 группе составил – $38 \pm 0,7$ лет, в группе контроля – $31,1 \pm 1,4$ лет ($P < 0.001$). Средняя продолжительность бесплодия у женщин из 1 группы – $8,7 \pm 0,4$ лет, что примерно в 4 раза больше, чем в группе контроля – $2,3 \pm 1,1$ г ($P < 0.001$). В анамнезе у пациенток обеих групп была выявлена высокая частота сопутствующей гинекологической патологии. Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе преобладали в 1 группе 23 (79,3%), из них каждая 2 страдала хрониче-

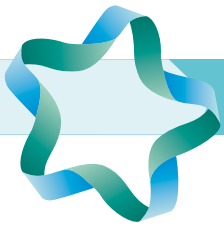


ским сальпингоофоритом 14 (48,3%). В группе контроляотягощенный гинекологический анамнез был у 17 (34,0%), определялись преимущественно заболевания нижних отделов половых путей – вульвовагинит у 5 (29,4%), а также хронический сальпингоофорит у 5 (29,4%). По данным флюорографического обследования, у всех пациенток в обеих группах в органах грудной клетки патологии не обнаружено. При последующем проведении компьютерной томографии органов грудной клетки у 19 (65,5%) пациенток из 1 группы выявлялись кальцинаты в легочной ткани и/или внутригрудных лимфоузлах, что может соответствовать состоянию после перенесённого туберкулеза легких и/или туберкулеза внутригрудных лимфоузлов. В то время как в контрольной группе патологии органов грудной клетки не выявлено.

По данным гистеросальпингографии, проходимость маточных труб нарушена у всех женщин, страдающих трубным бесплодием с выявленным генитальным туберкулезом и у 32 (64,0%) из группы контроля. Сохранная проходимость по одной маточной трубе отмечена в 18 (62,0%) и 19 (38,0%) наблюдений соответственно, по второй маточной трубе проходимость нарушена в связи со спаечными процессом у 17 (58,6%) и 17 (34,0%), с связи с удалением – 1 (3,4%) и 2 (4,0%) соответственно. Отсутствие проходимости по обеим маточным трубам в связи со спаечным процессом было зафиксировано у 11 (37,9%) в 1 группе и 14 (28,0%) из 2. По результатам туберкулинодиагностики положительный Диаскин-тест был зарегистрирован у всех женщин из 1 группы и ни у одной из группы контроля. При этом ПЦР и культуральное исследование мокроты, менструальной крови, мочи, отделяемого нижних отделов половых путей у всех пациенток дало отрицательный результат.

Заключение

Исследование показывает, что диагностика туберкулеза гениталий остается нерешенной проблемой. По всей видимости сохраняется низкая информированность врачей о специфическом поражении гениталий, все это приводит к поздней диагностике. Следует учитывать множественность проявлений заболевания и отсутствие патогномичных симптомов, а также эпидемическая напряженность ситуации, длительное волнообразное течение и скудное бактерио-выделение.



ОПТИМИЗАЦИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ

Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Левченко М.В., Золотых О.С., Арабаджан С.М.

г. Ростов-на-Дону

Центр репродукции человека и ЭКО

Актуальность

Успехи развития эндоскопических технологий в репродуктивной хирургии дали возможность использовать малотравматичный метод лечения различных заболеваний матки, уменьшив частоту радикальных хирургических вмешательств перед проведением программ ЭКО. Одной из причин нарушения репродуктивной функции является внутриматочная патология (полипы тела матки, гиперпластические процессы эндометрия, внутриматочная перегородка и другие) при которой эффективно можно проводить коррекцию с помощью операции гистерорезектоскопия. Однако необходимо отметить, что при проведении гистерорезектоскопия имеется ряд потенциально возможных осложнений (травматические повреждения, отек легких, отек мозга, гипергидратация, гипергликемия и др.).

Цель

Оценить эффективность использования алгоритма безопасности при проведении операции гистерорезектоскопия

Материалы и методы

Проведено 228 операции гистерорезектоскопия у пациенток с бесплодием с различной патологией (полипы тела матки, внутриматочная перегородка, субмукозная миома матки. Для расширения полости матки использовали раствор глюкозы. Длительность операции составила 15-78 мин, общая кровопотеря 5-87 мл.

Результаты

Для диагностики гипергликемии и своевременной коррекции всем пациенткам во время операции каждые 3-5 минут исследовали уровень гликемии (с помощью портативного глюкометра непосредственно в операционной), а также каждые 5-7 минут определяли водный баланс (объем глюкозы вводимой внутриматочно и выводимой из полости матки). При мониторинговании уровня глюкозы, показания широко варьировали – от 6,4 до 28,7 ммоль\л, в связи с чем проводилась коррекция с помощью инсулина.

У 220 пациенток при мониторинговании уровня глюкозы наблюдался диапазон от 6,4 до 14,8 ммоль\л, в связи с чем операция проводилась в полном объеме с удалением по-



липа в течение 25-78 минут без каких-либо осложнений. У 3 пациенток отмечалась выраженная гипергликемия (до 40 ммоль\л) через 5 минут после начала операции, в связи с чем операция была остановлена для проведения коррекции гипергликемии, которая в течение 20-40 минут была стабилизирована на уровне 5,8-6,8 ммоль\л. У 5 пациенток отмечалось увеличение положительного водного баланса в течение 14 минут после начала гистерорезектоскопии, в связи с чем операция также была остановлена у этих пациенток для нормализации жидкостного баланса.

На основании проведенных исследований нами выработан алгоритм безопасности при проведении гистерорезектоскопии:

1. При проведении гистерорезектоскопии необходим тщательный контроль за расходом объема вводимой внутриматочно жидкости (раствор глюкозы) и выводимой из полости матки. При положительном водном балансе более 700 мл, введение мочегонных препаратов, возможно альбумина, а при необходимости, – немедленное прекращение операции и проведение коррекции гликемии и жидкостного баланса с целью профилактики отека легких.

2. При высокой гипергликемии своевременное использование инсулина. Коррекция инсулином проводилась двумя путями: подкожные инъекции инсулина и внутривенная инсулинотерапия через систему постоянной инфузии.

3. Обеспечить качественный состав инфузионной терапии, и в особенности темп инфузий (в зависимости от регулярно подсчитываемого водного баланса).

Использование алгоритма позволило избежать описанных в литературе осложнений, у всех пациенток после операции отмечались стабильные показатели гемодинамики, постоянный мониторинг глюкозы обеспечил возможность проведения своевременной коррекции инсулином, подсчет водного баланса исключил развитие гипергидратации.

Заключение

Использование данного алгоритма при проведении гистерорезектоскопии позволило избежать развитие возможных осложнений периоперационного периода.



ВЛИЯНИЕ НИЗКОДОЗИРОВАННОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-СОДЕРЖАЩЕЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ

Сафарова С.С., Султанова И.А., Худиева А.Н.

г. Баку

*Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства и гинекологии
I Актуальность*

Гормональные внутриматочные системы, выделяющие левоноргестрел являются хорошо зарекомендовавшими себя формами контрацепции, которые в клинических испытаниях продемонстрировали высокую эффективность и безопасность. Первая левоноргестрел-содержащая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС) содержала 52 мг левоноргестрела. После ЛНГ-ВМС 52 мг на коммерческом рынке появилась «низкодозированная» ВМС-содержащая 19,5 мг левоноргестрела. В отличие от ЛНГ-ВМС 52 мг при применении ЛНГ-ВМС 19,5 мг женщины отмечают регулярные менструации и редко страдают аменореей. Сывороточные уровни ЛНГ, вырабатываемые «низкодозированными» ЛНГ-ВМС, обычно недостаточны для предотвращения овуляции. Основным методом их контрацептивного действия заключается в изменении природы и вязкости цервикальной слизи и частичном подавлении трансформации эндометрия.

В большинстве исследований, посвященных влиянию ЛНГ-ВМС 52 мг, на овариальный резерв у женщин репродуктивного возраста, отмечается его несущественное снижение. Однако, в литературе отсутствуют исследования, указывающие на состояние овариального резерва, при использовании «низкодозированных» ЛНГ-ВМС.

Цель

Определить, оказывает ли ЛНГ-ВМС содержащая 19,5 мг, у женщин репродуктивного возраста, влияние на овариальный резерв.

Материалы и методы

В исследование было включено 36 женщин с регулярными менструальными циклами (продолжительностью 21–35 дней), возраст которых варьировал от 22 до 28 лет. Комплексное обследование включало сбор анамнеза, антропометрических данных, трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) для определения количества антральных фолликулов и объема обоих яичников, а также рассчитывался индекс массы тела (ИМТ, в кг/м²). У всех обследованных до начала исследования на 2-3 сутки менструального цикла для оценки овариального резерва определяли уровень АМГ, ФСГ, ЛГ в сыворотке крови иммуноферментным методом. Всем обследованным с целью контрацепции была установлена ЛНГ-ВМС 19,5мг.



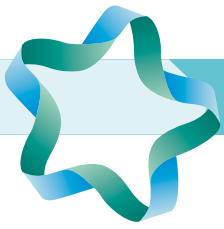
Результаты

Все пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по соматическому статусу. Возраст обследованных составил $26,4 \pm 1,7$ лет. Индекс массы тела (ИМТ) составил $24,4 \pm 1,6$ кг/м². У всех обследованных в анамнезе были одни вагинальные роды. До установки ЛНГ-ВМС 19,5 мг у всех 36 женщин уровень АМГ соответствовал референсным значениям для данной возрастной категории. Диапазон АМГ, среди обследованных, составил 2,61–7,08 нг/мл, со средним значением $4,02 \pm 1,51$ нг/мл. ФСГ, ЛГ в сыворотке крови, также соответствовали референсным значениям, среднее значение ФСГ $6,82 \pm 1,04$ мМЕ/мл, средний показатель ЛГ составил $4,31 \pm 0,22$ мМЕ/мл. У всех обследованных ЛНГ-ВМС была удалена через $3 \pm 1,1$ года после установки. Основой причиной явилось планирование последующей беременности. Сразу после удаления ЛНГ-ВМС 19,5 мг определяли уровень АМГ, ФСГ, ЛГ в сыворотке крови, а также было проведено трансвагинальное УЗИ. У всех женщин после удаления ЛНГ-ВМС 19,5 мг наблюдалось незначительное увеличение секреции ФСГ со средним значением $7,94 \pm 1,6$ мМЕ/мл. Уровень ЛГ был практически сопоставимым уровню перед началом исследования со средним значением $4,13 \pm 1,1$ мМЕ/мл. Показатель АМГ незначительно понизился, составив в среднем $3,3 \pm 0,2$ нг/мл. Спустя 3 месяца при повторном исследовании у всех пациенток наблюдалось повышение уровня АМГ ($p > 0,05$), составив в среднем $3,9 \pm 0,4$ нг/мл. Статистически значимых различий между первыми и окончательными измерениями при трансвагинальном УЗИ не наблюдалось.

Таким образом, применение ЛНГ-ВМС 19,5 мг в сущности практически не влияет на овариальный резерв, а незначительное понижение уровня АМГ носит реверсивный характер и может быть связано с подавлением продукции Е2 низкими дозами прогестинов, секретируемых ЛНГ-ВМС 19,5 мг.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, ЛНГ-ВМС 19,5 мг, установленная с целью контрацепции практически не влияет на показатели овариального резерва для определения более достоверных значений повторное обследование рекомендуется проводить спустя 2-3 месяца после удаления ЛНГ-ВМС.



СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНЫ ПОВТОРНЫХ НЕУДАЧ В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Свиридова Н.И., Мухина АВ., Долгова В.А.

г. Волгоград

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность

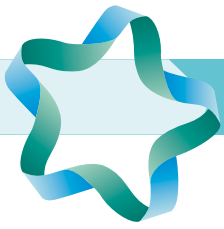
В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост результативности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), однако, 60% женщин по-прежнему не способны к достижению клинической беременности в одном лечебном цикле, а 20% – после трех циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Известно, что даже перенос морфологически качественного эмбриона в эндометрий, морфологически соответствующий фазе менструального цикла, не всегда приводит к достижению беременности, а наступившая беременность в ряде случаев прекращает развитие на ранних сроках. Процесс имплантации зависит от синхронизации большого количества факторов. Следует отметить, что две трети всех неудач имплантации ассоциировано с нарушением рецептивности эндометрия. Это диктует необходимость уточнения причин, вызывающих нарушение восприимчивости эндометрия.

Цель

изучить частоту инфицированности эндометрия вирусом папилломы человека (ВПЧ) у женщин репродуктивного возраста с повторными неудачами в программах экстракорпорального оплодотворения.

Материалы и методы

Нами проведено обследование 34 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет с повторными неудачами в программах вспомогательных репродуктивных технологий с морфологически верифицированным хроническим эндометритом. Критериями включения в исследование явились: репродуктивный возраст (18-45 лет), бесплодие первичное или вторичное, морфологически верифицированный хронический эндометрит, наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие терапии иммуномодулирующими препаратами в течение последних 6 месяцев; наличие острого или обострения хронического процесса органов малого таза; положительные тесты RW или



ВИЧ; тяжелая экстрагенитальная патология; злокачественные новообразования любой локализации; беременность; период грудного вскармливания.

Всем женщинам кроме общеклинического исследования, микробиологического исследования влагалищного содержимого и соскоба из цервикального канала, выполнено ВПЧ-тестирование в соскобе из шейки матки (качественное и количественное генотипирование 21 типов ВПЧ ВКР методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с помощью набора реагентов «АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин-титр-FL» в соответствии с рекомендациями производителя). Кроме того, проведено иммуногистохимическое исследование биоптатов эндометрия, полученных на 19-21 день менструального цикла, с качественной и количественной оценкой экспрессии ВПЧ.

Результаты

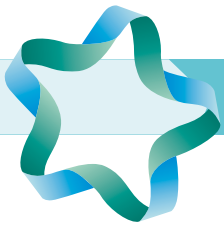
Средний возраст обследуемых пациенток составил $34,2 \pm 3,15$ года. Установлено, что в соскобах шейки матки из общей когорты обследованных, лишь в 11,8 % случаев были выявлены высокоонкогенные типы ВПЧ, при это в анамнезе у 30 (88,2%) женщин отмечено наличие ВПЧ- ассоциированных заболеваний шейки матки.

В ходе морфологического исследования эндометрия у всех пациенток выявлено наличие инфильтрации эндометрия лимфоцитами, плазмócитами и моноцитами. Характерными особенностями явились: фиброз стомы и склероз сосудистого русла.

Иммуногистохимическое исследование биоптатов эндометрия в 70,6% случаев выявило инфицирование вирусом папилломы человека. Следует отметить, что пораженные клетки локализовались преимущественно в эпителии желез, в то время как в строме эндометрия признаков поражения вирусом выявлено не было.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о роли вирусного инфицирования эндометрия в развитии повторных неудач в программах экстракорпорального оплодотворения у пациенток с хроническим эндометритом. Полученные данные требуют дальнейшего изучения причин персистенции вируса папилломы человека при его самоэлиминации из эпителия шейки матки.



ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭНДОМЕТРИИ

Свиридова Н.И., Пурясева К.А., Максимов С.Н.

г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Проблема гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) является одной из актуальных проблем современной гинекологии. Известно, что ожирение и ассоциированные с ним метаболические расстройства являются одним из значимых факторов риска развития и рецидивирующего течения гиперплазии эндометрия (ГЭ).

Немаловажную роль в формировании ГПЭ играет состояние рецепторного аппарата эндометрия. Это открывает новые перспективы для разработки методов диагностики, лечения и профилактики данной категории заболеваний, делая актуальным комплексное изучение связи между экспрессией рецепторов к половым стероидным гормонам и различными формами гиперпластических процессов эндометрия.

Цель

Изучение особенностей рецепторного аппарата эндометрия у пациенток репродуктивного возраста с гиперплазией эндометрия и ожирением.

Материалы и методы

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 106 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет с гиперплазией эндометрия без атипии. Обследование выполнялось согласно единому протоколу и включало в себя: общий и гинекологический анамнез, ультразвуковое исследование органов малого таза, гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием стенок полости матки и цервикального канала с последующим морфологическим и иммуногистохимическим исследованием экспрессии рецепторов к половым стероидным гормонам. Группу контроля составили 30 здоровых женщин, обратившихся для подбора контрацепции, которым в среднюю фазу пролиферации произведена биопсия эндометрия.



Результаты

Все пациентки отмечали различные нарушения менструальной функции. Установлено, что в структуре нарушений менструального цикла обследуемых больных доминировала олигоменорея, чередующаяся с аномальными маточными кровотечениями (64,2%).

В ходе морфологического исследования эндометрия у каждой третьей пациентки (35,8%) установлено сочетание неатипической гиперплазии эндометрия с признаками хронического эндометрита, о чем свидетельствовали отек стромы эндометрия, инфильтрация стромы эндометрия плазмócитами, а также умеренный фиброз волокнистых структур стромы эндометрия. Полипы эндометрия диагностировали в 30,2% случаев.

Установлено, что средний уровень экспрессии ER- α в эпителии желез у пациенток с гиперплазией эндометрия без атипии составил $80,04 \pm 13,26$, а в случае сочетания гиперплазии эндометрия без атипии с хроническим эндометритом – $62,17 \pm 10,45$ что было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в неизменном эндометрии ($262,76 \pm 24,01$), чем в неизменном эндометрии. Обращает на себя внимание тот факт, что независимо от морфологической структуры эндометрия, более низкая экспрессия ER- α выявлена в стромальных клетках эндометрия, по сравнению с железистыми.

Аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении экспрессии рецепторов PR. Наиболее высокий уровень экспрессии PR выявлен в неизменном эндометрии в фазу пролиферации, как в эпителии желез, так и в строме. При этом отмечается снижение экспрессии PR более выраженное в стромальных клетках эндометрия.

Таким образом, результаты иммуногистохимического исследования эндометрия свидетельствуют о наличии дисбаланса стероидных рецепторов в железах и строме эндометрия с нарушением распределения ER- α и/или PR вплоть до их исчезновения, по сравнению с нормальным эндометрием фазы пролиферации.

Заключение

Выявленные изменения рецепторного статуса эндометрия, диктуют необходимость дифференцированного подхода к лечению пациенток с неатипической формой гиперплазии эндометрия, что позволит оптимизировать тактику ведения больных с данной патологией.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Свиридова Н.И., Шкляр А.Л., Абраамян Л.К.

г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме невынашивания беременности, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) остается одной из актуальных проблем современного акушерства в виду своей медико-биологической и социально-экономической значимости. Согласно современным данным, ИЦН является одной из основных причин преждевременных родов (ПР) и поздних выкидышей. Повышение частоты встречаемости невынашивания беременности, ассоциированной с ИЦН, диктует необходимость более детального изучения данной проблемы.

Цель

Провести систематический анализ данных литературы, посвященных проблеме истмико-цервикальной недостаточности и оценить ее роль в невынашивании беременности и преждевременных родах.

Материалы и методы

В работе применялась общенаучная методология, базирующаяся на системном подходе с использованием формально-логических, общенаучных и специфических методов. Был произведен поиск литературных источников, опубликованных в базе данных Medline, Pubmed и др. В обзор включены данные преимущественно за последние 10 лет зарубежных и отечественных статей, найденных по данной теме.

Результаты

Как известно, ИЦН представляет собой укорочение длины шейки матки менее, чем 25 мм и/или расширение цервикального канала более чем 10 мм на всем протяжении ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша / преждевременных родов. Патогномичным признаком ИЦН является быстрое малоболезненное укорочение и раскрытие шейки матки во втором и ли в начале третьего триместра беременности, которое может привести к выкидышу или ПР. Этапами развития ИЦН являются структурные изменения шейки матки, часто с пролабированием плодного пузыря в цервикальный канал или во влагалище и преждевременным разрывом плодных оболочек.



В результате анализа научных данных установлено, что ИЦН является причиной ПР примерно в 30% наблюдений, а ее бессимптомное течение служит предпосылкой к росту частоты ПР. Кроме того, следует отметить, что ИЦН является самостоятельным значимым фактором риска невынашивания беременности, встречаясь во втором триместре в 40% случаев, а в третьем триместре – у каждой третьей пациентки. В свою очередь, каждый третий случай преждевременных родов обусловлен ИЦН. Распространенность ИЦН при беременности составляет 0,8-1%, при наличии в анамнезе выкидыша во втором триместре беременности – 20%, а ранних преждевременных родов – 30%.

Своевременное выявление факторов риска развития ИЦН, проведение профилактических мероприятий на прегравидарном этапе, ранняя диагностика и дифференцированный подход к лечению данной патологии позволит снизить частоту ПР, перинатальной заболеваемости и смертности путем снижения количества очень ранних ПР и рождения детей с экстремально низкой массой тела.

Заключение

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует о том, что проблема ИЦН далека от своего решения. Каждое научное исследование в этой области – шаг на пути преодоления невынашивания беременности у данной когорты пациенток, а значит повышение шансов реализации репродуктивной функции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

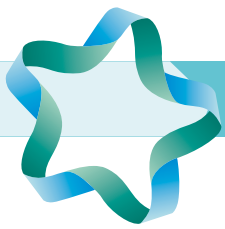
Солонко И.И., Бабченко А.М., Сороковик Ю.А., Будник О.А., Авчинко В.П.

г. Минск, Беларусь

Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии

Актуальность

В настоящее время приоритетное направление государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения касается охраны репродуктивного здоровья женщин, укрепления общесоматического здоровья. Повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с туберкулезом, имеющим нарушения менструальной функции, актуально по причине частого выявления данной патологии во время лечения.



Цель

Целью исследования явилась оценка результатов коррекции нарушений репродуктивной функции у женщин с туберкулезом согласно предложенному нами алгоритму.

Материалы и методы

Проведен анализ клинических данных 46 пациенток с туберкулезом, имеющих нарушения репродуктивной функции. Средний возраст обследованных женщин составил $32,3 \pm 6,7$ года. Алгоритм включал проведение клинической диагностики с целью определения типа репродуктивных нарушений, с учетом результатов диагностики осуществлялась гормональная коррекция, при необходимости консультирование и лечение у врачей-специалистов смежных специальностей (врач-эндокринолог, врач-терапевт, психолог). С целью диагностики типа и уровня нарушений овариально-менструального цикла определяли уровни гормонов в сыворотке крови иммуноферментным методом. Содержание эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, тиротропного гормона, пролактина определяли на второй-четвертый день менструального цикла, прогестерона на двадцать второй день менструального цикла. С целью диагностики типа овариальной недостаточности производили мониторинг фолликула ультразвуковым методом на 7, 9, 11, 13 дни и измерение диаметра желтого тела на 25-й день менструального цикла.

Результаты

Установлено, что реализация алгоритма позволяет при выявлении у женщин с туберкулезом нарушения менструальной функции (олигоаменорея, аменорея) исключить беременность, провести дифференциальную диагностику с учетом причин возникновения нарушений менструального цикла, исключить наличие новообразований женских половых органов, надпочечников; болезней эндокринной системы (синдром поликистоза яичников, гипопитуитаризм, синдром Иценко-Кушинга, иная эндокринная патология) и своевременно назначить пациенту с туберкулезом персонализированное лечение коморбидных олиго- или аменореи. Мониторинг и своевременная коррекция нарушений овариально-менструального цикла у пациенток-женщин на фоне проводимой терапии противотуберкулезными лекарственными препаратами способствовали повышению приверженности лечению (отсутствие перерывов в лечении) в 100% случаев, восстановлению нормального гормонального статуса и контролю менструального цикла у 91,7% женщин, предупреждению нежелательной беременности во время лечения в 100% случаев, что позволяло провести полный курс химиотерапии и повысить эффективность лечения туберкулеза (все пациентки прошли полный курс противотуберкулезного лечения). Социально-экономический эффект обусловлен повышением приверженности лечению и предотвращением случаев потерь для наблюдения из-за прерванного курса химиотерапии, предупреждением беременности в период лечения активного туберкулеза, снижением эпидемиологических рисков для популяции.



Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что комплексный подход к коррекции нарушений репродуктивной функции у пациенток с туберкулезом, основанный на учете показателей эндокринного профиля, позволяет предупредить развитие нежелательной беременности, повышает приверженность к лечению основного заболевания и улучшает репродуктивный прогноз.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Стародубцева Н.Л., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Девяткина А.Р., Кононихин А.С., Бржозовский А. Г. Франкевич В.Е.

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

В современных условиях исследования молекулярного состава биологических жидкостей, включая цервикальную жидкость (ЦВЖ), с использованием масс-спектрометрии приобретают особую значимость для ранней диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки. ЦВЖ представляет собой ценный источник информации о физиологическом состоянии нижнего отдела женского генитального тракта и позволяет получать объективные данные для клинической оценки.

Цель

Изучить протеомный состав ЦВЖ для определения корреляции между уровнем белков и тяжестью эпителиальных изменений шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией, у женщин репродуктивного возраста. Провести анализ протеомного состава ЦВЖ для оценки степени тяжести поражений эпителия шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией у пациенток репродуктивного возраста.



Материалы и методы

Обследованы 30 женщин в возрасте от 21 до 45 лет с поражениями шейки матки, ассоциированными с ВПЧ-инфекцией (ASCUS, LSIL, HSIL). В рамках клинического обследования были проведены цитологическое исследование, ВПЧ-типирование, кольпоскопия, а также протеомное исследование ЦВЖ методом тандемной хромато-масс-спектрометрии (ВЭЖХ–МС/МС). Для полуколичественного анализа полученных данных, включающего идентификацию и аннотацию белков, использовались программные пакеты Perseus и MaxQuant.

Результаты

Выделены две группы белковых панелей, специфичных для поражений эпителия шейки матки различной степени тяжести:

1. Первая группа – P4HB, HSPA8, C4BPA – характерна для ранних изменений, связанных с проникновением вируса в клетку, его транскрипцией и нарушением функции системы комплемента.
2. Вторая группа – PRDX5, YWHAЕ, LRG1 – характеризует поздние изменения, связанные с развитием неоплазий шейки матки и их прогрессией, включая снижение апоптоза, нарушение дифференцировки и созревания эпителия, а также трансформацию атипичных клеток.

Выводы

Анализ протеомного состава ЦВЖ с использованием метода ВЭЖХ-МС/МС позволяет эффективно дифференцировать изменения эпителия шейки матки на ранних этапах заболевания, а также определить степень тяжести поражений. Выделенные белковые панели, специфичные для различных стадий ВПЧ-ассоциированных изменений, могут в перспективе служить биомаркерами для диагностики ранних и поздних стадий поражений шейки матки, что способствует улучшению точности ранней диагностики и прогностической оценки.



ПОЗДНЯЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА И МАЛОВЕСНЫЙ ДЛЯ GESTАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ПЛОД: СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ

Столярова Е.В., Холин А.М., Ходжаева З.С., Гус А.И.

г. Москва

НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» Минздрава РФ»

Актуальность

Поздняя задержка роста плода (ЗРП) относится к наиболее обсуждаемым вопросам современного акушерства, связана с высоким риском антенатальной гибели плода, неонатальной смертности и заболеваемости. Следует различать термины «задержка роста плода» и «маловесный для гестационного возраста» плод, поскольку они не являются синонимами. МГВ – это плод с предполагаемой массой (ПМП) менее 10-го перцентиля, обусловленной его конституциональными особенностями. ЗРП – это патологическое ограничение генетически запрограммированного потенциала роста плода. Несмотря на то, что МГВ и ЗРП являются концептуально разными состояниями с точки зрения перинатальных исходов, в клинической практике их дифференциальная диагностика довольно сложна.

Цель

Подчеркнуть особенности дифференциальной диагностики нарушения роста плода на основе двух клинических случаев беременных с ЗРП и МГВ.

Материалы и методы

Двум беременным пациенткам с впервые выявленным замедлением роста плода после 32 недели была проведена ультразвуковая фетометрия и доплерография в динамике.

Результаты

Клинический случай №1. Пациентка Д. 38 лет, 1-е предстоящие роды, беременность протекала без осложнений. В 32 недели впервые было обнаружено снижение ПМП – 1736г, что соответствовало 15 перцентилем. При динамической оценке скорости роста плода было отмечено равномерное снижение окружности головы (ОГ), живота (ОЖ) и ПМП. Однако параметры кровотока по доплерометрии были в пределах референсных значений. Пациентке был установлен диагноз – МГВ. Она была родоразрешена в 39 недель беременности, родился живой доношенный мальчик массой 2970г, что соответствует 24 перцентилем.



Клинический случай №2. Пациентка С. 41 года, 1-е предстоящие роды, беременность осложнялась гестационным сахарным диабетом и гестационной артериальной гипертензией. При фетометрии в 32 недели беременности ОГ, ОЖ и ПМП находились в пределах нормативных значений, при повторном исследовании в 34 недель было отмечено значимое снижение траектории роста ОЖ (на уровне 4 перцентиль) и ПМП (8 перцентиль), при этом ОГ оставалась в пределах нормы. Эта тенденция сохранялась до 38 недели, что демонстрирует ассиметричный рост плода. При оценке параметров кровотока по доплерометрии обращал на себя внимание нормальный пульсационный индекс (ПИ) артерии пуповины (ПА) и динамическое снижение ПИ средней мозговой артерии (СМА) и церебро-плацентарного отношения (ЦПО), что является маркером проявления централизации в условиях длительной внутриутробной гипоксии. Пациентке был установлен диагноз поздняя ЗРП. Она была родоразрешена в сроке беременности 38 недель, родилась живая доношенная девочка весом 2650г, что соответствует 14 перцентилем. После родоразрешения диагноз маловесный новорожденный устанавливается при массе или длине менее 10-го перцентилем, в данном клиническом наблюдении антропометрические параметры были выше порога отсечки, и ребенок был выписан здоровым на 4е сутки жизни.

Заключение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует особенности дифференциальной диагностики поздней ЗРП и МГВ. Крайне важным является тот факт, что ПМП выше порога отсечки не исключает наличие задержки роста и подтверждает необходимость динамической фетометрии. Для большинства клиницистов решающее значение имеет ПИ в ПА, однако именно при поздней ЗРП оценка показателей церебрального кровотока крайне значима при определении срока родоразрешения. Новорожденные с антенатальным диагнозом ЗРП находятся в группе риска отдаленных неблагоприятных исходов и неврологических дефицитов даже при нормальных антропометрических показателях при рождении.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ

Сугурова А.Т., Хусаинова Р.И., Фаткуллина И.Б.

г. Уфа

*Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа,
Республиканский клинический перинатальный центр, г. Уфа, ГБУЗ Республиканский
медико-генетический центр г. Уфа*

Актуальность

Исследования подтверждают, что ожирение оказывает отрицательное влияние на репродуктивную функцию женщин, затрагивая работу яичников и физиологию ооцитов. Оно



замедляет процесс созревания ядра, способствует липотоксичности и воспалительным реакциям, провоцирует апоптоз кумулюсных клеток, увеличивает продукцию активных форм кислорода и, в конечном счете, негативно сказывается на митохондриях, приводя к бесплодию. Фертильность женщины значительно зависит от метаболического состояния организма. В последние десятилетия число людей, страдающих от избыточного веса и ожирения, достигло настораживающих уровней, и согласно прогнозам, к 2030 году распространенность этих состояний может значительно увеличиться. Таким образом, связь между репродуктивным здоровьем женщины и метаболизмом находится в центре внимания научных исследований, направленных на предотвращение бесплодия, связанного с ожирением. Метаболические маркеры, отражающие состояние и функции ооцитов, являются значимыми аспектами данного исследования. Качество ооцитов и эмбрионов имеет решающее значение для процессов оплодотворения и последующего развития эмбриона у пациентов с ожирением, участвующих в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Цель

Настоящий обзор направлен на анализ влияния ожирения у женщин с бесплодием на результативность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также на изучение методов, способствующих улучшению эффективности экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) среди этой группы пациенток.

Материалы и методы

Проведение данного метаанализа было обусловлено тем, что в статьях были представлены обоснованные экспериментальные и клинические данные по актуальным вопросам, связанным с влиянием ожирения на репродуктивную функцию. Публикации научных работ за последние пять лет были проанализированы с использованием ресурсов поисковых систем PubMed и eLIBRARY, которые имеют доступ к данным ключевым словам.

Результаты

Проведенный анализ литературных данных показал, что ожирение представляет собой серьезную проблему для общества, влияя на репродуктивную функцию на многих уровнях. Ожирение является серьезным фактором, влияющим на способность к зачатию и вынашиванию детей, и подчеркивает необходимость рассмотрения этой проблемы в контексте лечения бесплодия. В связи с этим женщинам с ожирением и бесплодием перед программами ВРТ необходима тщательная подготовка к беременности.

Заключение

На основе изучения работ был сделан вывод о том, что женское ожирение оказывает негативное влияние на репродуктивную функцию и эффективность программ ВРТ. Повысить эффективность программ ВРТ у женщин с ожирением возможно при проведе-



нии коррекции метаболических нарушений, а именно снижения массы тела таких пациентов на этапе прегравидарной подготовки.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И ГРУППЫ КАНЦЕРОГЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА, А ТАКЖЕ ОТ УРОВНЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ.

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.

г. Москва

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

Актуальность

Инфицирование высокоонкогенными типами вирусами папилломы человека (ВПЧ ВР) является основным этиологическим фактором развития предраковых заболеваний и рака шейки матки (РШМ). Согласно классификации канцерогенного потенциала типы ВПЧ имеют не одинаковую направленность в развитии тяжелых дисплазий и РШМ.

Цель

Изучить наиболее часто встречаемые типы ВПЧ, проанализировать значимость вирусной нагрузки в формировании предраковых поражений шейки матки в ходе динамического наблюдения у пациенток с «малыми» формами.

Материал и методы

В проспективное исследование было включено 320 женщин репродуктивного возраста с наличием ВПЧ ВР. Обследование заключалось в сборе анамнеза, гинекологического статуса, в проведении цитологического исследования, молекулярно-генетических методов исследования (Real Time PCR), кольпоскопии, прицельной биопсии шейки матки (по показаниям) с гистологическим исследованием патоморфологического материала. В зависимости от результатов цитологического заключения было сформировано 3 группы: I группа – 150 (46,9%) женщин с NILM, II группа – 90 (28,1%) с ASCUS; III группа – 80 (25%) с LSIL. Динамическое наблюдение осуществлялось каждые 6 мес. в течение 24 мес.



Результаты

Прогрессирование патологического процесса с формированием тяжелой дисплазии наблюдалось у 15 (4,6%) пациенток. В ходе динамического наблюдения прогрессирование патологического процесса наблюдалось в I группе – у 1 (0,6%) женщин, во II группе – у 6 (6,7%), III группе – у 8 (10%) пациенток ($p_{1-2} \geq 0,005$), ($p_{1-3} \geq 0,005$). Неопластическая трансформация с формированием тяжелой дисплазии была обусловлена персистенцией ВПЧ 16 (33,4%), 58, 39, 18 типы – 13,3% случаев, менее 7% с ВПЧ 45, 68, 56, 82, 66, 33 типов. Согласно классификации канцерогенного потенциала типы ВПЧ в формировании тяжелой дисплазии участвовали ВПЧ группы 1 – 93%; группы 2А-2В – 20%. Уровень вирусной нагрузки оставался значимым исходно и в ходе динамического наблюдения – 6,7 lg (5,7–7,1 lg) у пациенток с последующей прогрессией патологического процесса.

Заключение

Неопластические изменения с формированием CIN2/3 (HSIL) статистически чаще наблюдались во II (ASCUS) и III (LSIL) группах. В формировании HSIL преобладающую роль сыграла персистенция ВПЧ16 типа, а также других типов ВПЧ высокого канцерогенного риска (группа 1), уровень вирусной нагрузки был статистически выше в группе с последующей прогрессией патологического процесса ($p=3,4 \times 10^{-4}$).

РОЛЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Авторы тезиса: Тимохина Е.В., Игнатко И.В., Григорьян И.С., Федюнина И.А., Богомазова И.М., Мэлэк М.

г. Москва

Место работы: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Актуальность

В связи с тем, что преэклампсия (ПЭ)- это всегда нарушение адаптации гемодинамики матери к новым условиям беременности, включающее нарушение насосной функции сердца, нами предпринята попытка оценить изменение уровня мозгового натрийуретического пептида (от англ. Brain natriuretic peptide- BNP) при неосложненной беременности и осложненной ПЭ разной степени тяжести.

Цель

Изучить роль BNP как возможного маркера кардиальной дисфункции и дезадаптации гемодинамики матери.



Материалы и методы

Проведено проспективное исследование, в которое было включено 107 беременных в сроке 22-40 недель гестации. Основную группу составили 77 пациенток с установленным диагнозом ПЭ. С целью изучения роли мозгового натрийуретического пептида в различных вариантах ПЭ было выделено 2 подгруппы: пациентки с умеренной ПЭ- 44 (57,1%) беременные, и с тяжелой ПЭ- 33 (42,9%). Группу контроля составили 30 пациенток с неосложненной беременностью. Уровень BNP определяли в сыворотке крови путем электрохемилюминесцентного иммуноанализа.

Результаты

Установлено, что у беременных с ПЭ концентрация BNP в крови достоверно превышает уровень данного маркера в контрольной группе (79,5 пг/мл, 398,5 пг/мл и 36,0 пг/мл, соответственно). В подгруппе с тяжелой ПЭ уровень BNP достоверно выше по сравнению с умеренной (398,5 и 79,5 пг/мл).

Заключение

Наше исследование показало, что уровень данного гормона в крови коррелирует с тяжестью ПЭ. Возможно дальнейшее изучение роли BNP у беременных с ранней и поздней ПЭ, во взаимосвязи с показателями состояния фето-плацентарной системы у пациенток с ПЭ, как возможного маркера развития и течения этого жизнеугрожающего состояния беременности.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Делеске И.А.

г. Волгоград

ООО «Сфера»

Актуальность

Частое сочетание хронического эндометрита с пролиферативными процессами в эндометрии, полиэтиологические факторы, стертая картина и рецидивирующее течение заболевания указывают на необходимость поиска новых подходов в лечении. Хроническое течение воспалительных процессов в эндометрии, усугубляющееся персистенцией вирусной инфекции ведет к отягощению клинических проявлений и влиянию на репродуктивное здоровье женщины.



Цель

Обосновать использование расширенной лабораторной диагностики для выявления микробно-вирусных возбудителей воспаления в эндометрии и использование в дальнейшем терапии, в состав которой входят иммуностимулирующий лекарственный препарат.

Материалы и методы

В ходе одноцентрового проспективного нерандомизированного исследования использовались клиничко-анамнестический метод для оценки вредных факторов, социального статуса, наличие наследственных заболеваний, репродуктивный анамнез, соматический анамнез, эффективность лечения в прошлом. Лабораторная диагностика включала в себя микроскопические методы исследования, метод полимеразной цепной реакции, бактериологический метод исследования, морфологический метод. Ультразвуковое исследование органов малого таза в первую фазу менструального цикла до и после лечения. Эндоскопический метод исследования включающий гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала. Морфологический метод исследования представлен как гистологическое исследование материала после гистероскопии или выполненной пайпель-биопсии. Статистический анализ подготовленных первичных данных в Jupyter Notebook и дополнительное использование библиотек `scipy`, `numpy` и другие.

Результаты

Средний возраст пациенток, участвующих в исследовании $36,8 \pm 7,0$ лет. Всего в исследовании участвовало 122 пациентки, из них ретроспективная группа 30 человек, проспективная групп 62 человека, контрольная группа 30 человек. Пациентки ретроспективной группы (получавшие лечение в прошлом в соответствии с классическим подходом) в 33,3% случаев начали половую жизнь до 18 лет, а в проспективной группе этот показатель 60,0%, когда как в контрольной группе 16,6%. У пациенток ретроспективной группы в 93,3% случаев были выявлены воспалительные заболевания шейки матки и влагалища в анамнезе, а у женщин проспективной группы 90,6%. Микробиом цервикального канала у женщин ретроспективной группы представлен анаэробной флорой 40,0%, анаэробной флорой 50,0%, уреоплазма встречалась в 46,6% случаев. И отмечается вирусная инфекция: цитомегаловирус 3,3%, вирус папилломы человека 100% и вирус простого герпеса 16,6%. У пациенток проспективной группы анаэробная флора 31,25%, аэробная 30,0%, уреоплазма 28,1%, микоплазма 6,6% и наивысший показатель встречаемости гарднереллы 28,1%, цитомегаловирусная инфекция 3,3%, а персистенция вируса папилломы человека 60,0%. При этом случаев сочетания двух типов в 30,0%, а трех и более 13,3%. Вирус папилломы человека 16 типа наиболее часто встречаемый 53,3% случаев, 18 тип 30,0% случаев и 31 тип 16,6% случаев. Пациентки ретроспективной группы гораздо чаще имели воспалительные процессы по данным микробиологического, микроскопического и цитологического метода исследования. По результатам ультразвукового исследования пато-



логические признаки эндометрия выявлялись чаще у женщин ретроспективной группы по сравнению с проспективной и контрольной группой.

Заключение

Обследование пациенток на вирусные инфекции половых путей, особенно вирус папилломы человека, позволяет расширить понимание этиопатогенеза воспалительного процесса в эндометрии. И позволит усовершенствовать комплексное лечение и реабилитацию пациенток репродуктивного возраста с данной патологией.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шкляр А.Л.

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ИНМФО

Актуальность

Во всем мире ЗРП является ведущей причиной мертворождения, неонатальной смертности, а также неонатальной заболеваемости. Переход на современные критерии диагностики и подходы к ведению беременности поможет в снижении антенатальных потерь.

Цель

Представить практическому врачу амбулаторного звена рабочий алгоритм по диагностике задержки роста плода, обследованию и ведению беременности.

Материалы и методы

Проанализированы действующие национальные и международные клинические рекомендации, алгоритмизированы подходы

Результаты

Действия врача при рутинном осмотре беременных

1. Точно установить срок беременности – пересчитать на основании ультразвукового исследования (УЗИ) в первом триместре.
2. Собрать анамнез и оценить факторы риска задержки роста плода (ЗРП).



3. Оценить риски ЗРП по результатам комбинированного скрининга 1 триместра – биохимического и УЗИ.
4. Рекомендовать бросить курить.
5. Измерить высоту дна матки и сопоставить его сроку беременности. Заполнить гравидограмму.
6. Взвесить беременную, подсчитать индекс массы тела, еженедельно учитывать прибавку массы тела, беспокоится за избыточную или недостаточную прибавку.
7. Провести УЗИ плода в скрининговые сроки. Во всех протоколах УЗИ указать проценты массы плода для динамического сравнения.
8. Научить беременную подсчету движений плода.
9. Проводить кардиотокографию плода (КТГ) со срока 28-30 недель всем беременным с периодичностью 1 раз в 1-4 недели. При мониторинге состояния плода должны использоваться аппараты КТГ с компьютерным анализом (учетом срока гестации, критериями Дэвиса-Рэдмона, STV).

Дополнительные действия врача при осмотре беременных с риском ЗРП

1. В первом триместре контролировать пульсационный индекс маточной артерии.
2. При отнесении беременной в группу риска по ЗРП и уже имевшим преэклампсию (ПЭ) или ЗРП в анамнезе, или текущий высокий риск ПЭ – необходимо назначить аспирин 100-150 мг по утрам с 12-16 недель беременности в профилактических целях.
3. Со срока 24-28 недель проводить дополнительные ультразвуковые исследования с оценкой роста плода и доплерометрией (ДПП).

Дополнительные действия врача при осмотре беременных с подозрением на ЗРП

1. Повторно оценить анамнез.
2. Назначить диагностические исследования КТГ, УЗИ, ДПП в зависимости от срока беременности и наличия возможности.

КТГ проводить со срока 26 недель. УЗИ проводить на экспертном уровне с прицельным поиском аномалий развития, признаков внутриутробной инфекции. Наличие крупных структурных аномалий, «мягких маркеров» или многоводия может повышать вероятность хромосомных, субхромосомных или отдельных генных аномалий как причины ЗРП. Наличие укороченных трубчатых костей плода повышает вероятность скелетной дисплазии и указывает на необходимость генетического тестирования. Обратит внимание на результаты, связанные с возможными врожденными инфекциями. Примеры аномальных сонографических признаков включают малую окружность головы, вентрикуломегалию, кальцификацию головного мозга или печени, перивентрикулярную ги-



перехоженность, пороки развития коры головного мозга, экзогенный кишечник, водянку или гиперплазию плаценты. ДПП является неотъемлемой частью диагностики при подозрении и наличии ЗРП. Аномальные результаты ДПП в маточных, пупочных или средних церебральных артериях в высокой степени свидетельствуют о плацентарной дисфункции как основной этиологии ЗРП.

3. Назначить обследование для выявления дополнительных причин ЗРП – на генитальные инфекции (цитомегаловирус, токсоплазмоз, краснуху, герпес, сифилис). В контексте эпидемиологического анамнеза – на ветряную оспу, малярию и вирус Зика.

4. Генетическая консультация и амниоцентез с кариотипированием должны быть предложены женщинам в случаях ранней или тяжелой ЗРП (<3-го перцентиля), одновременного наличия данных УЗИ (структурные аномалии, мягкие маркеры или многоводие), и отсутствия явных ДПП-признаков плацентарной дисфункции. Женщины должны быть проинформированы о риске генетической этиологии даже при наличии «изолированного» ЗРП без сопутствующих аномалий плода. Не рекомендуется заменять амниоцентез с анализом ДНК плода неинвазивным пренатальным тестом с использованием бесклеточного анализа ДНК плода.

5. Также, как и в группе высокого риска по ЗРП, необходимо со срока 24-28 недель проводить дополнительные ультразвуковые исследования с оценкой роста плода и оценкой кровотока.

Заключение

Пошаговое исполнение алгоритма позволит врачу амбулаторного звена своевременно диагностировать ЗРП, адекватно наблюдать за плодом в течение беременности, не допустить критического ухудшения его состояния, а также вовремя поставить вопрос о родоразрешении.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Ткаченко Л.В., Юстус А.С., Курушина О.В.

г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность

Термином «предменструальный синдром» или «синдром предменструального напряжения» обозначают патологическое состояние, характеризующееся разнообразными



циклически повторяющимися физическими, эмоциональными, поведенческими и познавательными симптомами, которые развиваются в течение лютеиновой фазы менструального цикла и исчезают вскоре после начала менструации. По данным зарубежных авторов, данное состояние затрагивает не менее 60% женщин по всему миру. В октябре 2024 года Научно-практический совет Минздрава РФ утвердил клинические рекомендации по предменструальному синдрому, которые вступили в силу с 1 января 2025 года. Разработчиком документа выступило Российское общество акушеров и гинекологов (РОАГ). Однако, до сих пор не определены принципы мониторинга пациенток с ПМС в процессе лечения и реабилитации, в частности, с использованием обучающих программ, направленных на профилактику развития ПМС. С целью выявления данных симптомов пациентке обычно рекомендуется заполнение специального опросника (например, Daily Record of Severity of Problems, DRSP), но в России нет стандартизированного образца. В Великобритании существует отдельное общество по изучению ПМС «The National association of premenstrual syndrome». С развитием цифровых технологий открываются новые горизонты для более точной и эффективной диагностики этого состояния. В статье описывается опыт применения специально разработанного Чат-бота в Telegram PMS BOT для диагностики и динамического наблюдения пациенток.

Цель

Изучить распространенность и выраженность болевых синдромов в динамике менструального цикла у женщин, страдающих ПМС посредством специально разработанного Чат-бота в Telegram PMS BOT.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 158 женщин репродуктивного возраста. В течение 6 последовательных циклов ежедневно пациентки проходили короткий опрос, фиксируя данные о симптомах, их интенсивности и продолжительности в Чат-бот в Telegram PMS BOT (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2025611434) по аналогии с ведением менструального дневника. Время оповещения о старте опроса женщины выбирали самостоятельно, начав чат с ботом.

Основную группу составили 70 пациенток с регулярным менструальным циклом, но с проявлениями ПМС различной степени выраженности, симптомы которого препятствовали выполнению профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, но без приема гормональных препаратов в течение последних 6 месяцев. В группу контроля вошли 88 женщин без клинических признаков ПМС. Все обследованные находились в репродуктивном возрасте. Средний возраст пациенток с ПМС составил $29,1 \pm 0,8$ года, в группе контроля – $29,3 \pm 0,3$ года. Исследование осуществлялось в I и II фазу менструального цикла таким образом, чтобы получить в динамике представление о развитии симптомов, их интенсивности и длительности.



Результаты

При исследовании болевых синдромов в первую половину менструального цикла диагнозу первичной фибромиалгии, согласно критериям Американской коллегии ревматологов (1990), полностью соответствовали 15 (21,4%) женщин основной группы. В контрольной группе первичной фибромиалгии не выявлено.

Жалобы на головную боль предъявляли 33 (47,14%) пациентки с ПМС и 9 (10,22%) клинически здоровых женщин.

При исследовании распространенности различных проявлений предменструального синдрома во вторую половину менструального цикла было выявлено преобладание жалоб на болевые проявления (46%) среди женщин основной группы, хотя их так же беспокоили психоэмоциональные нарушения, такие как тревога и депрессия, отеки ног, масталгия и прочие, типичные для предменструального периода, симптомы.

В основной группе хотя бы один из симптомов фибромиалгии встречался у 72 (93,5%) женщин.

Достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми женщинами.

Жалобы на головную боль во второй половине менструального цикла предъявляли уже 48 (68,57%) пациенток с ПМС. В то же время количество женщин, страдающих головной болью, в контрольной группе не изменилось – 9 (10,22%).

Заключение

Преимущества интеграции цифровых технологий в диагностику ПМС включают в себя более персонализированный подход к лечению, удобство в сборе данных и возможность более тесного взаимодействия между врачами и пациентами. Алгоритмы способны обрабатывать большие объемы данных, предоставленных пользователями, и выявлять закономерности. Это может привести к созданию более точных инструментов для диагностики, способных предсказывать возникновение симптомов на основе ранее собранных данных.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК

Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Мирзоянц С.Л., Арабаджан С.М.

г. Ростов-на-Дону

Областной перинатальный центр



Актуальность

Присоединение HELLP-синдрома у пациенток с тяжелой формой преэклампсии означает развитие полиорганной недостаточности (ПОН) с «классической триадой» лабораторных показателей (гемолиз, тромбоцитопения, повышение печеночных ферментов). Известно, что HELLP-синдром является мультисистемным прогрессирующим патологическим состоянием, крайне тяжелым осложнением беременности, а именно тяжелой формы преэклампсии со значительным поражением органов-мишеней (почки, печень) и с высоким риском неблагоприятных перинатальных материнских исходов. В настоящее время классические проявления HELLP-синдрома не всегда наблюдаются, а нередко отмечается моносимптомное течение и/или ELP-синдрома (повышение уровня печеночных ферментов и тромбоцитопения). Это диктует необходимость проведения комплексной интенсивной терапии, направленной на коррекцию нарушений метаболизма.

Цель

Провести анализ эффективности лечения проводимой коррекции нарушений метаболизма у пациенток с HELLP-синдромом

Материалы и методы

Проведен анализ диагностики и лечения 32 пациенток с диагнозом HELLP-синдром, осложнившим течение тяжелой формы преэклампсии. Все пациентки были распределены на две группы: 1 группа – 22 женщины, у которых диагноз HELLP-синдром был поставлен во время беременности (при сроке 31-37 недель) и 2 группа (10 женщин), у которых HELLP-синдром развился после родов. Возраст женщин 25-38 лет. У всех пациенток на фоне гемодинамических показателей проводилось исследование показателя гемолиза, уровня печеночных ферментов, тромбоцитов и системы гемостаза.

Результаты

У всех обследуемых наблюдались типичные клинические проявления тяжелой формы преэклампсии: артериальная гипертензия (АД выше 170/110 мм рт. ст.), протеинурия различной степени выраженности, генерализованные отеки, а также тромбоцитопения, снижение уровня гемоглобина, увеличение уровня ЛДГ более 700 Ед/л, повышение АСТ свыше 80 Ед/л, АЛТ более 140 Ед/л и креатинина свыше 100 мкмоль/л. Всем пациенткам проводилась комплексная терапия, направленная в первую очередь, на лечение тяжелой преэклампсии и профилактику эклампсии (сернокислая магнезия) и стабилизацию выраженной гипертензии (клинидин, нифедипин, допегит). С целью коррекции гипертензии, всем женщинам проводилась также эпидуральная анальгезия. Необходимо отметить, что постановка диагноза HELLP-синдрома у беременных означала срочное оперативное родоразрешение по жизненным показаниям для женщины с целью исключения различных более грозных осложнений (ОПН, ОППН). Всем пациенткам 2 группы с послеродовым HELLP-синдромом при адекватном диурезе проводили объемный плазмаферез



с удалением 2-3 л плазмы и возмещением 3-5 л донорской свежзамороженной плазмы, а при показаниях и альбумин. Пациенткам 1 группы объемный плазмаферез проводился сразу же после родоразрешения. Кроме того, с целью коррекции нарушений гемостаза всем пациенткам обеих групп через 8-12 часов после оперативного родоразрешения вводились препараты низкомолекулярного гепарина. Проведение данного алгоритма интенсивной терапии привело к стабилизации параметров гемодинамики в течение 18-27 часов и нормализации лабораторных показателей в течение 25-48 часов. Своевременная диагностика и родоразрешение у беременных с HELLP-синдромом позволили избежать более тяжелых осложнений данной патологии и стабилизировать состояние и самочувствие всех пациенток обеих групп.

Заключение

Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что при развитии HELLP-синдрома у беременных с тяжелой формой преэклампсии с целью профилактики тяжелых осложнений (ОПН, ОППН) целесообразно проведение срочного оперативного родоразрешения по жизненным показаниям как для матери, так и для плода. Позднее выявление HELLP-синдрома и отсроченное родоразрешение может приводить к фатальным осложнениям этого грозного заболевания.

МОРФОМЕТРИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У МАТЕРИ И ПЛОДА.

Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Габараева М.Р., Фидарова Т.В.

г. Москва

Российский университет медицины Минздрава России

Актуальность

Материнская и перинатальная заболеваемость определяется состоянием маточно-плацентарного кровотока. Современная медицина зачастую позволяет диагностировать плацентарные нарушения только при появлении клинической симптоматики, когда изменения необратимы. Это диктует необходимость в разработке новых методов ранней диагностики сосудистых нарушений у беременных.

Цель

Цель исследования: совершенствование ранней диагностики сосудистых нарушений у беременных на основе цитоморфометрической диагностики эндотелиальной дисфункции.



Материалы и методы

В исследовании использован разработанный нами метод определения среднего эквивалентного диаметра циркулирующих десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК), который основан на традиционном способе подсчета ДЭК в периферической крови разработанном J. Hladovec с соавт. в 1978 г. Осуществлено проспективное, наблюдательное. когортное исследование состояния сосудов у беременной и плода методом «случай-контроль». Обследовано 180 женщин на сроке 7-10 недель беременности: основную группу составили 90 беременных с несостоявшимся выкидышем, в контрольную группу вошли 90 женщин, у которых проведен медицинский аборт по желанию. У всех пациенток проводилось определение количества и среднего эквивалентного диаметра ДЭК периферической крови, а также выполнено морфологическое исследование удаленного плодного яйца с морфометрией сосудов хориона. Критерий включения в исследование беременных на сроке гестации 7-10 недель, когда структура стенки сосуда ворсинчатого хориона представлена только клетками эндотелия, позволил нам косвенно оценить морфометрические параметры фетальных эндотелиоцитов. Полученные результаты сравнивались с применением U-критерия Манна-Уитни и метода ранговой корреляции Спирмена.

Результаты

По возрасту и соматической патологии сравниваемые группы были статистически сопоставимы. Среднее количество ДЭК в контрольной группе составило $5,5 \pm 2,12 \times 10^4$ кл/100мл и $12,6 \pm 5,89 \times 10^4$ клеток/100мл группе с несостоявшимся выкидышем ($p < 0,001$). Средний диаметр ДЭК в контрольной группе составил $43,9 \pm 3,99$ мкм и $29,5 \pm 9,40$ мкм в основной группе ($p < 0,001$). Среднее значение толщины стенки первичного капилляра в хорионе составило $0,7 \pm 0,11$ мкм в основной группе и $0,9 \pm 0,12$ мкм в группе контроля ($p < 0,001$). Индекс апоптоза эндотелиоцитов сосудов хориона в основной группе составил $7,1 \pm 2,49\%$, в контрольной группе $3,8 \pm 1,49\%$ ($p < 0,001$). Корреляционный анализ продемонстрировал сильную обратную зависимость количества ДЭК и их среднего диаметра $r_s = -0,95$. Сравнение параметров среднего диаметра ДЭК у матери и толщины стенки капилляров хориона плода показало сильную положительную корреляцию $r_s = 0,99$. С индексом апоптоза эндотелиоцитов сосудов ворсинчатого хориона показатель СДДЭК коррелировал сильно и отрицательно ($r_s = -0,75$).

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют об идентичности изменений морфометрических параметров ДЭК периферической крови матери и сосудов хориона плода, что позволяет использовать данное исследование в качестве малоинвазивного и быстровыполнимого пренатального метода диагностики сосудистых нарушений у плода, для обеспечения своевременной профилактики и лечения акушерских и перинатальных осложнений.



РОЛЬ ПРОГЕСТЕРОНА В ТЕРАПИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Галачиев О.В., Агнаева Н.З.

г. Москва

Место работы: Россия, г. Москва, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
МЗ РФ.

Актуальность

На сегодняшний день важную роль в развитии акушерских осложнений отводят генерализованной эндотелиальной дисфункции. Следует констатировать, что рекомендации по терапии дисфункции эндотелия до сих пор четко не сформулированы, что, вероятно, связано с многокомпонентным патогенезом данного нарушения, сопряженного с изменением синтеза вазодилататоров и вазоконстрикторов, провоспалительных и протромботических медиаторов. На сегодняшний день внимание ученых в этом вопросе обращено на применение препаратов прогестерона. Важным компонентом патогенеза эндотелиальной дисфункции является воспаление. Провоспалительные медиаторы повышают экспрессию молекул адгезии лейкоцитов в стенке сосуда, изменяют проницаемость эндотелия, а также вызывают структурные изменения в гликокаликсе эндотелиальных клеток, инициируя их десквамацию. Прогестерон является ингибитором воспалительной реакции во время беременности, влияя на систему цитокинов. Помимо этого, при имплантации под влиянием прогестерона в эндометрии происходит повышение содержания PAI-1, тканевого фактора и эндотелина. Изучение возможности таргетного воздействия на эндотелий препаратами прогестерона является актуальной задачей современного акушерства.

Цель

Цель: изучение влияния терапии препаратами прогестерона на морфофункциональное состояние эндотелия у беременных.

Материалы и методы

В исследование включено 174 беременных: основную группу составили 66 пациенток с прогрессирующей беременностью, принимавшие препараты прогестерона, контрольную группу составили 108 беременных. У всех пациенток в исследуемых группах проведена цитологическая диагностика эндотелиальной дисфункции: по методике J. Hladovec (1978) проведен подсчет десквамированных эндотелиоцитов (ДЭК), а также определен средний эквивалентный диаметр ДЭК с применением компьютерной программы анализа изображений Leika Application Suite LAZ EZ Version 2.1.0. Для верификации результатов морфометрического исследования ДЭК, у 84 беременных в исследуемых группах



проведена оценка биохимического маркера эндотелиальной дисфункции высочувствительного С-реактивного белка (hs-СРБ) методом иммунотурбидиметрии с латексным усилением. Статистическая обработка параметров проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты

Сравнение возраста и соматической патологии беременных в группах продемонстрировало отсутствие достоверных отличий. По наличию факторов риска эндотелиальной дисфункции сравниваемые группы были сопоставимы. Количество ДЭК в контрольной группе составило $11,8 \pm 5,73$ клеток/100 мл, в основной исследуемой группе этот параметр составил $9,9 \pm 5,05$ клеток/100мл ($p < 0,05$). Средний эквивалентный диаметр ДЭК составил $29,0 \pm 8,12$ мкм в контрольной группе и $32,7 \pm 7,61$ мкм в основной группе ($p < 0,001$). Среднее значение концентрации hsCRP в сыворотке крови также продемонстрировало отличие в сравниваемых группах: в группе контроля $3,4 \pm 2,53$ мг/мл, в основной группе $1,7 \pm 1,52$ мг/мл ($p > 0,05$).

Заключение

Проведенный анализ продемонстрировал позитивное влияние терапии препаратами прогестерона на морфофункциональное состояние эндотелия во время беременности. Исследование подтверждает возможность таргетного воздействия препаратами прогестерона на эндотелий и демонстрирует новое направление поиска путей снижения материнской и перинатальной заболеваемости.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭНДОТЕЛИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Фирсова Т.А.

г. Москва

Российский университет медицины Минздрава России, Россия, Москва,

Актуальность

Дисфункция эндотелия рассматривается сегодня как основное патогенетическое звено гемодинамических нарушений в фетоплацентарном комплексе, играя решающую роль в формировании маточно-плодовых отношений с ранних сроков беременности. В работе проведен анализ влияния на эндотелиальную систему у беременных дипиридамола, обладающего свойствами антиагреганта и ангиопротектора. Применение антиагрегантной терапии допустимо с ранних сроков беременности, что открывает новые возможности профилактики акушерских и перинатальных осложнений.



Цель

Цель исследования: изучить влияние терапии дипиридамолом на эндотелий в первом триместре беременности.

Материалы и методы

Нами проведено наблюдательное проспективное контролируемое исследование влияния терапии дипиридамолом на морфофункциональное состояние эндотелия. В исследовании участвовало 140 беременных, госпитализированных в ГБУЗ ГКБ №13 ДЗ г. Москвы с диагнозом угрожающий самопроизвольный выкидыш. Основную группу составили 74 пациентки, принимавшие дипиридамолом не менее 7 суток до начала исследования. Дозировка препарата: 75 мг/сутки. Средний срок беременности: $11 \pm 7,95$ недели. В контрольную группу вошли 66 пациенток. Средний срок беременности в этой группе составил $10,3 \pm 4,35$ недель. Всем участницам исследования также проводилась по показаниям гормональная, гемостатическая, спазмолитическая, витаминотерапия. В группах изучены основные лабораторные показатели свертывающей системы, и осуществлена цитологическая диагностика дисфункции эндотелия: согласно методике J. Hladovec (1978), проведен подсчет десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК), а также с применением компьютерной морфометрии определен средний эквивалентный диаметр ДЭК.

Результаты

Средний возраст пациенток в основной группе составил $28,9 \pm 5,21$ лет и $30,5 \pm 5,72$ лет – в контрольной группе. Анализ антропометрических показателей, вредных привычек, а также соматической патологии продемонстрировал статистическую сопоставимость групп. Средний показатель АЧТВ составил $30,1 \pm 3,52$ сек. в основной группе и $29,4 \pm 3,24$ сек. в контрольной группе ($p > 0,05$), ПТИ: $88 \pm 10,21\%$ и $93,4 \pm 14,23\%$ ($p > 0,05$), фибриноген: $4,3 \pm 0,84$ г/л и $3,9 \pm 0,93$ г/л ($p > 0,05$), МНО: $1,1 \pm 0,08$ и $1,1 \pm 0,12$ ($p > 0,05$). Количество тромбоцитов в основной и контрольной группах составило, соответственно: $235,5 \pm 59,91 \times 10^9$ /л и $234,2 \pm 69,11 \times 10^9$ /л ($p > 0,05$), средний объем тромбоцитов: $8,7 \pm 0,93$ fl и $9,1 \pm 1,32$ fl ($p > 0,05$). Цитологическая диагностика эндотелиальной дисфункции продемонстрировала следующие результаты: количество ДЭК составило в основной и контрольной группах: $7,9 \pm 2,75 \times 10^4$ и $9,9 \pm 5,05 \times 10^4$ клеток/100мл ($p < 0,05$), средний эквивалентный диаметр ДЭК: $37,3 \pm 4,54$ мкм в основной и $32,7 \pm 7,61$ мкм в контрольной группе ($p < 0,001$).

Заключение

Таким образом, прием дипиридамола изменял состояние эндотелиальной системы у беременных. Исследуемые группы были статистически сопоставимы не только по анамнезу, вредным привычкам, соматической патологии (с учетом факторов риска развития эндотелиальной дисфункции), но и по рутинным показателям свертывающей системы. Проведенное исследование демонстрирует благоприятное влияние антиагрегантной терапии на морфофункциональное состояние эндотелиоцитов, что позволяет определять



новые пути профилактики сосудистых нарушений у беременных с применением таргетного воздействия на эндотелиалий.

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Усман Йз Яхайя, Ниёзова Райхона, Романова Е.М., Черкашина А.В., Игнатко И.В.

г: Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

Актуальность

Преэклампсия – серьезное осложнение беременности, связанное с нарушениями метаболизма железа и другими факторами. Характеризуется дисфункцией эндотелия и вазоспазмом, обычно возникающими после 20 недель гестации, но иногда проявляющимися и раньше или позже. Это ведущая причина материнской смертности, поэтому важно понимание ее механизмов и патогенеза. Железо играет ключевую роль в патогенезе преэклампсии.

Цель

В рамках настоящего исследования целью является оценка роли железа как важного биоэлемента, играющего ключевую роль в развитии преэклампсии, а также изучение клинического применения различных биомаркеров, таких как ферритин, трансферрин и гепсидин, для оценки нарушений метаболизма железа. Кроме того, мы планируем оценить прогностическую ценность этих маркеров в выявлении неблагоприятных исходов как для матери, так и для плода, в тех клинических ситуациях, когда у беременной женщины возникает преэклампсия. Более того, мы стремимся подчеркнуть роль биоэлементов в развитии преэклампсии и установить взаимосвязи между этим серьезным заболеванием и нарушениями регуляции железа.

Материалы и методы

Проанализируются данные двухэтапного исследования: ретроспективное «случай-контроль» (50 женщин), проспективное продольное «случай-контроль» (150 беременных, 120 с преэклампсией, 30 контрольных). Исследование 200 женщин прояснит биоэлементологические процессы. Выявление связи между уровнями железа, окислительным стрессом и тяжестью преэклампсии важно.



Результаты

Результаты проведенного исследования показали, что высокие уровни ферритина и гепсидина тесно связаны с тяжелым течением преэклампсии, а также с повышенным уровнем окислительного стресса. Низкая латентная железосвязывающая способность также указывает на возможные проблемы с транспортом железа. Допплеровское исследование выявило снижение кровотока от матери к плоду, что также характерно для преэклампсии. Сочетание биомаркеров с доплеровским сканированием может повысить точность диагностики.

Заключение

Поддержание баланса железа играет решающую роль в развитии преэклампсии, подчеркивая важность биоэлементологии в понимании этого заболевания. Глубокое понимание биоэлементологии имеет важное значение для разработки более эффективных методов лечения. Изучение маркеров железа для улучшения диагностики тесно связано с применением доплеровского сканирования. Таким образом, будущие исследования будут играть важную роль в определении оптимальных уровней биомаркеров и улучшении методов лечения преэклампсии.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О ВИРУСЕ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И АССОЦИИРОВАННЫХ С НИМ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Карновская А.А., Лукьянова Д.И., Малько Д.В., Драгомирецкая К.П., Елсыкова Е.И., Перова А.В., Агаркова М.А., Догонова Д.Ц., Ослопова А.А., Пивнева А.А., Ржевцева А.В.

г. Чита

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность

В разряде глобальных задач систем здравоохранения мира стоит борьба с вирусом папилломы человека высокого онкогенного риска (ВПЧ-ВКР), поскольку доказано, что этот патоген является основным этиологическим фактором рака шейки матки (РШМ), играет значимую роль в развитии рака анального канала (80%); рака влагалища (70%); рака полового члена (50%); рака ротовой полости и глотки (30%). По заключению экспертов ВОЗ, предпринимаемые глобальные усилия не достигли желаемого результата и в современном мире сохраняются высокие показатели заболеваемости и смертности от РШМ, что требует скоординированных действий и использования всех инструментов для устранения РШМ как одной из самых больших угроз для здоровья женщин (ВОЗ, 2018).



Цель

Оценить информированность людей молодого репродуктивного возраста о ВПЧ и ассоциированных с ним заболеваниях.

Материалы и методы

Проведено анонимное он-лайн интервьюирование женщин и мужчин в возрасте от 18 до 30 лет по специально составленной анкете, состоящей из 18 вопросов. После заполнения анкеты интервьюируемые получали информационные буклеты и ссылки на созданный нами он-лайн ресурс, на интересующие вопросы также отвечали тьюторы в прямой беседе. Статистическая база данных сформирована из сведений 572 анкет, пригодных для анализа: 472 – от студентов 1-3 курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов медицинского вуза (группа 1) и 100 – от респондентов, не имеющих медицинского образования (группа 2). Математический анализ включал методы описательной статистики (относительные величины, %), анализ четырехпольных таблиц сопряженности (χ^2). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В группах сравнения были сопоставимы доли участников женского и мужского пола ($\chi^2=0,01$; $p=0,902$), основная часть анкетированных была в возрасте от 18 до 25 лет ($\chi^2=0,65$; $p=0,421$), что позволило провести сравнительный анализ. Студенты медицинского вуза лучше знали, что такое ВПЧ (92% (436/472) vs 74% (74/100); $\chi^2=28,82$; $p < 0,001$), правильно отвечали, что он способен поражать и женщин и мужчин (94,5% (446/472) vs 85% (85/100); $\chi^2=11,17$; $p < 0,001$), вызывать преимущественно раковые заболевания половых органов (84% (397/472) vs 73% (73/100); $\chi^2=6,95$; $p=0,009$); основным методом диагностики – ПЦР, а не микроскопия мазка (71,3% (337/472) vs 47% (47/100); $\chi^2=22,26$; $p < 0,001$); о наличии вакцин и их профилактической роли (73,5% (347/472) vs 49% (49/100); $\chi^2=23,28$; $p < 0,001$). Студенты-медики, имея базовые знания, чаще справедливо полагали, что если человек инфицирован ВПЧ, то не обязательно возникнут связанные с ним заболевания (63,1% (298/472) vs 38% (38/100); $\chi^2=21,51$; $p < 0,001$), однако затруднялись назвать факторы риска, способствующие клинически манифестной инфекции. Тревожным сигналом, на наш взгляд, является, что респонденты сравниваемых групп одинаково часто отвечали, что не вакцинировались от ВПЧ и не планируют (13,8% (65/472) vs 19% (19/100); $\chi^2=1,80$; $p=0,180$), поскольку презерватив надежно защищает от ВПЧ (45,8% (216/472) vs 48% (48/100); $\chi^2=0,17$; $p=0,684$). О низкой информированности по вопросам ВПЧ-инфекции лиц обеих групп исследования свидетельствуют ответы, что вирусы передаются воздушно-капельным путем (9% (43/472) vs 7% (7/100); $\chi^2=0,46$; $p=0,4981$) и через пищу (1% (6/472) vs 2% (2/100); $\chi^2=0,32$; $p=0,573$), студенты чаще допускали трансмиссию ВПЧ через укусы насекомых (17% (82/472) vs 2% (2/100); $\chi^2=15,57$; $p < 0,001$).



Заключение

Люди молодого репродуктивного возраста, составляющих основу демографического потенциала популяции, характеризуются низкой информированностью о ВПЧ, путях его передачи, последствиях и мерах профилактики. В целях сохранения репродуктивного здоровья и долгосрочного качества жизни необходимо активизировать просветительскую работу с молодежью с использованием всех информационных ресурсов с целью повышения осведомленности о ВПЧ.

ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Осмонова Ш.Р., Микаелян Е.А., Тюкавкин А.В., Агаркова М.А., Жамьянова Ч.Ц., Пивнева А.А., Багышова А.Н., Гладышева Н.А., Родионова К.А., Шаметова Е.А., Каргина К.А.

г. Чита

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность

В течение четырех лет мир жил в условиях пандемии COVID-19 – заболевания, вызванного вирусом SARS-CoV-2. Проявление новых стойких разнообразных симптомов после выздоровления от COVID-19, стало еще одной актуальной и долгосрочной медико-социальной проблемой, связанной с пандемией НКИ. В многочисленных источниках научной литературы сообщается, что COVID-19 оказал долгосрочное воздействие практически на все системы организма. Стойкие симптомы, возникающие или сохраняющиеся более 4 недель от начальных клинических проявлений COVID-19, международные эксперты предложили называть постковидным синдромом (ПКС, post-COVID-19 syndrome, long-covid). Однако в настоящее время существует ряд противоречий в понимании ПКС. Во-первых, существует мнение, что ПКС развился преимущественно у пациентов с коморбидными заболеваниями. Во-вторых, ряд авторов объясняют данные симптомы постстрессово-тревожными расстройствами, вызванными массовой заболеваемостью, высокой летальностью, социальной изоляцией людей, финансово-экономической нестабильностью в обществе.

Цель

Провести сравнительную оценку частоты новых стойких симптомов, возникших у молодых здоровых женщин после перенесенного COVID-19 и не болевших в период пандемии.



Материалы и методы

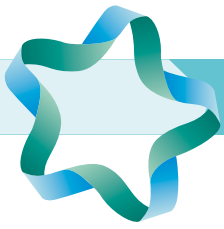
Критерии включения в исследование: женщины в возрасте моложе 35 лет, отсутствие избытка массы тела/ожирения, сахарного диабета, хронической артериальной гипертензии, других соматических и хронических инфекционных заболеваний. 1-ю группу составили пациентки, заболевшие в июле-октябре 2021 года COVID-19, подтвержденным методом ПЦР (n=181), 2-ю группу (сравнения) – незаболевшие в этот период женщины, находившиеся при опросе в 1-ой фазе менструального цикла (n=71). Клиническими проявлениями ПКС считали симптомы, отсутствовавшие до COVID-19, появившиеся не ранее 4 недель от начала заболевания и длившиеся не менее 2 месяцев, которые не могли быть объяснены альтернативными диагнозами (ВОЗ, 2021). Статистическая база данных сформирована на основе первичной медицинской документации и анкетирования пациенток по специально составленному опроснику. Математический анализ включал методы описательной статистики (n, %), анализ четырехпольных таблиц сопряженности (χ^2 с поправкой Йейтса). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Возраст пациенток был сопоставим: в 1 группе – 25,0 (25,0; 26,6) лет, во 2-ой – 24,0 (24,0; 25,1) года ($U=5606,0$, $p=0,12$), что позволяет считать значимыми последующие выводы. Перенесшие COVID-19 пациентки чаще обращались к акушеру-гинекологу по поводу выпадения волос 60,8% (110/181) vs 0,0% (0/71) ($p\chi^2 < 0,001$); не связанных с фазами менструального цикла ухудшением памяти 49,2% (89/181) vs 12,7% (9/71) ($p\chi^2 < 0,001$); головной болью 43,1% (78/181) vs 11,3% (8/71) ($p\chi^2 < 0,001$); депрессией 19,9% (36/181) vs 8,5% (6/71) ($p\chi^2 = 0,029$); потерей веса 18,8% (34/181) vs 0,0% (0/71) ($p\chi^2 < 0,001$); ощущением сердцебиения 18,2% (33/181) vs 0,0% (0/71) ($p\chi^2 < 0,001$). Проведенные обследования не выявили каких-либо гормональных нарушений и гинекологических заболеваний, что послужило основанием считать имеющиеся проявления постковидным синдромом.

Заключение

Постковидный синдром не связан с исходным отягощенным соматическим анамнезом пациенток. У молодых здоровых женщин, не заболевших COVID-19 в период пандемии, так же возникал ряд стойких симптомов, которые в некоторой мере можно объяснить стрессово-тревожными расстройствами, обусловленными изменениями привычного уклада жизни в личной и социальной сферах в условиях чрезвычайной эпидемической опасности. Для окончательных выводов необходимы более междисциплинарные подходы и масштабный анализ обобщенных клинических данных.



ОСОБЕННОСТИ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КЛЕТОК ЦИТОТРОФОБЛАСТА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДЕЦИДУАЛЬНЫХ В-ЛИМФОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ В ПЛАЦЕНТЕ

Хизриева З.С., Кудряшова А.В., Кулида Л.В., Панова И.А.

г. Иваново

ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново

Актуальность

Гиперактивация и нарушение регуляции иммунных реакций, которые часто проявляются как воспаление – ключевой элемент развития преэклампсии (ПЭ). Есть мнение, что развитию ПЭ способствует стерильное воспаление в плаценте, индуцируемое молекулярными паттернами (DAMPs) или аларминами, повышенное производство которых связывают с повреждением клеток цитотрофобласта (ЦТБ) при митохондриальной дисфункции (МД). Ряд исследователей отмечают особую роль инфекционного фактора в патогенезе ПЭ. Наряду с этим остается открытым вопрос о значимости острого и хронического воспаления плаценты в патогенезе ПЭ, а также малоизученным – изменение функциональных свойств децидуальных В-лимфоцитов при остром и хроническом воспалении при ПЭ.

Цель

Целью работы было сопоставить иммуногистохимические характеристики митохондриальной дисфункции клеток цитотрофобласта и выявить особенности дифференцировки децидуальных В-клеток при преэклампсии с острым и хроническим течением воспалительного процесса.

Материалы и методы

Проводился комплексный морфологический, иммуногистохимический и иммунологический анализ 31 плаценты женщин с ПЭ. Методом иммуногистохимии исследовали экспрессию митохондриального транскрипционного фактора А (TFAM), митохондриальной изоцитратдегидрогеназы (NADH+) и цитохрома С. Методом проточной цитофлуориметрии в лейкоцитарном инфильтрате децидуальной оболочки (ЛИ ДО) определяли уровень CD19+ и CD20+ В-клеток; наивных клеток (CD27-IgD+), клеток памяти (CD27-IgD±), «непереключенных» (CD27-IgD+), «переключенных» (CD27-IgD-) клеток памяти, плазматических клеток (CD20-CD38+), BAFFR+ клеток (CD268+), оценивали в популяции CD19+ В-лимфоцитов уровень CD5+ В1а клеток и IL-10+ Breg в популяции CD20+ В-лимфоцитов.



Статистический анализ полученных данных проводился в пакете прикладных лицензионных программ «MicrosoftOffice 2010», «Statistica for Windows 13.0.». Значимость различий между показателями оценивалась с помощью критерия Манна – Уитни.

Результаты

Установлено, что в 23 плацентах (74,2%) при ПЭ имелись признаки хронического воспаления (диффузный виллузит и поствоспалительный фиброз с вторичной гиповаскуляризацией ворсин), при умеренной ПЭ в 60,9% (14) случаев, при тяжелой – в 39,1% (9) ($p < 0,05$). Острое воспаление (миграция нейтрофильных лейкоцитов в хориоамнион из венул децидуальной оболочки плаценты) было выявлено в 8 плацентах (25,8%), из них в 25% (2) случаев при умеренной ПЭ, в 75% (6) при тяжелой ПЭ ($p < 0,05$). В группе с острым воспалением во всех случаях в клетках ЦТБ отмечалось наличие МД, в то время как в группе с хроническим воспалением в 47,8% случаев МД клеток ЦТБ отсутствовала. Статистический анализ данных показал, что при остром воспалении экспрессия ТФАМ, NADH+ и цитохрома С в клетках ЦТБ была значимо снижена по сравнению с показателями при хроническом воспалении ($p = 0,000$, $p = 0,000$, $p = 0,019$, соответственно). В плацентах с хроническим воспалением и наличием МД клеток ЦТБ данные показатели были снижены относительно таковых при хроническом воспалении без МД ($p = 0,000$ во всех случаях). При этом экспрессия ТФАМ и NADH+ в плацентах была выше, чем при остром воспалении ($p = 0,017$ и $p = 0,007$).

Исследование показателей дифференцировки В-лимфоцитов выявило значимое снижение уровня CD268+CD20+ лимфоцитов в ЛИ ДО плацент с острым воспалением по сравнению с показателями при хроническом воспалении ($p = 0,000$). Показатели содержания наивных клеток, клеток памяти, плазматических клеток и регуляторных клеток в популяции В-лимфоцитов не имели различий при остром и хроническом воспалении в плаценте.

Заключение

Отсутствие или менее выраженное проявление МД и адекватная реакция В-лимфоцитов при хроническом воспалении в плаценте могли быть обусловлены развитием компенсаторных процессов. В то время как наличие острого воспалительного процесса при ПЭ сопровождалось наиболее выраженной МД клеток ЦТБ и снижением потенциала децидуальных В-лимфоцитов, что в большей степени проявлялось у женщин с тяжелой ПЭ.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Хизриева З.С., Панова И.А., Кудряшова А.В.

г. Иваново

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново

Актуальность

Преэклампсия (ПЭ) – одно из грозных осложнений беременности, приводящее к расстройствам функций жизненно важных органов и систем матери и плода. При умеренной ПЭ есть возможность пролонгировать беременность на фоне проводимой антигипертензивной терапии (АГТ) и тщательного мониторинга за состоянием матери и плода. При ухудшении состояния матери или плода показано родоразрешение. В связи с этим особую актуальность имеет поиск маркеров, позволяющих прогнозировать утяжеление преэклампсии. Патогенез ПЭ ассоциирован с активацией различных популяций лимфоцитов, в том числе В-клеток, играющих важную роль в развитии воспалительных и аутоиммунных реакций.

Цель

Целью работы было выявить взаимосвязь между относительным содержанием периферических В-лимфоцитов, экспрессирующих рецептор активации BAFF и мембранную форму рецептора TLR9, и эффективностью антигипертензивной терапии у женщин с умеренной преэклампсией.

Материалы и методы

Проведен анализ клинико-anamнестических данных и исследование относительного содержания BAFFR+ (CD268+) и клеток sTLR9+(CD289+) в популяции CD20+ В-клеток в периферической крови у 40 женщин с умеренной ПЭ, которые в зависимости от эффекта от проводимой терапии были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 22 пациентки с отсутствием эффекта от проводимой терапии и нарастанием симптомов ПЭ, потребовавших родоразрешения, во 2 группу 18 женщин с эффектом от проводимой терапии. Статистический анализ полученных данных проводился в пакете прикладных лицензионных программ «Microsoft Office 2010», «Statistica for Windows 13.0.», «MedCalc 7.4.4.1». Значения величин представлялись в виде медианы с указанием 25-го и 75-го перценти-



лей – Me (Q25%–Q75%), значимость различий между показателями оценивалась с помощью критерия Манна – Уитни.

Результаты

Средний срок поступления в стационар в 1 группе составил 32,2 (29,50-34,15) недели, во 2 группе – 35,3 (34,30-36,20) недель ($p=0,00$).

У пациенток 1 группы беременность пролонгирована в среднем на 2,5 (1,00-9,50) дня, после чего появились признаки нарастания степени тяжести ПЭ (неэффективность проводимой АГТ, нарастание уровня протеинурии, патология со стороны печени (повышение уровня трансаминаз) и почек (снижение диуреза), патологические изменения со стороны органов зрения, появление признаков внутриутробного страдания плода. Средний срок родоразрешения в 1 группе составил 33,5 (30,35-34,45) недели, во 2 группе – 37,1 (37,00-37,50) недель. В 1 группе в 100% случаев беременность завершилась преждевременными родами (ПР), тогда как во 2 группе только в 2 случаях (11,1%) имели место спонтанные ПР.

Установлено, что в периферической крови относительное содержание VAFFR+ клеток в популяции В-лимфоцитов в сравниваемых группах не различалось, но содержание sTLR9+ В-лимфоцитов было значимо ниже в группе с неэффективностью проводимой терапии ПЭ (12,1%(5,9-22,9)) по сравнению с группой с эффектом от терапии (26,3%(12,2-43,4)). Проведенный ROC-анализ выявил, что точкой разделения, соответствующей наилучшим показателям чувствительности и специфичности в прогнозировании эффективности АГТ является показатель содержания sTLR9+ В-лимфоцитов – 25,4%. Использование данного показателя имеет высокую чувствительность (85,7%), но недостаточную специфичность (52,9%). Однако, мы имеем возможность с точностью 69,2% прогнозировать утяжеление ПЭ у женщин при показателе sTLR9+ В-лимфоцитов равном и менее 25,4%. Имеются данные о том, что низкий уровень поверхностной экспрессии TLR9 недостаточно блокирует проведение активирующего сигнала внутрь клетки, что может приводить к развитию аутоиммунных реакций и утяжелению состояния женщины.

Заключение

Показатель содержания sTLR9+ клеток в популяции периферических В-лимфоцитов можно использовать в качестве дополнительного прогностического критерия эффективности проводимой терапии ПЭ.



ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Авторы тезиса: Ходжаева А.С.

г. Узбекистан, Ташкент

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан.

Актуальность

Актуальность. Аномальные маточные кровотечения пубертатного возраста оказывают негативное влияние на репродуктивное здоровье женщины в дальнейшем. Мультифакторность этиологических причин, способствующие возникновению маточных кровотечений у девочек-подростков, разнообразны: бактериально-вирусные инфекции, гиповитаминозы. В связи с выше изложенным, комплексный мультисистемный подход к лечению маточных кровотечений у девочек-подростков целесообразен и патогенетически оправдан.

Цель

Целью нашего исследования явилась оптимизация тактики ведения девочек-подростков с маточными кровотечениями (МКПП).

Материалы и методы

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 80 девочек-подростков с МКПП в возрасте 13-15 лет, не живущих половой жизнью, за период 2023-2025 гг. (средний возраст 14.3 ± 1.2). 1 группа (n=45) пациенток получала стандартное гемостатическое лечение. 2 группа (n=35) наряду с гемостатической терапией получала витаминно-минеральный комплекс. Контрольную группу составили 20 пациенток с нормальными параметрами менструального цикла. Возрастные, антропометрические, Для выявления факторов риска возникновения МКПП проведен детальный анализ преморбидного фона, оказавшийся осложненным разносистемными соматическими заболеваниями воспалительного генеза (до 62%), а также высоким удельным весом гиповитаминозов – 49%.

Результаты

Результаты: Пациентки 1 группы с гемостатической целью получали лекарственные препараты, активным компонентом которых являлась транексамовая кислота, обладающая антифибринолитическим, противовоспалительным действием, в дозе 250-500 мг 2-4 раза в день. Пациентки 2 группы вместе с гемостатической терапией получали витаминно-минеральный комплекс, доза препарата также подбиралась индивидуально в зависи-



мости от редукции силы кровотечения (по 1-2 порошку 2раза ежедневно в течение 5-7 дней).

Заключение

Обсуждение: Назначение витаминно-минерального комплекса оправдано в связи с тем, что в его состав входят биологически активные компоненты (витамины, минералы), взаимодействие которых является синергическим и кофакторным, патогенетически оправдано. Актуальность предложенного лечения в том, что репродуктивная система девочки-подростка тесно связана с микроэкологией питания, а также высокая частота (49%) выявления гиповитаминоза у обследованных нами пациенток.

Параллельно с положительной динамикой в лабораторно-инструментальных показателях, наблюдалось улучшение клинической симптоматики, остановка маточного кровотечения – восстановился ритм менструаций, появилась овуляция (58%), рецидивов кровотечений не было. Побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы: Предлагаемое нами комплексное лечение пациенток с маточными кровотечениями у девочек-подростков позволяет оптимизировать тактику ведения, избежать рецидивы и улучшить репродуктивный прогноз.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ, СТРАДАЮЩИХ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Ходжаева А.С.

г. Узбекистан, Ташкент

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан.*

Актуальность

Актуальность. В основе нормального функционирования женской репродуктивной системы, в частности менструальной функции девочек-подростков, лежат гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточные взаимосвязи, реализующиеся по принципу прямой и обратной связи. Известна тесная взаимосвязь репродуктивного здоровья и нервной системы, поэтому в условиях напряженной нейроэндокринной перестройки возможно развитие нарушений менструального цикла, маточные кровотечения у девочки-подростка, предрасположенной к вегетативным расстройствам в силу рассогласованности деятельности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы – вегетодисфункции. Палитра неврологических расстройств при этом разнообразна,



от неврозов с нервно-астеническим синдромом до агрессии-депрессии с выраженными вегето-сосудистыми нарушениями. Ожидание кровотечения весьма негативно сказывается на личностном формировании. В связи с чем, адекватное воздействие на сочетанные неврологические и гинекологические расстройства у девочек-подростков с учетом патогенетических механизмов их возникновения является весьма актуальным.

Цель

В связи с чем, целью нашего исследования явилась оптимизация тактики ведения девочек-подростков с маточными кровотечениями, сопровождающихся вегетодисфункцией.

Материалы и методы

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 60 девочек-подростков 14-16 лет (2023-25гг.), имеющих вегетативную дисфункцию, страдающих маточными кровотечениями (средний возраст 14.6 ± 1.4 г.) Обследованные пациентки были разбиты на две группы. 1 группа (n=30) пациенток получала стандартное гемостатическое лечение без коррекции вегетативного дисбаланса. II группа (n=30) наряду с гемостатической терапией получала коррекцию вегетодистонии. Контрольную группу составили 20 пациенток с нормальными параметрами менструального цикла без неврологических расстройств. Возрастные, антропометрические, данные полового развития и неврологического статуса репрезентативно сопоставимы у всех пациенток, находившихся под нашим наблюдением.

Все пациентки были консультированы детскими невропатологами. Пациентки II группы дополнительно к гемостатической терапии 3 месяца получали препарат вегетокорректора действия адаптол (1 таблетка 2 раза в день 1 месяц).

Результаты

Результаты исследования и обсуждение. Клиническая динамика, гормональный профиль и данных УЗИ по окончании лечения показали положительную динамику, более выраженную у пациенток 2 группы. Побочных эффектов в ходе применения вегетокорректора не наблюдалось.

Заключение

Заключение. Таким образом, взаимосвязь неврологических и репродуктивных гормонально обусловлена и не вызывает сомнений. Влияние половых стероидов на передачу сигналов в ЦНС отмечено рядом исследователей.

Вывод. Предлагаемый нами комплексный подход к лечению маточных кровотечений у девочек-подростков, сопровождающейся вегетодисфункцией, учитывает гормонозависимость процессов нейротрансмиссии, пластичности, функциональной и морфологической модификации нейронов. Поэтому мы рекомендуем включение вегетокорректирующего препарата для патогенетически оправданной коррекции описанных выше нарушений.



Наше исследование имеет не только научную, но и социальную значимость, поскольку гинекологические и неврологические расстройства рассматриваются не только с позиций соматических нарушений, но и с позиций качества жизни в целом.

АНАЛИЗ ЛИПИДОМНОГО ПРОФИЛЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ КАК ПОДХОД ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ РАННИХ МАРКЕРОВ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПАТОЛОГИЙ

Чаговец В.В., Назарова Н.М., Девяткина А.Р., Абакарова П.Р., Сычева Е.Г., Межевитинова Е.А., Кепша М.А., Стародубцева Н.Л., Франкевич В.Е.

Актуальность

Вирус папилломы человека является один из наиболее значимых факторов риска развития неопластических поражений шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия и рак шейки матки). Несмотря на успех скрининговых программ, процесс ранней диагностики предраковых и злокачественных изменений остается актуальным. Современные исследования показывают, что липидный метаболизм играет ключевую роль в патогенезе неопластических процессов. Изменения липидного профиля эпителия шейки матки могут служить ранними биомаркерами для дифференциальной диагностики воспалительных, предраковых и злокачественных состояний.

Цель исследования

Комплексное исследование липидного состава эпителия шейки матки при ВПЧ-ассоциированных поражениях с целью идентификации специфических липидных маркеров и их количественных изменений для ранней и неинвазивной диагностики неопластических изменений.

Материалы и методы

В исследование были включены 124 пациентки репродуктивного возраста, распределенные на 5 групп: NILM/ВПЧ- (контроль, n=8); хронический цервицит/ВПЧ+ (n=29); LSIL/ВПЧ+ (n=32); HSIL/ВПЧ+ (n=32); РШМ (n=23). Соскобы эпителия шейки матки и цервикального канала отбирались с помощью цервикальной щеточки. Липидные экстракты соскоба анализировались методом хромато-масс-спектрометрии в режимах положительных и отрицательных ионов. Поиск потенциальных маркеров проводился с использованием теста Манна-Уитни и анализа проекций на скрытые структуры.

Результаты

В режиме положительных ионов выявлены различия в липидных профилях между группами NILM и HSIL. Эти изменения включали в себя увеличение содержания фосфатидил-



холинов (PC) и холестеринových эфиров (CE) при одновременном снижении уровня триацилглицеридов (TG): PC 16:0_20:5; PC 16:0_18:1; CE 24:1; TG 16:0_16:0_18:0.

В режиме отрицательных ионов у пациенток с PШМ по сравнению с NILM было отмечено повышение уровня фосфатидилхолинов (PC) и сфингомиелинов (SM): PC O-16:0/16:0; SM d16:0/18:2.

В группах хронический цервицит и LSIL относительно группы NILM, обнаружен высокий уровень лизофосфатидилхолинов (LPC): LPC 18:2; LPC 18:1. Уровень холестеринových эфиров (CE) снижался при HSIL и LSIL по сравнению с воспалительными изменениями: OхCL 18:1_18:2_20:3_20:4(OOH), OхCL 22:6_22:6_22:6(OOH)_22:6(OOH), но повышаются при PШМ: OхPC 16:0_14:1(COOH).

Обнаружены липиды из класса холестеринových эфиров (CE), фосфатидилхолинов (PC), церамидов (Cer) и сфингомиелинов (SM), которые могут использоваться для дифференциальной диагностики состояний NILM/цервицит/LSIL/HSIL/PШМ. Итоговая диагностическая модель показала точность 79% и продемонстрировала высокую прогностическую способность для диагностики цервицита и PШМ, а также среднюю для LSIL относительно нормы.

Заключение

Поражения эпителия шейки матки, ассоциированные с ВПЧ ВР, сопровождаются значимыми изменениями липидного профиля в соскобе эпителия (PC; SM, LPC, CE, Cer, TG). Эти изменения могут служить перспективными маркерами для ранней и неинвазивной диагностики HSIL и PШМ и как дополнение при несовпадении результатов цитологии и морфологического метода исследований.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ НИЗКОГО РИСКА (LSIL) В ЦЕРВИКАЛЬНОМ МАЗКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СОПОСТАВЛЕНИЯ

Чуприненко Л.М., Чулкова А.М., Ванян Д.Л., Зорина А.В., Каспарян Р.А., Соболев Т.В.

г. Краснодар

Клиника ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность

Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения (SIL) в соответствии с унифицированной системой классификации Bethesda для цервикальных мазков включают в себя



широкий спектр изменений, начиная с незначительных, как правило обусловленных транзиторной инфекцией вирусом папилломы человека (ВПЧ), и заканчивая поражениями более тяжелой степени, в том числе инвазивной плоскоклеточной карциномой. Дихотомический подход классификации, который в дальнейшем определяет врачебную тактику, заключен в понимании канцерогенного потенциала ВПЧ и риске злокачественной трансформации патологического процесса.

В настоящее время LSIL плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени рекомендуется использовать в качестве диагностической категории для описания транзиторных изменений, связанных с ВПЧ-инфекцией, в то время как HSIL используется для классификации истинных предраковых поражений. Принято считать, что категория LSIL в цитологическом исследовании как правило соответствует гистологическому заключению «цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) I степени».

Цель

Провести сопоставление результатов цервикального мазка категории LSIL с патоморфологическим исследованием биопсийного материала шейки матки.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов цитологического исследования мазков шейки матки, полученных у пациенток, обратившихся в Клинику ФГБОУ ВО КубГМУ с 2021 по 2023 годы. Эксфолиативный материал взят на амбулаторном приеме, отдельно из цервикального канала и поверхности экзоцервикса. Цитологические мазки окрашивали по Папаниколау (ПАП-тест), результаты оценивали по системе. Сопоставление проводили с результатами гистологического исследования материала прицельной инцизионной биопсии шейки матки или эксцизии (конизации), выполненной в течение ближайшего месяца.

Результаты

Количество пациенток, обратившихся за медицинской помощью в Клинику, у которых на амбулаторном приеме были взяты мазки на онкоцитологию за 3 года составило 27833 женщины. Атипичный мазок (категория ASC-US и выше) обнаружен у 1231 женщины, категория LSIL диагностирована у 295 (22,2%). Из этой группы были отобраны 69 пациенток, которым проведена расширенная кольпоскопия с прицельной биопсией шейки матки. Кольпоскопическое исследование показало наличие неадекватной кольпоскопической картины (КК) у 27 пациенток (39,1%), нормальной КК у 14,5%, аномальной КК 1 и 2 степени у 37,7% и 1,4% соответственно. Неспецифические признаки при кольпоскопии обнаружены у 2,9% пациенток, другие КК (эндометриоз, кондиломы) у 4,3% женщин.

Результаты гистологического исследования показали, что категория LGSIL (койлоцитоз, кондиломы, CIN I) присутствовала у 48 женщин (69,5%). Более тяжелое поражение HGSIL



в виде морфологических изменений CIN II и CIN III диагностирована у 19 (27,5%) женщин, в двух случаях (2,0%) обнаружена цервикальная эктопия.

Заключение

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что когорта пациенток с цитологическим заключением LSIL не является однородной. С одной стороны, неадекватная КК, обусловленная выраженным воспалением, рубцовыми изменениями или наличием зоны трансформации шейки матки 3 типа, может скрывать истинно предраковые изменения. С другой стороны, ограниченный объем более тяжелого поражения плоского эпителия или наличие процесса в цервикальном канале могут маскировать умеренную и выраженную дисплазию и являются поводом для расхождения результатов цитологического и гистологического исследования.

АНАЛИЗ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шахсинова Р.Н.

г. Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность

Показатель материнской смертности в период пандемии COVID-19 значительно вырос в целом по стране. Систематический анализ критических акушерских состояний позволяет оперативно выявить существующие проблемы службы родовспоможения и позволяет своевременно найти резервы для улучшения здоровья женщин и снижения показателя материнской смертности.

Цель

Провести сравнительный анализ критических акушерских состояний в региональном сегменте федерального регистра КАС (на примере Республики Дагестан) и выявить связь частоты КАС в регионе с показателем материнской смертности.

Материалы и методы

Проанализированы данные регистра КАС в Республике Дагестан за три года (с 2021 по 2023 гг), официальная статистическая информация Минздрава РД. Методы исследования – статистический, ретроспективный анализ.



Результаты

В 2021 году в регистр КАС медицинскими организациями РД внесена информация о 14 случаях материнской смерти и показатель материнской смертности составил 32,1 на 100 000 родившихся живыми (в РФ 34,5 на 100 000 родившихся живыми). Причиной летальных исходов во всех случаях явились экстрагенитальные заболевания (в 13 случаях осложнения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и в 1 случае – острый лейкоз). Критических состояний в 2021г -309.

В 2022 году по данным Регистра КАС зарегистрировано 5 случаев материнской смерти. Показатель материнской смертности составил 11,8 на 100 000 родившихся живыми (в РФ – 13,0 на 100 000 родившихся живыми). Причинами летальных исходов явились тяжелая преэклампсия, осложненная HELLP-синдром; тромбоэмболия легочной артерии и в 3 случаях экстрагенитальные заболевания (хроническая обструктивная болезнь легких в стадии абсцедирования, двусторонняя полисегментарная внебольничная вирусная пневмония, вызванная вирусом гриппа А (H1N1), и осложненное течение новой коронавирусной инфекции COVID-19). Критических состояний в 2022г -333.

В 2023 г. зарегистрировано 4 случая материнской смертности и показатель материнской смертности составил – 9,1 на 100 тыс (в 2022 г. – показатель составил 11,6 на 100 тыс.) В структуре причин в 50 % смертность обусловлена прямой акушерской причиной (тяжелая преэклампсия, эклампсия), в 50 % – косвенная причина – экстрагенитальная патология (тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, острый панкреатит, гепатит). Критических состояний в 2023г -223.

Таким образом, за три года работа в регистре КАС в республике активизировалась и соотношение случаев МС/КАС выросло с 1:22 до 1:55. За исследуемый период в РД отмечено снижение показателя материнской смертности в 3,5 раза. Выявлена обратная пропорциональная связь между данными показателями.

Все случаи материнской смерти в 2022 и 2023 годах и 92,9% случаев в 2021 году произошли в медицинских организациях III уровня.

Заключение

За последние три года после пандемии новой коронавирусной инфекции в РД нами выявлено повышение эффективности работы медицинских организаций в регистре КАС, улучшение работы по маршрутизации пациенток из группы высокого риска на материнскую смертность в учреждения родовспоможения на третий уровень. Благодаря совершенствованию работы акушерско-гинекологической службы в регионе и в том числе – внедрению вертикально-интегрированной системы мониторинга за пациентками группы высокого риска (с использованием регистра КАС) в регионе удалось снизить материнскую смертность в 3,5 раза.



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО СВОЕВРЕМЕННОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК

Шахсинова Р.Н., Узденова З.Х., Гатагажева З.М.

г. Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Ингушский государственный университет, Магас,

Актуальность

Физическое развитие девочки, а также перенесенные заболевания, оказывают влияние на репродуктивную функцию и на течение последующих беременностей и родов, определяя показатели рождаемости и детской смертности.

Исследование вопросов, связанных с состоянием репродуктивного здоровья девочек в Республике Дагестан (далее – РД) приобретает особую актуальность в контексте анализа и разработки мер, направленных на улучшение демографической ситуации в регионе.

Цель

Анализ результатов профосмотров девочек в Республике Дагестан за пять лет с 2019г по 2024г, разработка предложений по улучшению системы организации мер по охране репродуктивного здоровья детей и подростков.

Материалы и методы

Для исследования были использованы официальные статистические сведения и аналитические материалы Росстата, Минздрава РД. Методами исследования были информационно-аналитический, статистический, библиографический.

Результаты

Анализ работы поликлиник в городах и районах РД за последние пять лет показал, что в 2019 г охват профосмотрами девочек от 0 до 17 лет составил 50,4% от их общего числа. В период пандемии в 2020 г показатель естественно снизился до 40,8%. В последующие 4 года доля охваченных постепенно нарастала и достигла 57,5% в 2024г. Однако недостаточно улучшилось качество проведения профосмотров, о чем свидетельствует снижение процента выявления патологии у девочек с 18,2% до 17,3%. Охват профосмотрами девушек 15-17 лет за 5 лет снизился на 6,6% (76,7% в 2024г против 83,3% в 2019г). При этом выявляемость гинекологической патологии в данной возрастной категории выросла с 10,1% до 13,5% (2022г. – 11,4%). Процент впервые выявленных от всех выявленных снизился



с 44,6% до 40,3%. В структуре диагностированной патологии снизился показатель по выявлению девочек с эндокринно-гинекологическими заболеваниями на 18,6%, вырос – по диагностике нарушений полового развития на 6,6%. Увеличилось выявление девочек и девушек-подростков с воспалительными заболеваниями на 37%. При сравнении заболеваемости жительниц села и города было выявлено, что на селе чаще диагностируются воспалительные заболевания внутренних половых органов, а в городе – вульвовагиниты. Страдает маршрутизация девочек с выявленной в первичном звене патологией на третий уровень. Доходит до республиканских учреждений лишь до 40% от нуждающихся.

Заключение

Результаты исследования и анализ детской диспансеризации за 5 лет показали рост гинекологической патологии у девочек в возрасте 15-17 лет в Дагестане, недостаточную работу первичного звена по охвату профосмотрами детей в возрасте от 0 до 17 лет и по своевременному направлению пациенток с выявленной патологией на третий уровень, что обусловлено недостатком специалистов детских гинекологов в республике, недостаточной квалификацией врачей первичного звена по вопросам детской гинекологии, несвоевременным обращением родителей с детьми за медицинской помощью. Данный факт оказывает негативное влияние на репродуктивный потенциал населения региона.

В рамках реализации региональной Программы по повышению рождаемости в РД с целью профилактики нарушений репродуктивного здоровья у детей в Дагестане необходимо повысить охват девочек профосмотрами специалистов, организовать ежемесячный мониторинг качества медосмотров в первичном звене и маршрутизации пациенток с выявленной патологией на республиканский уровень для оказания своевременной специализированной помощи. Для региона важно повышать квалификацию кадров и укомплектованность первичного звена здравоохранения специалистами и активизировать санпросвет работу среди населения по вопросам профилактики нарушений репродуктивного здоровья.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Шестакова О.В. Тетелютина Ф.К.

г. Ижевск

ФГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия (Ижевск)



Актуальность

В настоящее время одной из важных проблем у женщин репродуктивного возраста является бесплодие. Одной из причин данного состояния может стать преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ). Шансы на успешную реализацию репродуктивного потенциала крайне малы и зависят от стадии развития ПНЯ. Применение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) дает возможность женщине получить беременность с собственными ооцитами. Однако, не менее важным является вынашивание беременности и рождение здорового ребенка.

Цель

Изучить особенности течения и исходы беременностей, наступивших в результате экстракорпорального оплодотворения, у женщин с преждевременной недостаточностью яичников.

Материалы и методы

Основную группу составляют 20 пациенток с ПНЯ, беременность которых наступила с использованием ЭКО. Группа сравнения – 20 практически здоровых женщин, с спонтанно наступившей беременностью. Проведена оценка клинического течения беременности и результатов лабораторных данных, которые включали гормональные, биохимические тесты и исследование системы гемостаза.

Результаты

Пациентки основной группы и группы сравнения сопоставимы по возрасту ($p > 0,05$). Средний возраст исследуемых составил $36,2 \pm 2,8$ года с диапазоном от 25 до 40 лет. Анализ менструальной функции показал, что у женщин с ПНЯ значительно чаще наблюдается гипоменструальный синдром ($p < 0,01$); при анализе гинекологических заболеваний первое ранговое место занимают хронические воспалительные болезни органов малого таза, второе – доброкачественные новообразования яичников, с последующим оперативным лечением ($p < 0,001$); среди экстрагенитальных заболеваний лидируют заболевания почек, а также желудочно-кишечного тракта ($p < 0,001$). Достоверно чаще беременность в основной группе протекала на фоне угрозы прерывания беременности ($p < 0,001$); в III триместре беременности выявлены преэклампсии и задержки развития плода в 3 раза чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). Каждая третья беременная в основной группе родила преждевременно ($p < 0,01$). В группе сравнения преждевременных родов не было. Достоверно чаще операция кесарево сечение отмечена в основной группе ($p < 0,001$). Новорожденные родились с массой тела от 1800 г до 3560 г с оценкой по Апгар 5 – 8 баллов. Каждый второй новорожденный переведен на второй этап выхаживания с церебральной ишемией и каждый третий с неонатальной желтухой ($p < 0,001$). Случаев перинатальной смертности в нашем исследовании не было.



Заключение

Течение беременности у женщин с преждевременной недостаточностью яичников после экстракорпорального оплодотворения характеризуется высоким риском развития угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточностью, высокой частотой возникновения преэклампсии. Несмотря на это, при тщательном индивидуальном наблюдении возможно достижение высокой частоты благоприятных исходов.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шикина И.Б., Бакунц С.А.

г. Москва

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Актуальность

Улучшение системы взаимодействий врача акушер-гинеколога и пациента поможет предотвратить недопонимания, ошибки в лечении и улучшить общее качество медицинской помощи

Цель

изучить и сравнить мнение пациенток акушерско-гинекологического профиля по вопросам качества оказания медицинской помощи на основе уровня жизни, места жительства, уровня образования и возраста участников.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 975 человек, которые находились на стационарном лечении в медицинских организациях. Респонденты представляли разные социально-экономические группы, имели разное место жительства, уровень образования и возраст. Программа SPSS v 24.0 применялась нами для статистического анализа. Долями (%) выражали качественные данные. При этом рассчитывался 95% ДИ по методу Уилсона. Критерий χ^2 применялся для оценки значимости различий между группами с номинальными переменными. При этом значимыми считали различия при $p \leq 0,05$.



Результаты

В соответствии с ответами пациенток, при выборе медицинской организации они руководствуются наличием в них «специалистов соответствующего уровня» – 39,4%; затем в порядке убывания «близостью к дому, работе, учебе» – 36,1%; «репутацией организации» – 29,5% ; наличием контактов с врачами из этой организации – 25,0%, а 18,9% обращаются только по направлению врача. Значимость возможности получения медицинской помощи по полису снижается с возрастом. Если в группе пациентов до 20 лет так считают 100% респондентов, в группе 21-30 лет (86,2%), в группе старше 50 лет (46,3%). Пациентки с постдипломным профессиональным образованием также чаще выбирают такие качества врача, как репутация медицинской организации и работающие в ней специалисты (65,8 и 65,8%).

Врачи приветствуют в 100% случаев пациенток в возрасте старше 50 лет, в то время как пациенток моложе 20 лет только в 66,3% случаев.

«Врачи дают высказаться: всегда – 35,5% пациенток, часто – 40,8%, редко – 12,3%, никогда – 11,4% (9,8-14,1%). Чаще всего возможность высказаться предоставляется респондентам старше 50 лет (100%) в сравнении с женщинами из других возрастных групп (20,7% – 49,8%). Чаще всего не дают высказаться 38,6% разведенным женщинам и 51,9% вдов.

При этом в 23,4% случаев врачи всегда перебивают пациентов, в 25,1% случаев делают это часто, в 16,3% – редко, а в 35,2% случаев – никогда не перебивают пациентов.

Больше всего пациентов раздражает «при общении с врачом неполучение информации или возможности участия в принятии решения (27,0%), на втором месте – непрофессиональный подход (отсутствие уважения к пациенту и отсутствие сочувствия) (17,4%). В общении с врачами пациентов раздражают: группа старше 50 лет – 53,7% (дискриминация по возрасту, национальности, доходу, религии и т.д.), группу до 20 лет – 32,6% (злоупотребление служебным положением). Женщин с доходом выше 50 тысяч рублей раздражает дефицит медицинских сестер». Вдов раздражает неполучение информации (100%), 40,0% разведенных женщин – непрофессионализм врачей, 29% находящихся в официальном браке – злоупотребление своим служебным положением, 25,8% незамужних женщин – дефицит медицинских сестер.

Согласно ответам респондентов, чем моложе пациент, тем чаще его перебивает во время беседы врач. Никогда не перебивают 53,7% пациенток в группе старше 50 лет, 60,0% – в группе 40-50 лет, а в группе моложе 20 лет нет никого, кого бы не перебивали врачи во время приема. У каждого пятого пациента (20,0%) создается впечатление, что врач разговаривает с ним раздражённо или в «негативной» форме, у 71,8% такое ощущение возникает иногда; лишь у 8,2% не бывает такого ощущения.

Такое же соотношение отмечено при изучении мнения пациенток о том, уважают ли они лечащего доктора. Причем с ростом благосостояния респондентов процент тех, кто отно-



сится к врачу с уважением снижается. Всегда с уважением относятся 89,8-100% в группах с низким материальным статусом и 53,2-69,6% женщин с высоким материальным статусом, жительницы соседних регионов (100%), для сравнения в Ставрополе (60,4%).

Полностью удовлетворены качеством медицинской помощи 6,7% респондентов, «скорее да, чем нет» – 56,7%, «скорее нет, чем да» – 21,7%, не удовлетворены 14,9% опрошенных. Меньше неудовлетворенных среди жителей городов и сел Ставропольского края (8,4 и 11,9%), больше неудовлетворенных среди жителей города Ставрополя и соседних регионов (15,7 и 19,8%).

Заключение

Проведенное исследование выявило основные проблемы в акушерско-гинекологической практике, учитывающие позицию пациента и его оценку взаимодействия с врачами. Полученные данные дают основания для принятия мер по соответствующей корректировке профессионального поведения врачей, которые улучшат качество оказания медицинской помощи.

ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ АКУШЕРСКОГО, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Шнейдерман М.Г.

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Москва

Актуальность

Среди эффективных консервативных способов лечения опущения тазовых органов широкое применение находят урогинекологические pessaries. Надежной профилактикой преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности является применение акушерского pessaria.

Цель

Представлена информация о разработке и применении новых российских моделях акушерских, урогинекологических и послеродовых pessaries.



Материалы и методы

В ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» разработаны новые виды урогинекологического, акушерского и послеродового пессариев доктора Шнейдермана, которые выполнены из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования. Новая модифицированная модель урогинекологического, акушерского и послеродового пессария имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно удерживает матку и влагалище от опущения, предупреждает стрессовое недержание мочи а также надежно удерживает от раскрытия шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности. Отличительной особенностью новых моделей является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца.

Результаты

Испытания модифицированной модели урогинекологического пессария проведенные на 410 женщинах с диагностированным опущением органов малого таза показали их высокую надежность и эффективность.

Оптимальное время использования урогинекологического пессария – от 20 до 25 дней, после чего вечером пессарий извлекается, промывается теплой водой и утром снова вводится во влагалище на следующие 20-25 дней.

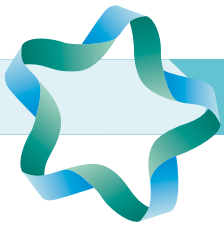
Имеются семь преимуществ новых моделей пессариев перед существующими образцами: происходит надежная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов, простота введения пессария во влагалище, отсутствие пролежней и язв на слизистой влагалища. Через наружные вырезы увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого (профилактика кольпита), не бывает аллергических осложнений а наличие четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца удерживает раскрытие шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности. Устраняются симптомы стрессового недержания мочи.

Оптимальное время использования акушерского пессария – от 17 недель до 37 недель беременности. Испытания новой модели акушерского пессария проведенные на 486 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность и эффективность

Послеродовые пессарии-надежная профилактика пролапса гинеталий в отдаленном послеродовом периоде.

Заключение

Использование нового вида акушерского, гинекологического и послеродового пессариев доктора Шнейдермана позволяет значительно повысить возможность сохранения бере-



менности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.

ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ (ТОНКИЙ) ЭНДОМЕТРИЙ-НОВЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ В ПРОЦЕССЕ ЭКО

Шнейдерман Михаил Григорьевич

г. Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

В ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ разработан новый способ лечения женщин с “тонким эндометрием” путем орошения эндометрия углекислым газом (CO₂), под воздействием которого улучшается кровообращение в слизистой и происходит повышение толщины базального и функционального слоев эндометрия.. Метод основан на том, что при помощи CO₂ мы вызываем контролируемую гипоксию и сам газ, не воздействуя на ткани и не оказывая прямого действия, снижает парциальное давление кислорода в рядом находящихся тканях матки и опосредованно запускает ряд биохимических реакций, необходимых для нормальной регенерации эндометрия.

Эндометрий недостаточной толщины (менее 7 мм.) является одной из причин снижения возможности наступления беременности в циклах ВРТ.

Цель

Оценка эффективности применения углекислого газа (CO₂) в лечении тонкого эндометрия у женщин перед

проведением процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Материалы и методы

Нами было проведено исследование 326 женщин с бесплодием в возрасте от 19 до 45 лет. с первичным или вторичным бесплодием и наличием “тонкого» эндометрия, не отвечающего на гормональную стимуляцию или физиотерапевтическое лечение, проведенное в циклах за 3–4 месяца до начала исследования. Средний возраст пациенток составил 32,5 года. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование, включающее анамнестические данные, клинико-лабораторные показатели, гормональный профиль, УЗИ



органов малого таза на 5–7-й день менструального цикла, доплерометрия и выборочно пайпель-биопсия эндометрия.

Все пациентки были разделены на две группы. 1-я группа – контрольная (n=30) – пациентки в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст составил 29,3 года) и 2-я группа основная (n=296) – пациентки в возрасте от 19 до 45 лет (средний возраст 39,6 лет)

Орошение эндометрия CO₂ проводилось на 7, 9, 11 дни менструального цикла, а УЗ-мониторинг с измерением толщины эндометрия на 9, 11 и 15 дни менструального цикла.

В цервикальный канал вводится катетер соединенный с газовым баллончиком. Однократное нажатие на головку баллончика приводило к поступлению в полость матки углекислого газа в объеме 30-40 куб.см. После этого процедура заканчивается и катетер извлекается. Заполняя полость матки, газ воздействует на эндометрий, благодаря чему происходит стимуляция роста эндометрия. Известно, что локальное воздействие CO₂ на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, повышением скорости экстракции кислорода крови тканями и усилением метаболизма, восстановлением рецепторной чувствительности, усилением репаративных процессов и активацией фибробластов.

Статистическая обработка полученных данных: для определения различий по толщине эндометрия в исследуемой и контрольной группах применяли метод сравнения параметров по Стьюденту с использованием статистической программы Jump. Разницу считали значимой при $p < 0.05$.

Результаты

В основной группе до начала процедуры орошения эндометрия толщина последнего варьировала у различных пациенток от 2,5мм до 6,6 мм. После проведения трех орошений толщина эндометрия в данной группе составила в среднем 11,3мм (от 8,4 до 14,2мм). В контрольной группе (без орошения) на 7-й и 15дни менструального цикла толщина эндометрия составляла в среднем $3,30 \pm 0.68$ мм.

Заключение

Применение процедуры орошения эндометрия полости матки углекислым газом (CO₂) у женщин с «тонким» эндометрием показало, что метод оказывает положительное воздействие, и у большинства пациенток наблюдается существенный рост эндометрия к концу периода проведения лечения. Толщина эндометрия в исследуемой группе была достоверно больше, чем в контрольной ($p < 0.05$). Таким образом, данная терапия может быть рекомендована к использованию в практике акушера-гинеколога при подготовке пациенток к программе ЭКО.



БИОИНФОРМАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МЕТАБОЛОМА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОЗНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Юрова М.В., Токарева А.О.

г. Москва

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Раннее выявление рака яичника (РЯ) является одним из важнейших векторов снижения высокой частоты летальных исходов, ассоциированной с прогрессирующей стадией заболевания.

Цель

Цель работы заключалась в создании панелей метаболитов крови, способных дифференцировать здоровых пациентов, пациентов с РЯ высокой степени злокачественности I-II стадии от прочих возможных поражений (доброкачественные поражения, РЯ высокой степени злокачественности III-IV стадии, пограничная опухоль).

Материалы и методы

Проведен анализ данных, полученных при метаболомном исследовании 229 образцов крови пациентов НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, при помощи моделей искусственных нейросетей и алгоритмов машинного обучения (в т.ч. метода опорных векторов).

Результаты

Посредством рекурсивной элиминации переменных из машины опорных векторов были выявлены наборы соединений, которые можно использовать для дискриминации образцов крови с более ранними стадиями РЯ (при кластеризации образцов с ЗНО яичников на ранней стадии достигнуты показатели чувствительности и специфичности 80% и 71%, соответственно). Изучено перекрытие полученных панелей с базами ассоциированных метаболических путей, построены модели для бинарной классификации, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью.

Заключение

Полученные данные дают возможность утверждать о перспективности использования панелей липидов крови для дальнейшего усовершенствования алгоритмов дифференциальной диагностики новообразований яичников.



ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА: ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА И СТАЦИОНАРА

Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Федорков Л.Ч., Бич А.И., Турок И.В.,
Дмитриева А.Б., Ломейко С.Н.

г. Минск

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров БГМУ г. Минск
Городская гинекологическая больница г. Минск*

Актуальность

Эндометриоз занимает лидирующие позиции среди гинекологических болезней, затрагивающих около десяти процентов женщин в детородном возрасте. По литературным данным в мире насчитывается 1 761 687 000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет, из них 176 млн больны эндометриозом. –Симптомы данной патологии включают хроническую тазовую боль, дисменорею, диспареунию и дисхезию, проблемы с зачатием, расстройства функции тазовых органов. Лечение женщин с эндометриозом должно быть направлено на повышение качества жизни, существенное снижение болевого синдрома, восстановление репродуктивных возможностей пациенток. Важным аспектом является профилактика повторного возникновения заболевания и минимизация необходимости в проведении повторных хирургических вмешательств.

Цель

Оценить эффективность работы «Городского центра эндометриоза», созданного на базе Городской гинекологической больницы (ГГБ) г. Минска

Материалы и методы

«Городской центр эндометриоза» был создан на базе «Городской гинекологической больницы» г.Минска в 2015 году. Основной целью центра является повышение эффективности лечения женщин г. Минска с различными формами заболевания.

Для оценки эффективности работы нами был проведен анализ амбулаторных карт пациенток, впервые обратившихся в «Городской центра эндометриоза» в 2024 году.

Результаты

За 12 месяцев 2024 года 81,5% от числа обративших больных, составили пациентки с множественной локализацией очагов эндометриоза. Эндометриоз яичников был выявлен у 95 женщин (8,8%), эндометриозидные кисты яичников – у 978 (91,2%), причем у 37 пациенток (3,4%) эндометриозидные кисты яичников были выявлены повторно, после перенесенного ранее оперативного лечения. Аденомиоз диагностирован у 809 обратившихся



женщин. (39,1%). Глубокий инфильтративный эндометриоз имел место у 125 пациенток (6%): эндометриоз крестцово-маточных связок и ректовагинальной у перегородки составил 60,6 % (73 пациентки), ректо-сигмоидного отдела кишечника 39,4% (52 пациентки). Эндометриоз тонкого кишечника, мочевого пузыря, послеоперационного рубца, паховый эндометриоз был выявлен у 98 пациенток (4,7%).

Всем пациенткам с целью подтверждения диагноза и определения степени распространенности процесса проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза специалистами УЗИ экспертного уровня.

К проведению консилиумов в «Городском центре эндометриоза» привлекались хирурги-гинекологи, хирурги, колопроктологи, специалисты ультразвуковой диагностики, урологи, администрация ГГБ, сотрудники Белорусского государственного медицинского университета.

Хирургические методы обследования и лечения потребовались 485 пациенткам (23,9%). Гистероскопия была проведена в 104 (5,1%) случаях, оперативное лечение в 381 случае (18,8%).

За 2024 в ГГБ выполнена 31 лапароскопическая операция, связанная с глубоким инфильтративным эндометриозом, из них сложных оперативных вмешательств было выполнено 20 (64,5%), высокотехнологичных, с участием хирургов и урологов – 11 (35,5%).

Индивидуально подобранное гормональное лечение было назначено 671 пациентке (32,4%), в том числе противорецидивное лечение в послеоперационном периоде.

Заключение

Таким образом, ключевую роль в борьбе с эндометриозом играет интенсивное совместное действие специалистов различных медицинских направлений на всех фазах терапии заболевания: от первичного консультирования до долгосрочной реабилитации. Это приводит к раннему выявлению патологии, своевременной коррекции лечения и формированию комплексных стратегий для каждой пациентки, что ведет к существенному сокращению числа тяжелых форм эндометриоза. Основание специализированного центра по борьбе с эндометриозом на базе гинекологической больницы обеспечивает непрерывность лечения и возможность проведения полноценной диагностики, включая современные ультразвуковые исследования и эндоскопические процедуры, позволяет осуществлять направление на хирургическое вмешательство с использованием передовых технологий. Индивидуализированный подход к назначению гормональной терапии обеспечивает максимальную клиническую результативность, снижает риск побочных эффектов и способствует долгосрочной ремиссии.



Содержание

РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ	3
<i>Абсатарова Ю.С., Евсеева Ю.С., Зеленкова-Захарчук Т.А., Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Григорян О.Р., Михеев Р.К.</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	4
<i>Абусуева З.А., Сейдалиева К.Л.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ МИО-ИНОЗИТОЛА И D-ХИРО-ИНОЗИТОЛА В СООТНОШЕНИИ 40:1 У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	6
<i>Абусуева З.А., Эфендиева Р.М., Сейдалиева К.Л.</i>	
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕМ АУТОИММУННЫХ МАРКЕРОВ	7
<i>Адамян Л.В., Антонова А.А., Менжинская И.В., Макиян З.Н.</i>	
АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У РОДРАЗРЕШЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИМФИЗИОПАТИЯМИ.....	9
<i>Азизова Г.Д., Юсупбаева А.Р.</i>	
НИША ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОЭСТРОГЕНОВ, КАК АЛЬТЕРНАТИВА МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	10
<i>Аксенова А.В., Юрова М.В.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМАХ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА	12
<i>Алиева Фарах Т.¹, Багирова Х.Ф.¹, Алиева Фидан Т.¹, Алиева Э.М.² Алиева Фидан Т.¹; Багирова Х.Ф.¹; Алиева Фарах Т.¹; Алиева Э.М.²</i>	
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА	16
<i>Аскеров А.А., Ташмаматова Д.М., Жалиева Г.К., Аманатов Б.К.</i>	
PREMATURE BIRTHS IN THE REGIONS OF KYRGYZSTAN	16



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА ФОНЕ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	19
<i>Атамогланова Г.К.¹, Алиева Э.М.¹, Асадов Б.М.², Велиева С.Н.¹, Ванабова Ш.В.¹</i>	
НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	21
<i>Безирова Л.Х., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Попова И.Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ	23
<i>Безирова Л.Х., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Попова И.Г.</i>	
ВОЗРАСТНЫЕ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН	25
<i>Безменко А.А., Захаров И.С., Беженарь В.Ф., Староверова А.С., Баграмян Э.А., Иванова О.А., Капитанова М.В.</i>	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, ОБРАТИВШИХСЯ К РЕПРОДУКТОЛОГАМ	26
<i>Белокриницкая Т.Е., Малько Д.В., Фролова Н.И.</i>	
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РАЗВИТИЯ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ	28
<i>Белокриницкая Т.Е., Мудров В.А., Набиева Е.С., Коваленко А.С., Кравцева А.Г.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОСЕТЕВОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕОБХОДИМОСТИ ЭКСТРЕННОГО ИНТРАНАТАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ	30
<i>Белокриницкая Т.Е., Мудров В.А., Набиева Е.С., Мудрова С.Л., Коваленко А.С.</i>	
ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИСХОДЫ ВРТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ ДНК ФРАГМЕНТАЦИИ	32
<i>Бердникова А.И., Ушакова И.В., Гависова А.А., Бирюкова Д.А., Камалетдинов Н.С., Чаговец В.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	33
<i>Бикеев Ю.В., Родионова М.В.</i>	



ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ФАКТОР РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ..... 35

[Бичагова Т.В., Рокотянская Е.А.](#)

ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТАРНОГО И ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА37

[Бичагова Т.В., Рокотянская Е.А., Кузьменко Г.Н.](#)

ЕДИНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МАТЬ –ПЛАЦЕНТА-ПЛОД С ПОЗИЦИИ ВЛИЯНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХОБЛ..... 38

[Богданова А.В.¹, Богданова С.В.²](#)

ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА У БЕРЕМЕННЫХ 40

[Богданова С.В.¹, Ильенко Л.И.¹, Богданова А.В.², Гуреев А.Н.¹](#)

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ 42

[Богданова С.В.¹, Ильенко Л.И.¹, Богданова А.В.², Гуреев А.Н.¹](#)

РИСК РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 44

[Бушмелева Н.Н., Рагимова С.Р., Спирина Е.О., Мичкова Д.Р.](#)

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ТАЗОВОЙ ДЕСЦЕНЦИЕЙ С ЦЕЛЮ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ..... 46

[Буянова С.Н., Юдина Н.В., Брыляева А.Е.](#)

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ 48

[Былым Г.В., Егорова М.А., Стрябкова А.В.](#)

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЮНЫХ ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ..... 50

[Былым Г.В., Егорова М.А., Стрябкова А.В., Христич Е.А.](#)

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМНОРЕИ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ52

[Былым Г.В., Егорова М.А., Христич Е.А., Стрябкова А.В.](#)



МИКРОБИОТА ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ПОЛИПАХ ЭНДОМЕТРИЯ	54
Ванакова А.И., Долгушина Н.В., Денисов П.А., Гончарук О.Д., Муравьева В.В., Припутневич Т.В.	
ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ НА РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ.....	55
Ванакова А.И., Долгушина Н.В., Денисов П.А., Гончарук О.Д., Муравьева В.В., Припутневич Т.В.	
ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С БЕСПЛОДИЕМ МАТОЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	57
Ващилина Т.П., Денисевич Т.В., Васильева Е.Н., Виктор С.А., Матач Е.А., Куделич О.С., Быкова И.В.	
СВЯЗЬ МЕЖДУ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	58
Виктор С.А., Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П.	
МОДЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА НА ОСНОВАНИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ.....	60
Волочаева М.В., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Гасымова Ш.Р., Рыжова К.О.	
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВПЧ ВОЗМОЖНО ОНКОГЕННЫХ ТИПОВ	61
Виноградова Н.А., Кулешова О.Б., Романюк Т.Н., Домонова Э.А.	
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНЫМ СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.	62
Воронцова Н.А., Студёнов Г.В., Сенникова Ж.В., Яхудина Р.К.	
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЖЕНЩИН, ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ИЗ ТАДЖИКИСТАНА В РОССИЮ	64
Гафурова Т.У.	
СТРУКТУРА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЖЕНЩИН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ИЗ ТАДЖИКИСТАНА В РОССИЮ	66
Гафурова Т.У., Ишан-Ходжаева Ф.Р.	



КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ В РАЗРЕЗЕ
УРОВНЕЙ ГОРМОНОВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА
И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ 68

Гафурова Т.У., Камилова М.Я.

ВЛИЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПРОГРАММАХ
ЭКО НА ДИНАМИКУ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА: РОЛЬ АНТИТЕЛ
К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ.....70

Грицкевич Е.Ю., Казначеева Т.В., Ерохина А.М., Марилова Н.А.,
Добромыслова Е.Л., Кочетов А.Г., Касян В.Н., Грицкевич А.А., Балашова К.Д.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ДИСТАНЦИОННОГО
МОНИТОРИНГА БЕРЕМЕННЫХ. ОПЫТ ОРЕНБУРГА В 2024 ГОДУ.....71

Грудкин А.А.¹, Ермолаева И.И.², Зингерман Б.В.³, Яковлева И.В.⁴, Холин А.М.⁵,
Шувалова М.П.⁵

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА 73

Дамиров М.М.¹, Иерусалимский А.П.¹, Шустов В.В.^{1,2}

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СНА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА..... 75

Данилова М.В., Усольцева Е.Н., Вереина Н.К., Никушкина К.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОГО СЕРКЛЯЖА
ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ76

Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ
С АНОМАЛИЕЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ 78

Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.

АМБУЛАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ХБП..... 80

Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Дзгоева Ф.Х., Демидова В.В.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ РОЖЕНИЦ
С ДИСКООРДИНАЦИЕЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОДАХ.....81

Джавадова А.А.¹, Алиева Э.М.¹, Сафаралиева А.Р.¹, Мустафаева И.Р.¹, Асадова Ш.Ш.¹,
Алиева Ф.Т.², Мамедова С.М.¹



ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНОГО КАБИНЕТА ПАТОЛОГИИ КЛИМАКСА	83
<i>Дуда В.И., Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Бич А.И., Ломейко С.Н., Высоцкая Ю.В.</i>	
АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ	85
<i>Горова М.А., Мирович Е.Д., Былым Г.В.</i>	
ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА.....	87
<i>Егорова М.А., Былым Г.В.</i>	
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	89
<i>Егорова М.А., Былым Г.В.</i>	
РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ КРИТЕРИЕВ MUSA В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА.....	90
<i>Жуковская С.В., Сташкевич Н.М.</i>	
РАСШИРЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТАБОЛОМНЫХ ПРОФИЛЕЙ.....	92
<i>Затевалов А.М., Ильясова Н.А., Межевитинова Е.А., Терешина Е.В., Безродный С.Л.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ CIN I	94
<i>Захарова-Козьян К.И., Андреева М.В.</i>	
ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....	95
<i>Игнатко И.В., Чурганова А.А., Кузьмина Т.Е., Песегова С.В.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОЛАКТИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	97
<i>Камилова Н.М., Ибрагимова Ж.С.</i>	
БЕРЕМЕННАЯ СО СТЕНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ	98
<i>Капора Т.Ч., Бурьяк Д.В.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЗАМИ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ЗУДОМ И ЭКССУДАЦИЕЙ.....	100
<i>Карпова О.А.</i>	



КАК ВЛИЯЕТ ПРИОСТАНОВКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
НА ПОКАЗАТЕЛИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
И СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ
КАРЕЛИЯ (2019-2021ГГ) 102

[Ковчур П.И., Хидишян И.В.](#)

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ, ВУЛЬВАРНЫХ
И ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ – РЕАЛЬНАЯ
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА
И ВУЛЬВЫ 104

[Ковчур П.И., Хидишян И.В.](#)

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА (РАДИОВОЛНОВОЙ И ЛАЗЕРНОЙ)
В ЛЕЧЕНИИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ,
ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ 106

[Ковчур П.И., Хидишян И.В.](#)

ВЗГЛЯД АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА. НЮАНСЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ. 107

[Козырко Е.В., Хохлова С.В., Панкратова А.В., Доманская М.А., Байгазаиева Д.А.,
Лузина Е.А.](#)

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ CD178+ МОНОЦИТОВ У ЖЕНЩИН
С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ И УГРОЖАЮЩИМ
ПОЗДНИМ ВЫКИДЫШЕМ. 108

[Колесникова А.М., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В., Таланова И.Е.](#)

ЗНАЧИМОСТЬ ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ
МЕТОДАМИ ВРТ. 110

[Кулакова Е.В., Макарова Н.П., Кармакова А.М., Калинина Е.А.](#)

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
И МОНИТОРИНГА ЗА ВОЗМОЖНО ОНКОГЕННЫМИ ТИПАМИ
ВПЧ НА ОСНОВЕ ПЦР-РВ 112

[Кулешова О.Б., Виноградова Н.А., Надысева Т.А., Домонова Э.А.](#)

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА «СУХОЙ ХИМИИ»
ВРАЧОМ-АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ..... 113

[Кулешова С.В., Дворецкая Е.В., Минушкина Л.О.](#)



СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ФЕМОФЛОР® 16 ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ	115
Кулешова С.В.; Хабаров С.В.; Денисова О.В.	
РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР: ВОЗМОЖНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	117
Кулигина М.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Лицова А.О.	
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМА МИОМЫ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	118
Кухарчик Ю.В.	
ГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИНТРААМНИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ	120
Куц Е.Е., Прохорович Т.И., Рухляда Н.Н.	
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И МАСТОДИНИИ	121
Ласачко С.А., Алматар М.Г., Чернявский А.Р.	
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПЛАЦЕНТА-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.	123
Леваков С.А., Дещенко О.В., Шешукова Н.А., Пауков С.В., Громова Т.А., Кавиладзе М.Г., Мох А.В., Латфуллина Р.Р.	
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д КАК ПРЕДИКТОР ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ	125
Леваков С.А., Латфуллина Р.Р., Дещенко О.В., Ястреб А.В., Прудник А.В.	
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПРЕДИКЦИИ, ПРЕВЕНЦИИ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РЕТРОХОРИАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ	127
Линева О.И., Соловова Л.Д., Колсанова А.В.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНТАГОНИСТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВАГИНАЛЬНЫХ ЛАКТОБАКТЕРИЙ	129
Логинова О.П.	
РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ НА С. TRASNOMATIS	131
Логинова О.П., Шевченко Н. И.	



ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА 133

Логинова О.П., Шевченко Н.И.

СИМПТОМЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ
РОДОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ 135

Макеев Д.Ю., Глазкова О.Л., Кузнецов Р.Э., Подзолкова Н.М.

ПОКАЗАТЕЛИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МАТКИ
В III ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 136

Малышкина А.И., Безирова Л.Х., Логинова В.С., Назаров С.Б., Назарова А.О.

РОЛЬ ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В РАЗВИТИИ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА
И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ 138

Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Назарова Н.М., Кепша М.А.,
Мгерян А.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНИТА, ВЫЗВАННОГО
УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ. РЕЗУЛЬТАТЫ
РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 140

Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р.,
Кепша М.А., Мгерян А.Н.

СРАВНЕНИЕ ПРОФИЛЯ АУТОАНТИТЕЛ К ГОРМОНАМ
И СТЕРОИДОГЕННЫМ ФЕРМЕНТАМ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗ-
АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ И БЕЗ ЭНДОМЕТРИОЗА 141

Менжинская И.В., Ермакова Д.М., Павлович С.В., Долгушина Н.В.

СВЯЗЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ
ПРИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ОПЕРАТИВНОЙ МЕНОПАУЗЕ, ВОЗМОЖНОСТЬ
ДИАГНОСТИКИ 143

Милош Т. С.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ,
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ 146

Милош Т.С.¹, Семенцова С.В.¹, Мещанова Ю.С.², Карась Т.С.³, Лепеева О.В.³

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ
РЕЦИДИВА ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА 148

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ
ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 149

[Мирзоянц С.Л., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Арабаджан С.М.](#)

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖФАСЦИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПОПЕРЕЧНОГО
ПРОСТРАНСТВА ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 151

[Москаленко Р.В., Кузнецов Р.Э, Глазкова О.Л.](#)

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ,
РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 152

[Авторы тезиса: Мустафаева И.Р.¹, Алиева Э.М.¹, Аббасова Ф.Е.¹, Султанова И.А.¹,
Алиева Ф.Т.², Байрамова Э.В.¹](#)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОППЛЕРОГРАФИИ ГЛАЗНЫХ АРТЕРИЙ
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ
ПРЕЭКЛАМПСИИ..... 154

[Мэлэк М.И., Игнатко И.В., Кузьмина Т.Е., Сарахова Д.Х., Алиева Ф.Н., Подсекаева С.А.](#)

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ФЕТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ
ПЛОДА 156

[Набережнев Ю.И., Шнейдерман М.Г, Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Белуга М.В.,
Машинец Н.В., Тетруашвили Н.К](#)

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ..... 158

[Назаренко А.А., Шаршова О.А., Захаров И.С., Безменко А.А., Малюгина В.И.](#)

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦВЖ
ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ
НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИИ АКТИВИРОВАННОЙ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ
КИСЛОТЫ 159

[Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Франкевич В.Е., Стародубцева Н.Л., Чаговец В.В.,
Алиева Л.Э., Акопян А.С., Девяткина А.Р., Сычёва Е.Г., Прилепская В.Н.](#)

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ ДЕТЕКЦИИ ВПЧ ВЫСОКОГО
КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА И ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ
НЕОПЛАЗИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 161

[Назарова Н.М., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Девяткина А.Р., Горлова Т.Ю., Алиева Л.Э.,
Асатурова А.В.](#)



В ПОЛЬЗУ ТЕСТИРОВАНИЯ: УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН,
ВСТУПАЮЩИХ В ПРОГРАММУ ЭКО 162

[Нечай К.О.¹, Хабаров С.В.^{1,2,3}](#)

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ
У ПАЦИЕНТОК С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ
АНАМНЕЗОМ..... 163

[Обосян Л.Б., Спирина Е.И., Уланова В.С., Муравьева С.С., Джигладзе Т.А.](#)

СТРЕСС КАК ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
У ПОДРОСТКОВ 165

[Паньшина М.В.¹, Хадарцева К.А.¹, Хабаров С.В.^{1,2,3}](#)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ
И МЛАДЕНЧЕСКИХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ, МАТЕРЯМ КОТОРЫХ
В ХОДЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЛИСЬ КЛЕТОЧНЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ 167

[Пекарева Н.А., Пекарев О.Г., Пекарева Е.О., Сухих Г.Т.](#)

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БЕРЕМЕННОСТИ..... 170

[Ракитина Ю.В.](#)

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА НА ЛОКАЛЬНУЮ
ИММУННУЮ СИСТЕМУ ШЕЙКИ МАТКИ 172

[Рамазанова М.Р. Андреева М.В.,](#)

РИСКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН
С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ 174

[Рожкова О.В., Волков В.Г.](#)

ОПТИМИЗАЦИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ 176

[Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Левченко М.В., Золотых О.С., Арабаджан С.М.](#)

ВЛИЯНИЕ НИЗКОДОЗИРОВАННОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-СОДЕРЖАЩЕЙ
ВНУТРИМАТОЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ 178

[Сафарова С.С., Султанова И.А., Худиева А.Н.](#)

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНЫ ПОВТОРНЫХ НЕУДАЧ
В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ 180

[Свиридова Н.И., Мухина А.В., Долгова В.А.](#)



ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭНДОМЕТРИИ 182

Свиридова Н.И., Пурясева К.А., Максимов С.Н.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 184

Свиридова Н.И., Шкляр А.Л., Абраамян Л.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТУБЕРКУЛЕЗОМ 185

Солонко И.И., Бабченко А.М., Сороковик Ю.А., Будник О.А., Авчинко В.П.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 187

Стародубцева Н.Л., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Девяткина А.Р., Кононихин А.С., Бржозовский А. Г. Франкевич В.Е.

ПОЗДНЯЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА И МАЛОВЕСНЫЙ ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ПЛОД: СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ 189

Столярова Е.В., Холин А.М., Ходжаева З.С., Гус А.И.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ 190

Сугурова А.Т., Хусаинова Р.И., Фаткуллина И.Б.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И ГРУППЫ КАНЦЕРОГЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА, А ТАКЖЕ ОТ УРОВНЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ 192

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.

РОЛЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ 193

Авторы тезиса: Тимохина Е.В., Игнатко И.В., Григорьян И.С., Федюнина И.А., Богомазова И.М., Мэлэк М.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ 194

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Делеске И.А.



АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА	196
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шкляр А.Л.	
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....	198
Ткаченко Л.В., Юстус А.С., Курушина О.В.	
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК	200
Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Мирзоянц С.Л., Арабаджан С.М.	
МОРФОМЕТРИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У МАТЕРИ И ПЛОДА.....	202
Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Габараева М.Р., Фидарова Т.В.	
РОЛЬ ПРОГЕСТЕРОНА В ТЕРАПИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	204
Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Галачиев О.В., Агнаева Н.З.	
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭНДОТЕЛИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	205
Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Фирсова Т.А.	
ОЦЕНКА МАРКЕРОВ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	207
Усман Йз Яхайя, Ниёзова Райхона, Романова Е.М., Черкашина А.В., Игнатко И.В.	
ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О ВИРУСЕ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И АССОЦИИРОВАННЫХ С НИМ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	208
Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Карновская А.А., Лукьянова Д.И., Малько Д.В., Драгомирецкая К.П., Елсыкова Е.И., Перова А.В., Агаркова М.А., Догонина Д.Ц., Ослопова А.А., Пивнева А.А., Ржевцева А.В.	
ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА.....	210
Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Осмонова Ш.Р., Микаелян Е.А., Тюкавкин А.В., Агаркова М.А., Жамьянова Ч.Ц., Пивнева А.А., Багышова А.Н., Гладышева Н.А., Родионова К.А., Шаметова Е.А., Каргина К.А.	



ОСОБЕННОСТИ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КЛЕТОК
ЦИТОТРОФОБЛАСТА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДЕЦИДУАЛЬНЫХ
В-ЛИМФОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ ОСТРОМ
И ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ В ПЛАЦЕНТЕ..... 212

[Хизриева З.С., Кудряшова А.В., Кулида Л.В., Панова И.А.](#)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ
В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ
ПРЕЭКЛАМПСИИ..... 214

[Хизриева З.С., Панова И.А., Кудряшова А.В.](#)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОНСЕРВАТИВНОМУ
ЛЕЧЕНИЮ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО
ПЕРИОДА..... 216

[Авторы тезиса: Ходжаева А.С.](#)

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ,
СТРАДАЮЩИХ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ 217

[Ходжаева А.С.](#)

АНАЛИЗ ЛИПИДОМНОГО ПРОФИЛЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ
МАТКИ КАК ПОДХОД ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ РАННИХ
МАРКЕРОВ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ПАТОЛОГИЙ..... 219

[Чаговец В.В., Назарова Н.М., Девяткина А.Р., Абакарова П.Р., Сычева Е.Г.,
Межевитинова Е.А., Кепша М.А., Стародубцева Н.Л., Франкевич В.Е.](#)

ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ
НИЗКОГО РИСКА (LSIL) В ЦЕРВИКАЛЬНОМ МАЗКЕ:
РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СОПОСТАВЛЕНИЯ 220

[Чуприненко Л.М., Чулкова А.М., Ванян Д.Л., Зорина А.В., Каспарян Р.А., Соболев Т.В.](#)

АНАЛИЗ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА
ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ
СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19..... 222

[Шахсинова Р.Н.](#)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО СВОЕВРЕМЕННОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ
ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК 224

[Шахсинова Р.Н., Узденова З.Х., Гатагажева З.М.](#)



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН
С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ
ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ225

[Шестакова О.В., Тетелютина Ф.К.](#)

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ПАЦИЕНТОК АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ227

[Шикина И.Б., Бакунц С.А.](#)

ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ АКУШЕРСКОГО, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ229

[Шнейдерман М.Г.](#)

ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ (ТОНКИЙ) ЭНДОМЕТРИЙ-НОВЫЙ
ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ В ПРОЦЕССЕ ЭКО231

[Шнейдерман Михаил Григорьевич](#)

БИОИНФОРМАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МЕТАБОЛОМА
В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОЗНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ 233

[Юрова М.В., Токарева А.О.](#)

ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА: ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ
АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА И СТАЦИОНАРА 234

[Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Федорков Л.Ч., Бич А.И., Турок И.В., Дмитриева А.Б., Ломейко С.Н.](#)



Список авторов

- 3 Абсатарова Ю.С., Евсеева Ю.С., Зеленкова-Захарчук Т.А., Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Григорян О.Р., Михеев Р.К.
- 4 Абусуева З.А., Сейдалиева К.Л.
- 6 Абусуева З.А., Эфендиева Р.М., Сейдалиева К.Л.
- 7 Адамян Л.В., Антонова А.А., Менжинская И.В., Макиян З.Н.
- 9 Азизова Г.Д., Юсупбаева А.Р.
- 10 Аксенова А.В., Юрова М.В.
- 12 Алиева Фарах Т.¹, Багирова Х.Ф.¹, Алиева Фидан Т.¹, Алиева Э.М.²
- 14 Алиева Фидан Т.¹; Багирова Х.Ф.¹; Алиева Фарах Т.¹; Алиева Э.М.²
- 16 Аскеров А.А., Ташмаматова Д.М., Жалиева Г.К., Аманатов Б.К.
- 19 Атамоглонова Г.К.¹, Алиева Э.М.¹, Асадов Б.М.², Велиева С.Н.¹, Ванабова Ш.В.¹
- 21 Безирова Л.Х., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Попова И.Г.
- 23 Безирова Л.Х., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Попова И.Г.
- 25 Безменко А.А., Захаров И.С., Беженарь В.Ф., Староверова А.С., Баграмян Э.А., Иванова О.А., Капитанова М.В.
- 26 Белокриницкая Т.Е., Малько Д.В., Фролова Н.И.
- 28 Белокриницкая Т.Е., Мудров В.А., Набиева Е.С., Коваленко А.С., Кравцева А.Г.
- 30 Белокриницкая Т.Е., Мудров В.А., Набиева Е.С., Мудрова С.Л., Коваленко А.С.
- 32 Бердникова А.И., Ушакова И.В., Гависова А.А., Бирюкова Д.А., Камалетдинов Н.С., Чаговец В.В.
- 33 Бикеев Ю.В., Родионова М.В.
- 35 Бичагова Т.В., Рокотянская Е.А.
- 37 Бичагова Т.В., Рокотянская Е.А., Кузьменко Г.Н.
- 38 Богданова А.В.¹, Богданова С.В.²
- 40 Богданова С.В.¹, Ильенко Л.И.¹, Богданова А.В.², Гуреев А.Н.¹
- 42 Богданова С.В.¹, Ильенко Л.И.¹, Богданова А.В.², Гуреев А.Н.¹
- 44 Бушмелева Н.Н., Рагимова С.Р., Спирина Е.О., Мичкова Д.Р.
- 46 Буянова С.Н., Юдина Н.В., Брыляева А.Е.
- 48 Былым Г.В., Егорова М.А., Стрябкова А.В.
- 50 Былым Г.В., Егорова М.А., Стрябкова А.В., Христич Е.А.
- 52 Былым Г.В., Егорова М.А., Христич Е.А., Стрябкова А.В.
- 54 Ванакова А.И., Долгушина Н.В., Денисов П.А., Гончарук О.Д., Муравьева В.В., Припутневич Т.В.
- 55 Ванакова А.И., Долгушина Н.В., Денисов П.А., Гончарук О.Д., Муравьева В.В., Припутневич Т.В.
- 57 Ващилина Т.П., Денисевич Т.В., Васильева Е.Н., Виктор С.А., Матач Е.А., Куделич О.С., Быкова И.В.
- 58 Виктор С.А., Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П.



- 60 Волочаева М.В., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Гасимова Ш.Р., Рыжова К.О.
- 61 Виноградова Н.А., Кулешова О.Б., Романюк Т.Н., Домонова Э.А.
- 62 Воронцова Н.А., Студёнов Г.В., Сенникова Ж.В., Яхудина Р.К.
- 64 Гафурова Т.У.
- 66 Гафурова Т.У., Ишан-Ходжаева Ф.Р.
- 68 Гафурова Т.У., Камилова М.Я.
- 70 Грицкевич Е.Ю., Казначеева Т.В., Ерохина А.М., Марилова Н.А., Добромыслова Е.Л., Кочетов А.Г., Касян В.Н., Грицкевич А.А., Балашова К.Д.
- 71 Грудкин А.А.¹, Ермолаева И.И.², Зингерман Б.В.³, Яковлева И.В.⁴, Холин А.М.⁵, Шувалова М.П.⁵
- 73 Дамиров М.М.¹, Иерусалимский А.П.¹, Шустов В.В.^{1,2}
- 75 Данилова М.В., Усольцева Е.Н., Вереина Н.К., Никушкина К.В.
- 76 Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.
- 78 Данькина И.А., Данькина В.В., Данькин К.В., Бевз Ю.О.
- 80 Демьянова К.А., Козловская Н.Л., Дзгоева Ф.Х., Демидова В.В.
- 81 Джавадова А.А.¹, Алиева Э.М.¹, Сафаралиева А.Р.¹, Мустафаева И.Р.¹, Асадова Ш.Ш.¹, Алиева Ф.Т.², Мамедова С.М.¹
- 83 Дуда В.И., Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Бич А.И., Ломейко С.Н., Высоцкая Ю.В.
- 85 Горова М.А., Минович Е.Д., Былым Г.В.
- 87 Егорова М.А., Былым Г.В.
- 89 Егорова М.А., Былым Г.В.
- 90 Жуковская С.В., Сташкевич Н.М.
- 92 Затевалов А.М., Ильясова Н.А., Межевитинова Е.А., Терешина Е.В., Безродный С.Л.
- 94 Захарова-Козьмян К.И., Андреева М.В.
- 95 Игнатко И.В., Чурганова А.А., Кузьмина Т.Е., Песегова С.В.
- 97 Камилова Н.М., Ибрагимова Ж.С.
- 98 Капора Т.Ч., Бурьяк Д.В.
- 100 Карпова О.А.
- 102 Ковчур П.И., Хидишян И.В.
- 104 Ковчур П.И., Хидишян И.В.
- 106 Ковчур П.И., Хидишян И.В.
- 107 Козырко Е.В., Хохлова С.В., Панкратова А.В., Доманская М.А., Байгазаиева Д.А., Лузина Е.А.
- 108 Колесникова А.М., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Крошкина Н.В., Таланова И.Е.
- 110 Кулакова Е.В., Макарова Н.П., Кармакова А.М., Калинина Е.А.
- 112 Кулешова О.Б., Виноградова Н.А., Надысева Т.А., Домонова Э.А.
- 113 Кулешова С.В., Дворецкая Е.В., Минушкина Л.О.
- 115 Кулешова С.В.; Хабаров С.В.; Денисова О.В.



- 117** Кулигина М.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Лицова А.О.
118 Кухарчик Ю.В.
120 Куц Е.Е., Прохорович Т.И., Рухляда Н.Н.
121 Ласачко С.А., Алматар М.Г., Чернявский А.Р.
123 Леваков С.А., Дещенко О.В., Шешукова Н.А., Пауков С.В., Громова Т.А., Кавиладзе М.Г., Мох А.В., Латфуллина Р.Р.
125 Леваков С.А., Латфуллина Р.Р., Дещенко О.В., Ястреб А.В., Прудник А.В.
127 Линева О.И., Соловова Л.Д., Колсанова А.В.
129 Логинова О.П.
131 Логинова О.П., Шевченко Н. И.
133 Логинова О.П., Шевченко Н.И.
135 Макеев Д.Ю., Глазкова О.Л., Кузнецов Р.Э., Подзолкова Н.М.
136 Малышкина А.И., Безирова Л.Х., Логинова В.С., Назаров С.Б., Назарова А.О.
138 Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Назарова Н.М., Кепша М.А., Мгерян А.Н.
140 Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Кепша М.А., Мгерян А.Н.
141 Менжинская И.В., Ермакова Д.М., Павлович С.В., Долгушина Н.В.
143 Милош Т. С.
146 Милош Т.С.¹, Семенцова С.В.¹, Мещанова Ю.С.², Карась Т.С.³, Лепеева О.В.³
148 Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М.
149 Мирзоянц С.Л., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Арабаджан С.М.
151 Москаленко Р.В., Кузнецов Р.Э., Глазкова О.Л.
152 Авторы тезиса: Мустафаева И.Р.¹, Алиева Э.М.¹, Аббасова Ф.Е.¹, Султанова И.А.¹, Алиева Ф.Т.², Байрамова Э.В.¹
154 Мэлэк М.И., Игнатко И.В., Кузьмина Т.Е., Сарахова Д.Х., Алиева Ф.Н., Подсекаева С.А.
156 Набережнев Ю.И., Шнейдерман М.Г., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Белуга М.В., Машинец Н.В., Тетруашвили Н.К.
158 Назаренко А.А., Шаршова О.А., Захаров И.С., Безменко А.А., Малюгина В.И.
159 Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Франкевич В.Е., Стародубцева Н.Л., Чаговец В.В., Алиева Л.Э., Акопян А.С., Девяткина А.Р., Сычѐва Е.Г., Прилепская В.Н.
161 Назарова Н.М., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Девяткина А.Р., Горлова Т.Ю., Алиева Л.Э., Асатурова А.В.
162 Нечай К.О.¹, Хабаров С.В.^{1,2,3}
163 Обосян Л.Б., Спирина Е.И., Уланова В.С., Муравьева С.С., Джибладзе Т.А.
165 Паньшина М.В.¹, Хадарцева К.А.¹, Хабаров С.В.^{1,2,3}
167 Пекарева Н.А., Пекарев О.Г., Пекарева Е.О., Сухих Г.Т.
170 Ракитина Ю.В.



- 172** Рамазанова М.Р. Андреева М.В.,
174 Рожкова О.В., Волков В.Г.
176 Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Левченко М.В., Золотых О.С., Арабаджан С.М.
178 Сафарова С.С., Султанова И.А., Худиева А.Н.
180 Свиридова Н.И., Мухина А.В., Долгова В.А.
182 Свиридова Н.И., Пурясева К.А., Максимов С.Н.
184 Свиридова Н.И., Шкляр А.Л., Абраамян Л.К.
185 Солонко И.И., Бабченко А.М., Сороковик Ю.А., Будник О.А., Авчинко В.П.
187 Стародубцева Н.Л., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Девяткина А.Р., Кононихин А.С.,
Бржозовский А. Г. Франкевич В.Е.
189 Столярова Е.В., Холин А.М., Ходжаева З.С., Гус А.И.
190 Сугурова А.Т., Хусаинова Р.И., Фаткуллина И.Б.
192 Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В.
193 Авторы тезиса: Тимохина Е.В., Игнатко И.В., Григорьян И.С., Федюнина И.А., Богомазова И.М.,
Мэлэк М.
194 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Делеске И.А.
196 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шкляр А.Л.
198 Ткаченко Л.В., Юстус А.С., Курушина О.В.
200 Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Мирзоянц С.Л., Арабаджан С.М.
202 Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Габараева М.Р., Фидарова Т.В.
204 Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Галачиев О.В., Агнаева Н.З.
205 Умаханова М.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Фирсова Т.А.
207 Усман Йз Яхайя, Ниёзова Райхона, Романова Е.М., Черкашина А.В., Игнатко И.В.
208 Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Карновская А.А., Лукьянова Д.И., Малько Д.В.,
Драгомирецкая К.П., Елсыкова Е.И., Перова А.В., Агаркова М.А., Догонова Д.Ц., Ослопова А.А.,
Пивнева А.А., Ржевцева А.В.
210 Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Осмонова Ш.Р., Микаелян Е.А., Тюкавкин А.В.,
Агаркова М.А., Жамьянова Ч.Ц., Пивнева А.А., Багышова А.Н., Гладышева Н.А., Родионова К.А.,
Шаметова Е.А., Каргина К.А.
212 Хизриева З.С., Кудряшова А.В., Кулида Л.В., Панова И.А.
214 Хизриева З.С., Панова И.А., Кудряшова А.В.
216 Авторы тезиса: Ходжаева А.С.
217 Ходжаева А.С.
219 Чаговец В.В., Назарова Н.М., Девяткина А.Р., Абакарова П.Р., Сычева Е.Г., Межевитинова Е.А.,
Кепша М.А., Стародубцева Н.Л., Франкевич В.Е.
220 Чуприненко Л.М., Чулкова А.М., Ванян Д.Л., Зорина А.В., Каспарян Р.А., Соболев Т.В.
222 Шахсинова Р.Н.
224 Шахсинова Р.Н., Узденова З.Х., Гатагажева З.М.



- 225** Шестакова О.В. Тетелютина Ф.К.
- 227** Шикина И.Б., Бакунц С.А.
- 229** Шнейдерман М.Г.
- 231** Шнейдерман Михаил Григорьевич
- 233** Юрова М.В., Токарева А.О.
- 234** Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Федорков Л.Ч., Бич А.И., Турок И.В., Дмитриева А.Б., Ломейко С.Н.