

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



XXX

МОСКВА

XXX
ЮБИЛЕЙНЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

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

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

Сборник тезисов

XXX Юбилейный Всероссийский Конгресс
с международным участием

«Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского
здоровья от менархе до менопаузы»

М., 2024 – 197 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 Ивент»

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 978–5–6050684–1–9

ООО «МЕДИ Ивент», 197



ЦЕНТРАЛЬНЫЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Абсатарова Ю.С., Андреева Е.Н., Евсеева Ю.С., Шереметьева Е.В., Григорян О.Р.,
Михеев Р.К.

г. Москва

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

Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – мультифакторное заболевание среди женщин репродуктивного возраста с полиморфной клинической симптоматикой. В патогенезе данной нозологии особую роль играют нарушения нейроэндокринной регуляции. Орексины (гипокретины) представляют собой новый класс гипоталамических нейропептидов, принимающих участие не только в смене циклов сна-бодрствование, но и в процессах обмена веществ. Установлено, что их рецепторы экспрессируются во многих периферических тканях, включая эндокринную систему. Более того, появились данные о значении орексинов в регуляции репродуктивной системы и, в частности, овуляции, путем непосредственного влияния на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось, а также описано их стимулирующее воздействие на ГнРГ-нейроны.

Цель

Изучить орексиновый статус (количественные характеристики орексина А) у женщин с СПЯ и его значение в патогенезе заболевания.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие женщины 18–39 лет: 20 пациенток с СПЯ с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м² (1я группа), и 20 женщин с СПЯ и ИМТ < 25 кг/м² (2я группа). Диагноз СПЯ был выставлен на основании Роттердамских критериев (2003 год). Группу сравнения составили 20 здоровых женщин с регулярным менструальным циклом и ИМТ < 25 кг/м². Во всех трех группах были определены уровни орексина А, ЛГ, ФСГ, тестостерона, инсулина в сыворотке крови в 1 фазу менструального цикла (3–7 день) или на фоне задержки менструации более 2 месяцев (у пациенток с СПЯ).

Результаты

Все три группы были сопоставимы по возрасту. В 1й группе ИМТ составил – медиана 30,8 кг/м² [26,6; 34,6], во 2й группе 21,4 кг/м² [19,2; 22,4], в группе контроля – 20,9 кг/м² [20,0; 22,8]. Уровень орексина А оказался статистически значимо ниже в группе пациенток с СПЯ и ИМТ ≥ 25 кг/м², по сравнению с группой СПЯ с нормальным ИМТ и здоровы-



ми женщинами: медиана 1,32 нг/мл [0,29;3,56], 5,77 нг/мл [3,34;9,87] и 11,06 нг/мл [8,41;17,49], соответственно ($p < 0,05$). В группе СПЯ с избыточным весом уровень инсулина был статистически значимо выше по сравнению с пациентками с нормальным весом и здоровыми участницами: 13,7 [8,3; 23,7] мЕд/л; 7,2 [5,2; 9,1] мЕд/л и 6,2 [5,0; 8,6] мЕд/л соответственно ($p < 0,05$). Была зарегистрирована обратная корреляция уровня орексина А и ИМТ, а также данного гипокретина и инсулина: чем выше был ИМТ, тем ниже оказался уровень нейропептида, соответственно.

Заключение

Орексин А является потенциальным маркером овариальной гиперандрогении, более того данный нейропептид отражает степень выраженности инсулинорезистентности, которая представляет собой один из главных патогенетических механизмов формирования СПЯ.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РУТИННОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ НА ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В Г. СМОЛЕНСК

Авчинникова Д.А.¹, Покусаева В.Н.¹, Эйдельштейн И.А.²

г. Смоленск

1. *ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Смоленск, Россия*
2. *НИИАХ ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ, Смоленск, Россия*

Актуальность

Основная роль в развитии осложнений беременности среди бактериальных инфекций, передающихся половым путем (ИППП), принадлежит четырем патогенам: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* и *Trichomonas vaginalis*. Частое бессимптомное течение данных инфекций, а также их связь с вероятностью спонтанных абортов, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела, несвоевременного разрыва околоплодных оболочек и послеродового эндометрита обуславливают необходимость своевременной диагностики и лечения при беременности. Согласно актуальным российским Клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» 2020 г., проводится обязательное микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1 визите и в 3 триместре, (в т.ч. на гонококк, трихомонады). Рутинное обследование беременных на *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* и *Trichomonas vaginalis* методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) не предусмотрено, однако, рекомендовано при наличии жалоб, клинической симптоматики, воспали-



тельных изменений в мазке при микроскопическом исследовании. Целесообразно проведение тотального скрининга беременных для установления распространенности ИППП в когорте беременных, выявления пациенток с бессимптомным течением с целью предотвращения неблагоприятных исходов для женщины и плода.

Цель

Оценка распространенности инфекций, передающихся половым путем, среди беременных, наблюдающихся в «Клинический родильный дом – Женская консультация» г. Смоленска.

Материалы и методы

В продолжающееся когортное неинтервенционное исследование в период с сентября 2023 г. по январь 2024 г. включены 528 беременных, состоящих на учете в «Клинический родильный дом – Женская консультация» г. Смоленска. У пациенток дважды, при 1 явке (в 1 или 2 триместре) и в 3 триместре, проводилось взятие соскоба из цервикального канала. Полученный материал направлялся в НИИАХ ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ (Смоленск, Россия) для скрининга на *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* и *Trichomonas vaginalis* методом ПЦР с использованием коммерческих наборов «АмплиПрайм®NCMT» («НекстБио», Россия).

Результаты

Дизайн исследования предусматривает 2 этапа: 1 – сбор клинического материала, 2 – работа с медицинской документацией (индивидуальные карты, обменные карты, истории родов) с целью оценки акушерских и перинатальных исходов. Промежуточные результаты первого этапа исследования демонстрируют следующую частоту встречаемости отдельных ИППП среди беременных: 1,9% (10/528) – *Chlamydia trachomatis*, 0,2% (1/528) – *Neisseria gonorrhoeae*, 0,8% (4/528) – *Mycoplasma genitalium*. За время проведения исследования не выявлено ни одного случая урогенитального трихомониаза. Случаев ко-инфицирования среди обследованных пациенток не зафиксировано. Все пациентки с выявленными патогенами, а также их партнеры получили лечение согласно существующим клиническим рекомендациям по хламидийной, микоплазменной и гонококковой инфекции. Проведено взятие контрольных анализов с целью подтверждения эрадикации возбудителей после лечения, случаев ре-инфицирования не выявлено.

Заключение

Полученные предварительные данные свидетельствуют об относительно низкой частоте выявления ИППП среди беременных г. Смоленска при рутинном скрининге, что, однако, требует подтверждения на большей выборке.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Агабекян В.С., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Печкуров С.А.,
Арабаджан С.М.

г. Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Перинатальный центр»

Актуальность

Активное внедрение эндоскопических методов в хирургии привело к резкому уменьшению сроков госпитализации и восстановлению трудоспособности пациентов. Внедрение программы ускоренного восстановления после хирургических операций позволяет также улучшить результаты хирургических операций. Основным принципом концепции Fast-track программ для ускоренного выздоровления является реализация комплекса лечебных мероприятий, позволяющих уменьшить операционный стресс, а именно использование мультимодальной анальгезии (ММА), адекватный контроль за послеоперационной болью, агрессивная ранняя физическая реабилитация, включая раннее энтеральное питание и мобилизацию, что в конечном итоге способствует ранней и эффективной выписке пациенток.

Цель

Оценить эффективность программы ускоренного выздоровления у пациенток после различных лапароскопических операций в гинекологии.

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни 178 пациенток, которым проводились различные лапароскопические операции (удаление кисты яичников, удаление миоматозных узлов и др.). Все пациентки разделены на 2 группы: 1 группа (103 женщины), которым проводилась лапароскопическая операция под общей анестезией, и 2 группа (75 женщин), у которых использовалась общая анестезия в сочетании с эпидуральной анальгезией. Длительность операции составила 65–127 минут, анестезиологический риск 1–2 степени. Обе группы не отличались существенными особенностями. Всем пациенткам после операции для определения интенсивности болевого синдрома проводилась оценка по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в сочетании с кардиомониторингом (АД, ЧСС, ЭКГ), температурой тела, ЧД и SpO₂.



Результаты

После операции для обезболивания пациенток 1 группы проводился ТАР-блок под ультразвуковой навигацией с помощью 0,2% ропивакаина в сочетании с внутривенным введением парацетамола и НПВС, а у женщин 2 группы эпидуральная анальгезия раствором 0,1% ропивакаина, а при необходимости внутривенное введение парацетамола. Использование методов нейроаксиального обезболивания позволило всем женщинам обеих групп в послеоперационном периоде активно вести себя в постели. У всех женщин обеих групп после операции был достигнут оптимальный уровень обезболивания (по шкале ВАШ 1–2 балла) и восстановление перистальтики кишечника. Сравнение результатов, полученных в двух группах женщин, показало, что существенных преимущественных отличий в течение операционного и раннего послеоперационного периода по исследуемым параметрам нами выявлено не было. Необходимо отметить, что реализация концепции ускоренной реабилитации, включающей высокое индивидуальное мастерство оперативной техники, использование мультимодальной анальгезии, привела к улучшению качества всех этапов лечебного процесса, уменьшению осложнений, сокращению пребывания пациентов в стационаре.

Заключение

Внедрение программы ускоренного выздоровления у пациенток при различных лапароскопических операциях в гинекологии позволило уменьшить применение опиоидов при адекватном уровне обезболивания у всех пациенток обеих групп. Использование данной методики, включая внедрение современных методик ведения послеоперационного периода (ограничение опиоидных анальгетиков, теплосберегающие технологии, ранняя активизация, оптимальная инфузионная терапия) обеспечивают раннюю реабилитацию, обеспечив качество и безопасность оказания помощи женщинам после различных лапароскопических операций.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ И РАЗВИТИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Агабекян В.С., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Гасанов Н.П.,
Печкуров С.А., Арабаджан С.М.

г. Ростов-на-Дону

ГБУ РО «Перинатальный центр»

Актуальность

Послеродовая депрессия (ПРД) – депрессия, возникающая после родов и проявляющаяся психоэмоциональной лабильностью, снижением настроения, беспричинной плаксиво-



стью, раздражительностью и нарушением режима сна и бодрствования. Одной из причин развития депрессии может быть перенесенная интенсивная боль и стресс во время родоразрешения. Нейроаксиальные методы обезболивания родов являются наиболее эффективными и безопасными, причем эпидуральная анальгезия (ЭДА) считается «золотым стандартом» облегчения боли во время родов, т.к. наиболее полно отвечает требованиям, предъявляемым к анальгезии, используемой в родах, позволяя матери в полной мере участвовать в процессе родов без седации.

Цель

Сравнительная оценка эффективности обезболивания родов с помощью различных вариантов эпидуральной анальгезии на развитие ПРД.

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни 978 рожениц, которым проводилось обезболивание родов методом эпидуральной анальгезии при плановом родоразрешении через естественные родовые пути без сопутствующей патологии. Оценку боли во время родоразрешения проводили по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства выполняли при наличии регулярной родовой деятельности, выраженном болевом синдроме (оценка боли по ВАШ более 5) и при раскрытии шейки матки 2–5 см. Все пациентки распределены на две группы: 1 группа (652 женщины), которым проводилась стандартная методика ЭДА с продленным введением местного анестетика, и 2 группа (335 женщин), которым обезболивание проводилось путем автоматизированной болюсной дозировки. Группы не отличались по возрасту, росту, весу матери и сроку беременности. Срок гестации 38–40 недель, возраст женщин 22–38 лет, 538 -первородящие и 440 – повторнородящие.

Результаты

У всех рожениц обеих групп развилась анальгезия с адекватным уровнем обезболивания через 15–20 минут, причем все отмечали резкое улучшение самочувствия, хорошее настроение и психологически комфортное состояние. Все роженицы были разделены на две группы: 1 группа рожениц, которым проводилось непрерывное введение 0,1% раствора ропивакаина путем постоянной инфузии со скоростью 10 мл/час по достижении оценки ВАШ 1 балл, с последующим добавлением болюса в 10 мл при превышении оценки ВАШ 4–5 баллов и 2 группа, которым проводилась инфузия 0,1% раствора ропивакаина путем автоматизированной болюсной дозировки (автоматизированный обязательный болюс) через каждый 1 час. Необходимо отметить, что у всех рожениц исходная оценка боли по шкале ВАШ составляла 5–6 баллов, а через 15–20 минут отмечалась оценка 0–1 балла в обеих группах.



Заключение

Анализ проведенных исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности проводимого обезболивания с помощью эпидуральной анальгезии у рожениц обеих групп не выявил развития послеродового депрессивного состояния в раннем периоде после родов ни в одном случае. Использование обеих методик проведения обезболивания родов позволяет избежать ПРД в раннем послеродовом периоде.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Айсаева Б.М., Дикке Г.Б., Абусуева З.А., Эфендиева Р.М.

г. Махачкала

- *Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Россия;*
- *Академия медицинского образования имени Ф.И. Иноземцева», Санкт-Петербург, Россия;*
- *Дагестанский государственный медицинский университет, заведующая отделением консервативной гинекологии «Махачкалинский родильный дом №2», Махачкала, Россия;*
- *ГБУ РД ГKB г. Махачкала №1, Махачкала, Россия*

Актуальность

Бактериальный вагиноз (БВ) — это полимикробная биопленочная инфекция, при которой происходит замещение *Lactobacillus spp.* условно-патогенными микроорганизмами, преимущественно анаэробными.

Согласно недавно проведенному метаанализу БВ диагностируется у 23–29% женщин репродуктивного возраста в общей популяции во всем мире. Заслуживающим пристального внимания и дифференцированного подхода к лечению, является сочетание БВ и герпетической инфекции. Показано, что в присутствии инфекции вируса простого герпеса (ВПГ) -2 риск БВ увеличивается в 1,6 раз, часто рецидивирует и представляет из себя серьезную проблему ввиду высокой распространенности ВПГ в популяции.

В иммунной системе, основной функцией которой является защита от чужеродных агентов, их распознавание и уничтожение, в присутствии БВ и ВПГ происходят нарушения на локальном уровне.

Цель

Изучить особенности неспецифической защиты влагалища у пациенток с рецидивирующим БВ (РБВ), инфицированных ВПГ.



Материалы и методы

В исследование вошли 100 пациенток, которые были разделены на 2 группы: I – (n = 80) с клиническим диагнозом РБВ и ВПГ, II – (n = 20) условно здоровые. Определяли бактериальный состав методом Фемофлор и содержание ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИНФ- γ , ФНО- α , ИЛ-4, ИЛ-10 в отделяемом из влагалища. Статистическая обработка результатов проведена с помощью Microsoft Excel 2000 и программы Statistica 6.0.

Результаты

Микробиота влагалища у пациенток с РБВ и ВПГ характеризуется преобладанием *G. vaginalis*, *P. bivia* и *A. vaginae* (83,8%), у большинства из них обнаружены *Megasphaera* spp., *Mobiluncus* spp. (66,3%) и *Staphylococcus* spp. (32,5%), у более половины – выделены другие БВ-ассоциированные бактерии (*Eubacterium* spp., *Sneathia* spp., *Leptotrichia* spp., *Fusobacterium* spp., *Lachnobacterium* spp., *Clostridium* spp.). Наиболее часто встречаемым вирусом у пациенток с БВ был ВПГ 2 типа – 85%.

Выявлено статистически значимо более высокое содержание цитокинов у пациенток с РБВ, инфицированных ВПГ, по сравнению с женщинами с нормальным микробиоценозом влагалища: провоспалительных (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , и ИЛ-8) $p < 0,001$ – в 1,6–1,8 раз и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) – в 1,5 раза ($p < 0,01$).

Заключение

У пациенток с РБВ, инфицированных ВПГ, наблюдается присутствие не только анаэробных бактерий, но и аэробных, а также сочетание с ВПЧ, повышение уровня цитокинов. Это указывает на необходимость использования наряду с антимикробными препаратами, средств иммуномодулирующего действия.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЕЁ АСПИРИНОПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Алексеева М.В., Козловская Н.Л., Апресян С.В., Демьянова К.А., Коротчаева Ю.В.,
Луговой А.О., Чегодаева А.Г.

г. Москва

АНО ЦКБ Святителя Алексия

Актуальность

Диагностика преэклампсии (ПЭ) у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП) затруднена ввиду схожести клинических проявлений ПЭ и прогрессирования заболева-



ния почек. Особенности клинических проявлений ПЭ, наложившейся на ХБП, в настоящее время неизвестны.

Цель

Выявить и охарактеризовать особенности ПЭ у пациенток с ХБП в сравнении с пациентками общей популяции. Оценить эффективность профилактики ПЭ препаратами ацетилсалициловой кислоты у пациенток с ХБП.

Материалы и методы

Проанализировано течение ПЭ у госпитализированных в роддом 63 беременных женщин. Первую группу составили 24 пациентки с ХБП, наблюдавшиеся в Центре помощи беременным с патологией почек многопрофильной клинической больницы с I триместра беременности. Из них ХБП 1 стадии имели 13 (54%) пациенток, ХБП 2 – 3 (12,5%), ХБП 3а – 5 (21%), и по одной пациентке с ХБП 3б, 4 и 5 стадий. 19 (79%) из них до беременности имели и/или артериальную гипертензию (АГ), и/или протеинурию (ПУ), и/или уровень креатинина сыворотки >90 мкмоль/л. Причиной ХБП являлись: хронический гломеруло-нефрит – 9 (38%), тубулоинтерстициальный нефрит – 3 (12,5%), поликистозная болезнь почек – 3 (12,5%), аномалия мочевыводящих путей – 4 (17%), диабетическая нефропатия – 2 (8%), мочекаменная болезнь – 1 (4%), у 2 (8%) пациенток причина ХБП установлена не была. Вторую группу составили 39 пациенток из общей популяции, без отягощенного соматического анамнеза (отсутствие до беременности АГ, сахарного диабета, ХБП). При поступлении у пациенток исследованы: артериальное давление (АД), клинический анализ крови, уровни ПУ, креатинина, мочевины, альбумина, АЛТ, АСТ, общего билирубина, ЛДГ, гаптоглобина, ультразвуковых показателей маточно-плацентарного кровотока. У пациенток с неклассическим течением ПЭ исследовано ангиогенное соотношение (sFlt-1/PlGF).

Результаты

Пациентки обеих групп не различались по возрасту (Me 31,5 [25–36] vs 32 [27–34,7] $p=0,938$) и паритету (1-я беременность: 13 (54%) vs 20 (51%) $p=0,824$). 19 (79%) женщинам с ХБП на амбулаторном этапе была своевременно начата профилактика ранней ПЭ препаратами ацетилсалициловой кислоты. Несмотря на это, пациентки с ХБП чаще развивали раннюю ПЭ (58,3% vs 35,3%, $p = 0,082$) и опережали по срокам манифестации ПЭ пациенток второй группы в среднем на 2 недели (Me 33 [31–35,6] нед. vs Me 35,3 [33–36,5] нед., $p = 0,022$). Отмечена обратная корреляция между сроком ПЭ и стадией ХБП ($r = -0,630$; $p=0,001$). Медиана АД при поступлении соответствовала тяжести течения ПЭ. В первой группе 55% пациенток требовалось усиление антигипертензивной терапии, а во второй группе терапия была назначена впервые 43,5% женщин. У 3 пациенток из первой группы и у 1 из второй ПЭ протекала атипично – без АГ. У этих пациенток диагноз был установлен на основании быстрого нарастания ПУ и дисбаланса ангиогенных факторов: Me sFlt1/PlGF: 128 [51,8–184]. Независимо от этиологии, у пациенток с ХБП выявлялась большая



ПУ, чем у пациенток второй группы (Ме СПУ г/сут: 3 [1,46–3,6] vs 0,74 [0,41–1,95], $p=0,002$), и чаще развивался нефротический синдром (4 (16,7%) vs 2 (5%), $p = 0,13$). Во второй группе у 6 женщин развился HELLP-синдром, у 2 – синдром ТМА, у одной пациентки ПЭ осложнилась эклампсией, у другой – преждевременной отслойкой плаценты, тогда как в группе ХБП имелся единственный случай HELLP-синдрома. Острое повреждение почек развилось у 5 (21%) женщин с ХБП и у 7 (18%) во второй группе ($p=0,777$). Нарушение маточно-плацентарного кровотока встречалось с одинаковой частотой в обеих группах 9 (35,7%) vs 12 (31%) ($p=0,582$).

Заключение

У пациенток с ХБП ПЭ чаще развивается на более ранних сроках, чем в общей популяции, и характеризуется более высокой ПУ. Срок развития ПЭ зависит от стадии ХБП. Своевременно начатая профилактика препаратами ацетилсалициловой кислоты, по-видимому, является фактором, позволяющим избежать развития тяжелых осложнений ПЭ. Мы полагаем, что ведение беременности у пациенток с ХБП должно осуществляться совместным наблюдением акушера-гинеколога и нефролога.

ЗАВИСИМОСТЬ ОНКОПРОГРЕССИИ ШЕЙКИ МАТКИ ОТ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВПЧ

Андреева М.В., Захарова-Козьян К.И.

г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Актуальность

За последние 15 лет распространенность ВПЧ-инфекции в мире возросла более чем в 10 раз и обнаруживается у 17% людей. Пик заболеваемости отмечается в возрастной группе 22–35 лет, а частота рецидивов составляет 26–30%. По данным цервикальных соскобов, показатели пораженности ВПЧ варьируют от 14 до 43,7%. 13,3% женщин в мире с нормальными цитологическими показателями шейки матки поражены ВПЧ. ВПЧ может спонтанно элиминироваться из организма. Однако у ряда пациенток он персистирует с риском прогрессирования заболевания до цервикальной дисплазии любой степени вплоть до развития рака шейки матки (РШМ).

Цель

Исследование вирусной нагрузки ВПЧ у женщин с разными результатами цитологического исследования.



Материалы и методы

Вирусная нагрузка ДНК ВПЧ была исследована методом ПЦР в реальном времени, который осуществляет количественную оценку экспрессии тех или иных генов в образце и позволяет нормировать количество вируса на количество клеток человека, поэтому в качестве единицы измерения использован логарифм копий ДНК ВПЧ на $10/5$ эпителиальных клеток ($\lg 10/5$ клеток). В исследование включены 27 пациенток с ASCUS, 19 женщин с LSIL (CIN I) и 3 пациентки с HSIL (CIN II, CIN II-III). Материалом для исследования являлся цервикальный соскоб.

Результаты

ВПЧ 16-й тип обнаружен в $23,1 \pm 2,6\%$ клинических наблюдениях, 18 тип – в $11,7 \pm 2,1\%$, остальные типы сочетаний ВПЧ распределились, в среднем, по распространенности следующим образом: 16, 18, 33 – в $15,3 \pm 3,1\%$ случаев; 45, 56, 31 – в $12,7 \pm 1,7\%$; 16, 31, 33, 45 – в $3,1 \pm 0,7\%$; 16, 18, 35, 33 – в $2,9 \pm 0,31\%$ случаев и 33, 58, 45, 35 – в $2,7 \pm 0,33\%$ наблюдений. Клинически малозначимое количество ВПЧ установлено в $4,1 \pm 0,7\%$ наблюдениях, клинически значимое – в $20,4 \pm 4,9\%$ и повышенная вирусная нагрузка – в $75,5 \pm 6,8\%$. Распределение вирусной нагрузки в зависимости от тяжести морфологических изменений показало следующее. Клинически малозначимое количество ДНК ВПЧ зарегистрировано у 20% женщин с ASCUS и ни у одной с LSIL и/или HSIL. Клинически значимое количество вируса выявлено у 10,1% женщин с ASCUS и у 8,3% с HSIL, а также у 34,5% пациенток с LSIL. Повышенная вирусная нагрузка установлена у 70,1% пациенток с ASCUS, у 65,1% и 91,7% больных с LSIL и HSIL, соответственно.

Заключение

Таким образом, показатель активности вирусного генома в стимулировании процессов пролиферации эпителия значительно увеличивается по мере прогрессирования тяжести цервикальных интраэпителиальных изменений от ASCUS до HSIL. Вирусную нагрузку можно рассматривать в качестве самостоятельного клинического критерия оценки характера тканевых изменений, обусловленных папилломавирусной инфекцией.

ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО СКРИНИНГА У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Андреева М.В., Тугай Е.А., Заболотнева К.О.

г. Воронеж

ООО «КДФ-Воронеж»



Актуальность

Женщины с гестационным сахарным диабетом подвержены более высокому риску развития СД 2 типа. Частота диагностирования СД2 после ГСД составляет 2–70% и длится от 6 недель до 28 лет после родов. Учитывая этот риск и возможность профилактических вмешательств, женщинам с ГСД рекомендуется проводить пероральный тест на толерантность к глюкозе (ПГТТ) через 6–12 недель после родов. Однако частота проведения послеродового скрининга недостаточна и составляет от 13% до 82% в зависимости от географии, этнической принадлежности и практических условий.

Цель

Определить частоту проведения послеродового скрининга у женщин с гестационным диабетом в период с 6 по 48 неделю после родов.

Материалы и методы

Мы провели ретроспективный анализ амбулаторных медицинских карт пациенток, состоявших на учете по беременности в частном медицинском центре города Воронежа с октября 2022 по октябрь 2023 года. Было проанализировано 297 амбулаторных карт. Оценивалась частота назначения врачами ПГТТ во время первого послеродового визита и частота выполнения пациентками этих назначений.

Результаты

100% пациенток были обследованы на наличие ГСД: 96% прошли ПГТТ, а в 4% случаев ГСД был выявлен при первичном обследовании. В одном случае был диагностирован манифестный сахарный диабет. ГСД был диагностирован у 16,2% всех пациентов (48 случаев).

Большинство пациенток (57%) впервые посетили клинику после родов в среднем через 3,5 недели. 27% пациенток отложили первый послеродовой визит до 8 недель. 9,1% сделали первый послеродовой визит через 12–14 недель, 6,9% пациенток на послеродовой визит не явились.

ПГТТ был назначен 32 раза :28- пациенткам с ГСД во время беременности, из которых было выполнено 12, еще 4 назначения были сделаны пациенткам с другими факторами риска СД 2 типа (ожирение, СПКЯ, вес плода при рождении более 4000 гр, наличие родственников 1 линии с СД)- все 4 назначения были выполнены.

Результаты показали, что частота назначения ПГТТ пациенткам с ГСД составила 58,3%, а частота выполнения назначений врача-42,8%. В результате из 48 пациенток, которым требовался скрининг в послеродовом периоде, обследование прошли только 12 (25%). В результате скрининга сахарный диабет не был выявлен.



Заключение

Частота назначения скрининга варьировалась от врача к врачу, возможно, в зависимости от их вовлеченности и осведомленности о необходимости тестирования. Послеродовые визиты не привели к увеличению числа послеродовых скринингов. Необходимо разработать стратегии по улучшению показателей послеродового скрининга среди женщин с гестационным диабетом. Большинство женщин, участвовавших в этом исследовании, прошли более семи дородовых осмотров, поэтому можно сказать, что врачи упустили возможность рассказать им о важности послеродового скрининга.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Артемьева К.А.¹, Степанова И.И.¹, Пономаренко Е.А.¹, Низяева Н.В.¹, Тихонова Н.Б.¹, Куликов И.А.²

г. Москва

- 1. Научно-исследовательский институт имени академика А. П. Авцына государственного научного центра Российской Федерации ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», Москва, Россия (Министерство науки и высшего образования РФ)*
- 2. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Видновский перинатальный центр», Видное, Россия (Министерство здравоохранения РФ)*

Актуальность

Врастание плаценты – аномальная инвазия ворсин трофобласта в миометрий. Оно является одним из основных осложнений, приводящих к материнской смертности и серьезным неблагоприятным исходам беременности. Ведущим фактором риска развития врастания плаценты служит повреждение матки, в основном связанное с кесаревым сечением. Каждый случай врастания плаценты представляет собой настоящую проблему для акушеров. Местные плацентарные регуляторные факторы особенно важны для плодно-материнского диалога, а также для контроля роста, дифференцировки и функций самой плаценты. Плацентарный альфа-1-микроглобулин (ПАМГ) влияет на метаболизм и рост клеток. Стимуляция ПАМГ усиливает миграцию клеток вневорсинчатого трофобласта и может быть связана с аномальной плацентацией, в частности, ее гиперинвазивностью. Адипонектин регулирует пролиферацию, дифференцировку и инвазию трофобласта, а также ангиогенез в децидуальной оболочке. Гликоделин (Гд) А, в основном синтезирующийся в децидуальной оболочке и секреторных железах эндометрия, является одним из децидуальных факторов, сдерживающих вторжение трофоб-



ласта человека в матку, и его ингибирующая активность является потенциальным механизмом ограничения степени инвазии трофобласта. В настоящее время антенатальная диагностика вращающейся плаценты основана на данных УЗИ и/или МРТ с учетом анамнеза (рубец на матке после кесарева сечения). Однако на интерпретацию полученных результатов влияет опыт специалистов; некоторые признаки недостаточно чувствительны и специфичны. Поэтому около 2/3 случаев вращающейся плаценты остаются нераспознанными до момента родов, в том числе в специализированных акушерских центрах – в 1/3 случаев.

Цель

Разработка более точной прогностической панели в отношении вращающейся плаценты, в том числе в группе высокого риска, к которой относятся беременные с предлежанием плаценты и рубцом на матке.

Материалы и методы

Исследование проводили методом иммуноферментного анализа в сыворотке беременных женщин в сроке гестации 30–35 недель и позже. Для ГдА и ПАМГ человека – в соответствии с инструкциями производителя (ООО «Диатех-ЭМ»). Концентрацию адипонектина выявляли методом количественного ИФА на основе мышинных моноклональных антител (клон PN17/PN17), полученных в лаборатории патологии репродукции ФГБНУ НИИМЧ РНЦХ, Москва, Россия).

Результаты

Определенные методом ИФА абсолютные значения уровней ГдА в нг/мл, ПАМГ в нг/мл и адипонектина в мкг/мл, переводили в баллы и суммировали их (S); определяли коэффициент N как число кесаревых сечений у беременной женщины в анамнезе; затем риск вращающейся плаценты определяли как результат сложения суммы баллов и коэффициента N: РВП = S+N, и при значении РВП 8 и более определяли наличие вращающейся плаценты с чувствительностью 94,12% и специфичностью 100%. На данный способ прогнозирования подана заявка на изобретение № 2023132279 от 07.12.2023 г.

Заключение

Разработанный метод позволяет с высокой точностью, чувствительностью и специфичностью прогнозировать вращающуюся плаценту у беременных женщин как с наличием предлежания плаценты, так и без него. Данные показатели ранее не применялись для прогнозирования вращающейся плаценты.



ПЛАЦЕНТАРНЫЕ БЕЛКИ КАК БИОМАРКЕРЫ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Артемьева К.А.¹, Степанова И.И.¹, Пономаренко Е.А.¹, Низяева Н.В.¹,
Шамаракова М.В.²

г. Москва

- 1. Научно-исследовательский институт имени академика А. П. Авцына государственного научного центра Российской Федерации ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского» (Министерство науки и высшего образования РФ), Москва, Россия*
- 2. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Министерства здравоохранения Москвы «Центр планирования семьи и репродукции» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия*

Актуальность

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является серьезной проблемой общественного здравоохранения и одной из самых обсуждаемых тем в современном акушерстве. В связи с растущей распространенностью ГСД важность этого заболевания в качественном дородовом наблюдении растет. ГСД ассоциируется с серьезными неблагоприятными перинатальными исходами и неблагоприятными долгосрочными последствиями для здоровья как матери, так и ребенка. Несмотря на большое количество накопленных знаний ГСД до сих пор обсуждается наиболее подходящая диагностическая стратегия и варианты лечения беременностей, осложненных ГСД. Для оценки функции плаценты у женщин следует учитывать продукцию этим органом ряда специфических плацентарных белков, в частности трофобластического бета-1-гликопротеина (ТБГ), синтезирующегося клетками цито- и синцитиотрофобласта, плацентарного альфа-1-микроглобулина (ПАМГ), одного из основных секреторных белков децидуальных клеток, и плацентарного лактогена (ПЛ), ответственного за индуцирование материнской адаптации к беременности.

Цель

Оценить иммуногистохимическую экспрессию плацентарных белков у женщин с беременностью, осложненной гестационным сахарным диабетом, с коррекцией диетотерапией или инсулином.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие беременные женщины с ГСД с коррекцией диетой (n=20), женщины с ГСД, получающие инсулинотерапию (n=15), и неосложненной беременностью (n=20) соответствующих сроков беременности (38–40 недель). Уровни плацентарного лактогена (ПЛ), трофобластического бета-глобулина (ТБГ) и плацентарного аль-



фа-1-микροглобулина (ПАМГ) определялись в плаценте после родоразрешения методом иммуногистохимии с применением графического планшета и программы ImageScopeM (Leica Microsystems GmbH, Германия).

Результаты

По сравнению с неосложненной беременностью наблюдали значительное ($p < 0,05$) повышение уровня экспрессии ТБГ и ПЛ при ГСД с инсулинотерапией 81,96 (60,74; 94,74) против 56,82 (31,94; 84,50) и 133,00 (88,75; 161,88) против 35,05 (31,89; 40,32) единиц оптической плотности соответственно. Экспрессия ПАМГ, в свою очередь, была наивысшей в группе неосложненной беременности: 60,45 (54,10; 63,60) единиц оптической плотности.

Заключение

Наше исследование показало, что аномальная беременность сопровождается изменением иммуногистохимической экспрессии плацентарных белков, что в большей степени было характерно для беременностей, осложненных ГСД, требующим инсулинокоррекции.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ДНЕВНИК БЕРЕМЕННОСТИ: СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Артемьева К.А.*, Степанова И.И., Низяева Н.В., Кузнецова Е.В., Пономаренко Е.А.

г. Москва

- Научно-исследовательский институт имени академика А. П. Авцына государственного научного центра Российской Федерации
- ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского» (Министерство науки и высшего образования РФ)

Актуальность

На сегодняшний день более 80% развивающихся беременностей имеют физиологическое течение, во время которого осуществляется только основной медицинский контроль состояния матери и плода, в то время как в 12–20% случаев имеет место беременность высокого риска, требующая дополнительной помощи. Беременность считается подверженной риску, если существуют заболевания, которые могут повлиять на здоровье матери или плода. Важным инструментом является индивидуальный дневник беременности, который должен, помимо прочего, включать определение индивидуального уровня плацентарных белков и гормонов, а также некоторых маркеров воспаления.



Цель

Оценить необходимость создания панели для иммуноферментного анализа плацентарных белков, гормонов и некоторых маркеров воспаления в течение беременности.

Материалы и методы

Методом иммуноферментного анализа в сыворотке женщин с неосложненной беременностью, спонтанным и привычным невынашиванием беременности, преэклампсией, вращением плаценты, гестационным сахарным диабетом и сочетаниями некоторых из этих состояний определяли уровни хорионического гонадотропина человека, гликоделина А, трофобластического бета-1-гликопротеина, плацентарного лактогена, плацентарного альфа-1-микроглобулина, адипонектина, протеиназы 3 и миелопероксидазы.

Результаты

Определенные абсолютные значения уровней описанных гормонов, плацентарных белков и нейтрофильных ферментов в целом в большой выборке статистически значимо отражали течение неосложненной беременности и ее патологического протекания. Однако стоит учитывать большой разброс индивидуальных показателей и соответственно референсный диапазон содержания, в частности, плацентарных белков, а также тот факт, что базовый уровень на ранних сроках беременности, как правило, не исследуется. Так, нормальные значения показателя для одной беременной женщины могут, в свою очередь, соответствовать патологическому состоянию другой.

Заключение

Мы полагаем, создание и внедрение в практику женской консультации панели «индивидуальный дневник беременности», в которую будет входить определение гормонов, плацентарных белков и нейтрофильных ферментов, начиная с самых ранних недель гестации, поможет спланировать наилучшую стратегию лечения и свести к минимуму риски для матери и/или плода.

БИОХИМИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ПРЕДИКЦИИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМСИИ

Ахмадиев Э.Э.

г. Ташкент

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
здоровья матери и ребенка*



Актуальность

Преэклампсия – это осложнение беременности, которое обусловлено нарушением способности адаптационных систем организма матери удовлетворить потребности развивающегося плода. Это состояние характеризуется синдромом полиорганной недостаточности, который проявляется после 20 недели беременности и включает артериальную гипертензию ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) в сочетании с протеинурией ($\geq 0,3$ г/сут), а также другими системными нарушениями. На данный момент нет единой теории, объясняющей причины и механизмы развития преэклампсии, что может быть связано с различными инициирующими факторами. Исследователи, изучающие преэклампсию, считают, что на основе клинических, гемодинамических, биохимических и ультразвуковых показателей можно предсказать риск развития этого осложнения уже в первом триместре беременности.

Цель

Нашего исследования это изучение биохимических и ультразвуковых маркеров предикции развития преэклампсии.

Материалы и методы

Исследование было проведено в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре здоровья матери и ребенка. В нем участвовали 55 женщин в возрасте $24 \pm 1,2$ лет, которые обратились в поликлинику центра в сроке беременности $10,5 \pm 1,7$ недель. Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование для определения пульсационного индекса маточных артерий, а также взяты анализы на PlGF (плацентарный фактор роста) и sFlt-1 (растворимая fms-подобная тирозинкиназа-1), после чего было рассчитано соотношение sFlt-1/PlGF.

Результаты

В исследуемой группе беременных женщин, у которых впоследствии развилась преэклампсия, наблюдалось снижение уровня PlGF уже на 11–16-й неделе беременности. Пограничный уровень PlGF, который разделяет нормальную беременность и преэклампсию, составляет $42,7 \pm 23,2$ пг/мл на 12–13 неделе беременности (в отсутствие признаков преэклампсии – $80,6 \pm 35,2$ пг/мл). Таким образом, уровень PlGF в сыворотке крови от 50 до 100 пг/мл является ранним маркером преэклампсии, позволяющим выявить начальные признаки нарушений в работе плаценты задолго до появления клинических симптомов. Исследование также выявило связь между повышенными уровнями sFlt-1 и развитием преэклампсии. Уровни sFlt-1 начинают увеличиваться за 5–6 недель до начала преэклампсии и остаются повышенными по сравнению с нормальной беременностью. Анализ содержания PlGF и sFlt-1 в крови матери может помочь прогнозировать развитие преэклампсии, так как эти показатели отражают дисбаланс между проангиогенными и антиангиогенными факторами. У беременных с преэклампсией об-



наружено снижение PlGF и увеличение sFlt-1 по сравнению со здоровыми беременными. Предельные значения соотношения sFlt-1/PlGF (> 85 в период от 20 до 35 недель беременности и > 110 с 34 недель до родов) подтверждают развитие преэклампсии. Также было обнаружено, что показатель ПИ маточных артерий может служить ультразвуковым прогностическим маркером развития преэклампсии.

Заключение

Исследования указывают на необходимость оценки содержания sFlt-1 и PlGF и соотношения их уровней на ранних этапах беременности для выявления риска развития преэклампсии и разработки эффективных стратегий лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЧЕТАНИЯ БИОМАРКЕРОВ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ И ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Ахмадиев Э.Э., Асатова М.М.

г. Tashkent

*Республиканский специализированный научно практический медицинский центр
здоровья матери и ребенка*

Актуальность

Преэклампсия занимает одно из ведущих мест в структуре причин материнской смертности во всем мире. Согласно данным ВОЗ частота ПЭ может достигать до 28% среди беременных, тем самым представляя собой основную часть гипертензивных состояний во время беременности. В настоящее время нет единой определённой теории этиологии и патогенеза преэклампсии, что достаточно сильно затрудняет раннюю ее диагностику. В научном мире идет достаточно много научных исследований в направлении поиска достоверных маркеров предикции развития ПЭ. Большое количество специалистов, которые изучают ПЭ, считают, что на основании клинических параметров, изменений гемодинамики, биохимических и ультразвуковых предикторов можно спрогнозировать риск развития преэклампсии уже в первом триместре беременности.

Цель

Оценить эффективность проангиогенных и антиангиогенных факторов в сочетании с доплерографией маточных артерий (UAD) в группах высокого риска.



Материалы и методы

Беременные с одноплодной беременностью ($n = 60$), были обследованы в 11–13 недель и 16–20 недель. Были взяты образцы венозной крови и данная кровь была исследована на биомаркеры (sFlt-1, PLGF и вычислено их соотношение sFlt-1/PLGF), также была проведена доплерометрия маточных артерий и получен пульсационный индекс маточных артерий. Основной конечной точкой была ПЭ. Уровни данных биомаркеров сравнивали с группой контроля ($n = 40$).

Результаты

Беременности с развившейся в последующем ПЭ показали в первом и втором триместре значительно более высокое среднее соотношение UA PI и sFlt-1/PLGF и более низкие значения PLGF по сравнению с контрольной группой. Различия были наиболее выражены для беременностей, у которых развился синдром ограничения роста плода. Комбинация UA PI и соотношение sFlt-1/PLGF улучшила прогностическую способность ПЭ по сравнению с каждым параметром в отдельности. Наилучшие результаты были получены за счет интеграции анамнестических факторов риска, в результате чего площадь под рабочей кривой ресивера для ПЭ составила 0,85 и 0,89 в первом и втором триместре соответственно.

Заключение

В группах риска проангиогенные и антиангиогенные факторы и доплерометрия маточных сосудов с вычислением пульсационного индекса маточных артерий были полезными инструментами в первом и втором триместре для прогнозирования в дальнейшем развития ПЭ. Наивысшая результативность была достигнута при сочетании этих маркеров.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СИНТАЗЫ АЗОТА 3 ТИПА И ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ АТОНИИ МАТКИ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Ашурова У.А., Нажмутдинова Д.К., Абдуллаева Л.М.

г. Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность

В 2015 году, было зафиксировано 80 000 случаев материнской смертности от послеродового кровотечения (ПРК) во всем мире. Распространенность ПРК варьирует в зависимости от регионов земного шара, в частности в Африке зарегистрировано 5,1–25,7%



случаев, за ней следуют Северная Америка – 4,3–13% случаев и Азия – 1,9–8% случаев. Заболеваемость от ПРК также возросла, увеличившись с 5,1 на 6,2% в Канаде в период с 2003 по 2010 годы и с 2,9% на 3,2% в США в период с 2010 по 2014 годы. В настоящее время, число работ посвященных поиску генов-кандидатов, участвующих в процессах развития атонии матки незначительно. В связи с чем, актуальны исследования, посвященные выявлению генетических мутаций, которые приводят к атоническим маточным кровотечениям.

Цель

Целью данного исследования было оценить, связаны ли генетический полиморфизм 786T>C гена NOS3 (rs2070744) с дисфункцией миометрия и риском развития атонического ПРК у женщин узбекской этнической группы.

Материалы и методы

Нами было обследовано 101 женщина, у которых было диагностировано послеродовое атоническое кровотечение различной степени тяжести, которые вошли в основную группу. Диагноз атонического ПРК был выставлен согласно критериям национального клинического протокола Республики Узбекистан «Профилактика и тактика ведения послеродовых акушерских кровотечений» утвержденным 1 марта 2021 года. Всем женщинам были проведены клиничко-лабораторные и инструментальные исследования, также включающие в себя общестандартные методики сбора анамнеза и физикального обследования, молекулярно-генетическое исследование венозной крови.

Результаты

При изучении акушерских показателей в основной группе женщин, у которых впоследствии развилась послеродовая атония матки, по паритету преобладали повторнородящие 61,4%, нежели первородящие – 38,6% случаев. Осложненное течение беременности в основной группе было отмечено у 27,7% пациенток, и по-видимому, отягощенная гестация не оказывает столь большого влияния на развитие кровотечения после родов. Что же касается сроков родоразрешения, то преждевременные роды были отмечены у 32,7% родильниц в сроке 29–36 недель беременности. В исследуемой выборке рецессивная аллель С встречалась в 30,2% случаев, а доминантная аллель Т – в 69,8% случаев в основной группе. Доминантный аллель Т/Т в группе пациентов регистрировался в 49,5% случаев, гетерозиготный генотип С/Т в 40,6% случаев, а мутантный генотип С/С в 9,9% случаев, в группе контроля 52,4%, 41,7% и 5,8% случаев соответственно. Данное распределение частот аллелей и генотипов полностью соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. не было отмечено достоверно значимых различий в частоте встречаемости функционально дикого аллеля Т и благоприятного генотипа Т/Т у пациенток и женщин контрольной группы (69,8% против 73,3%; 49,5% против 52,4% соответственно). Результаты анализа данных показателей коэффициента отношения шансов, носительство аллеля Т ($\chi^2=0,6$; $p=0,5$; OR=0.8; 95% CI:0.55–1.29) и гомозиготного генотипа Т/Т ($\chi^2=0,2$; $p=0,7$;



OR=0.9; 95% CI:0.51–1.54), не выявило значимого протективного влияния благоприятного аллеля T и генотипа T/T на риск развития атонического послеродового кровотечения. Обращает на себя внимание частота распределения и рассчитанный коэффициент отношения шансов у мутантного аллеля C и гомозиготного генотипа C/C: частота встречаемости данных величин в группе пациенток и контроля не имело достоверных различий (30,2% против 26,7%; 9,9% против 5,8% соответственно). Рассчитанный коэффициент соотношения шансов выявил недостоверное увеличение риска в 1,2 раза при носительстве неблагоприятного аллеля C ($\chi^2=0,6$; $p=0,5$; OR=1,2; 95% CI:0.77–1.83) и в 1,8 раза соответственно, при наличии мутантного гомозиготного генотипа C/C ($\chi^2=1,2$; $p=0,3$; OR=1,8; 95% CI:0.63–5.03).

Заключение

Полиморфизм 786T>C в гене NOS3 не ассоциирован с риском развития послеродовых атонических кровотечений у женщин узбекской национальности. Данный маркер не проявил диагностической и информативной ценности в нашем исследовании. Однако, необходимы более многочисленные дальнейшие исследования и поиски полиморфизма других генов, ответственных за развитие артериальной гипертензии у беременных.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТКО С ОНВИРА СИНДРОМОМ

Батырова З.К., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д., Кумыкова З.Х., Кругляк Д.А.,
Мамедова Ф.Ш., Кулабухова П.В.

г. Москва

- 1. Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва, Российская Федерация*
- 2. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Российская Федерация*

Актуальность

ОНВИРА – обструкция гемивлагалища и ипсилатеральная почечная аномалия; среди всех пороков развития встречается 0,16–10% с частотой встречаемости 1:2,100 или 1:28,000 живорожденных девочек. Этиологические причины не ясны и практически не изучены; возраст установки диагноза 11–15 лет. Установка диагноза как правило задерживается по причине наличия относительно регулярной менструальной функции приводя к необоснованным хирургическим вмешательствам.



Цель

Изучить клинико-anamнестические особенности пациенток с OHVIRA синдромом.

Материалы и методы

97 пациенток с OHVIRA 10 – 17 лет проходившие лечение во 2 гинекологическом отделении (детской и подростковой гинекологии) ФГБУ НМИЦАГП им В.И. Кулакова с 2021–2023гг. Изучали клинико-anamнестические данные: особенности строения мочевой системы, сроки выявления аномалий, менструальную функцию, особенности диагностического и хирургического анамнеза.

Результаты

Порок мочевой системы как правило устанавливался до госпитализации в Центр у 90,7% девочек, характеризуюсь ипсилатеральной аплазией почки у 78,4% (чаще справа), дисплазия/поликистоз почки обнаруживался у 12,4% из их числа до пубертата. 17,5% девочек требовали коррекции аномалии мочевой системы из них у 6,2% на момент поступления в стационар уже была выполнена нефрэктомия, а у 2,1% удален замкнутый рудиметарный мочеточник. С момента выявления аномалии мочевой системы до установки порока половых органов проходило в среднем 6 лет. Средний возраст менархе составил 12 лет. Менструации продолжались в течение 6 дней через 28–30 дней, характеризуюсь дисменореей у 75,3%. Интересно, что нерегулярность цикла отмечалась у 25,8%. До госпитализации в Центр 57,7% девочек имели опыт стационарного обследования и лечения, притом по причине подозрения на острую хирургическую патологию 30,9%. Хирургическое лечение в анамнезе проводилось 27,8%. Прицельное изучение клинических данных выявило частичную обструкцию – наличие свищевого сообщения между гемиполостями у 30,9% (30) девочек, притом на догоспитальном этапе лишь у 2,1% (2). Следует отметить, что пациентки с частичной обструкцией гемиполостей статистически значимо чаще отмечали более ранний дебют дисменореи, каждая вторая указывала на исчезновение боли после эпизода АМКПП, а 43,3% жаловались на длительные патологические выделения из половых путей.

Заключение

Наличие аномалии мочевой системы у девочки, независимо от возраста требует обязательного осмотра гинекологом для несовершеннолетних. Наличие раннего дебюта дисменореи с тенденцией к прогрессированию и/или длительных патологических выделений из половых путей, в том числе рецидивирующих эпизодов АМКПП являются показанием для углубленного дообследования с целью исключения порока половых органов.



ТЯЖЁЛЫЙ ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД У ПАЦИЕНТКИ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Беккер Р.А., Быков Ю.В.

г. Беэр-Шева, Израиль

Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве

Актуальность

Преэклампсия является тяжёлым осложнением беременности, которое может угрожать жизни как матери, так и плода. Между преэклампсией и депрессией существует двусторонняя связь. С одной стороны, материнский стресс и депрессия повышают риск развития преэклампсии. С другой же стороны – сама преэклампсия является фактором риска развития или тяжёлого течения депрессии беременных и/или послеродовой депрессии. Ряд патогенетических факторов, например, провоспалительные сдвиги в цитокиновом и эйкозаноидном профилях крови, дефицит некоторых нутриентов, наличие ожирения, сахарного диабета, субклинического гипотиреоза, гиперактивация ренин-ангиотензин-альдостероновой оси (РААС) – являются общими факторами риска для обоих состояний.

Цель

Представить описание клинического случая пациентки, у которой тяжёлый депрессивный эпизод развился на фоне преэклампсии, и подчеркнуть особенности терапевтической тактики в этом случае.

Материалы и методы

Наблюдалась 30-летняя беременная, первородящая с избыточной массой тела (ИМТ до беременности = 28). С 24-й недели у пациентки отмечались повышенное артериальное давление – Ад (> 140/90), отёки ног, головные боли, появление белка в моче. С этого же времени стала развиваться депрессия. Наблюдавшим пациентку акушером-гинекологом были назначены пролонгированный нифедипин 10 мг 2 раза в сутки, аспирин 100 мг/сут. Это помогло стабилизировать Ад.

На момент обращения к психиатру депрессия достигла тяжёлой степени (28 баллов по Беку). С учётом литературных данных о том, что АД из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и/или норадреналина, а также трициклики – иногда сами могут быть факторами риска развития преэклампсии, был выбран препарат тразодон, имеющий свойства α -адреноблокатора и блокатора 5-HT_{2A/C} серотониновых рецепторов, с доведением дозы до 300 мг (в 2 приёма по 150).



С учётом данных, полученных при дополнительных обследованиях пациентки, были назначены L-тироксин 50 мкг утром, витамин D3 5000 ЕД в день, спиринолактон 100, затем 200 мг/сут, пероральные препараты магния, селена и цинка. Лечение привело к ремиссии депрессии, уменьшению отёков ног, а затем к рождению здоровой девочки на 36 неделе.

Результаты

Данный клинический случай иллюстрирует, сколь важен тщательный учёт общих патогенетических факторов, участвующих в развитии преэклампсии и депрессии, при планировании лечения таких пациенток.

Заключение

При лечении депрессивных пациенток с преэклампсией важно учитывать особенности влияния конкретных АД на сердечно-сосудистую систему и на управляемый в том числе серотонином ангиогенез в плаценте. Не менее важно корректировать общие патогенетические факторы обоих состояний: нутритивные дефициты, субклинический гипотиреоз, провоспалительные сдвиги в крови, гиперактивность РААС.

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ COVID-19 И МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Бембеева Б.О., Денисов П.А., Изюмов Р.В., Нечаева О.В., Припутневич Т.В.

г. Москва

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

Актуальность

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) возникла в ноябре 2019 года и вызвала глобальную пандемию. Вирус SARS-CoV-2, проникая через молекулярные ворота ангиотензин-превращающего фермента 2 (ACE2) или белка Basigin, поражает эпителиальные клетки легких и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). У пациентов с COVID-19 изменяется состав микробиоты кишечника – снижается количество комменсальных представителей и возрастает доля условно-патогенных бактерий. Изменение этого соотношения прямо коррелирует с тяжестью течения COVID-19. Таким образом, микробиота кишечника влияет на здоровье легких через перекрёстное взаимодействие между кишечником и легкими, когда кишечные микробные метаболиты, проникая в кровь, влияют на легкие, а воспаление легких приводит к изменению микробиоты кишечника посредством иммунных клеток, такое взаимодействие получило название «ось кишечник-легкие».



Цель

Изучение видовой разнообразие микробиоты кишечника здоровых и перенесших новую коронавирусную инфекцию во II-III триместре беременных женщин и корреляция ее состава и степени тяжести COVID-19.

Материалы и методы

Проведено одноцентровое исследование с участием 120 женщин: I группа – 39 беременных женщин, перенесших COVID-19 легкой степени тяжести во II триместре беременности, IIa группа – 15 беременных женщин, перенесших COVID-19 легкой степени тяжести в III триместре беременности, IIб группа – 6 беременных женщин, перенесших COVID-19 средне-тяжелой степени тяжести в III триместре беременности, и III группа – 60 здоровых беременных женщин. Оценка видового состава кишечной микробиоты проводилась методом культуромики.

Результаты

Было установлено, что у здоровых беременных женщин абсолютное количество видов (богатство) было больше чем в остальных группах сравнения. Индексы разнообразия такие как индексы Шеннона и Симпсона статистически значимо различались у здоровых по сравнению с группой беременных женщин, перенесших COVID-19 легкой степени тяжести во II триместре беременности. Индекс видового богатства Маргалефа также показал статистически значимое снижение в группе IIa и IIб и тенденцию к уменьшению индекса в других группах сравнения.

Оценка абсолютных значений численности видов микробиоты кишечника беременных женщин показала снижение количества облигатно-анаэробных микроорганизмов в I и II группах по сравнению с группой здоровых женщин. Особенно снижение отмечено у группы пациентов IIб, которые перенесли COVID-19 средне-тяжелой степени тяжести в III триместре беременности. При более детальном сравнении выявлено статистически значимое снижение бактерий родов *Bifidobacterium* и *Bacteroides*. Также у этой группы отмечено статистически значимое нарастание количества условно-патогенных бактерий родов *Streptococcus* и *Enterococcus* по сравнению с группой IIa.

Заключение

Полученные результаты согласуются с данными отечественной и зарубежной литературы о том, что у пациентов, перенесших COVID-19 средней и тяжелой степени тяжести, наблюдается снижение видового разнообразия и видового богатства кишечной микробиоты, что свидетельствует о наличии более сильного воспаления в кишечнике. Уменьшение численности облигатных анаэробов и увеличение условно-патогенных бактерий у беременных женщин, перенесших COVID-19 в III триместре, подтверждает теорию о корреляции микробиоты кишечника и степени тяжести COVID-19.



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА

Болдырева Ю.А., Цхай В.Б.

г. Красноярск

ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России

Актуальность

Пролапс тазовых органов (ПТО) – заболевание, связанное с недостаточностью поддерживающих структур тазового дна, сопровождающееся опущением органов малого таза. Ожидается, что к 2050 году частота ПТО увеличится на 50%. Клинические проявления вызывают тяжелые переживания у пациентов с данной патологией, кроме того частота стрессового недержания мочи (СНМ) значительно повышается при наличии ПТО. «Золотым стандартом» лечения ПТО III – IV ст. считается лапароскопическая сакропексия (ЛС) с эффективностью 78 – 99%. Однако высокий риск повреждения соседних образований, техническая сложность, а также высокая частота функциональных осложнений обуславливает необходимость поиска альтернативных методов коррекции ПТО. Лапароскопическая пектопексия (ЛП) предполагает фиксацию сетчатого импланта к Куперовым связкам, при этом отсутствует конфликт с мочеточниками и кишечником, не уменьшается объем тазового пространства, а также отсутствует риск ранения пресакрального венозного сплетения, крестцовых артерий и подчревных вен.

Цель

Провести сравнительного анализа эффективности хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов с использованием сетчатого импланта.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток с пролапсом тазовых органов III-IV ст. по классификации POP-Q, перенесших хирургическую коррекцию с использованием сетчатых имплантов. Далее было выполнено проспективное исследование с оценкой отдаленных результатов операции и анкетирование с помощью специализированных вопросников. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel.



Результаты

С 2016 по 2022 год в гинекологическом отделении ФСНКЦ ФМБА России проведено 567 операций по поводу ПТО и СНМ. Из них 149 операций – ЛС, 137 – ЛП, 5 – сакроспинальная фиксация, 197 slingовых операций, а также 79 комплексных вмешательств с использованием сетчатых имплантов. При этом общая частота рецидивов составила 4,92%, эрозии слизистой влагалища 0,64%, СНМ de novo 4,27%, гиперактивность мочевого пузыря 1,73%, гематомы 4,86%. По результатам сравнительного анализа выявлено, что ЛП имеет ряд преимуществ перед ЛС, таких как меньшая продолжительность операции ($t=90\pm 25$ мин против 150 ± 36 мин при ЛС). Кроме того, не выявлено ни одного случая СНМ de novo после ЛП, тогда как после ЛС оно отмечалось у 3,8% пациентов. Также отмечается высокая частота развития обстипации в первые 2 месяца после ЛС, достигающая 87% случаев. У пациенток, которым была выполнена ЛП, данное осложнение не диагностировано.

Заключение

Таким образом, ЛП является эффективным и безопасным методом хирургического лечения ПТО, по сравнению с ЛС, что обусловлено такими факторами, как: меньшая продолжительность операции, низкий риск повреждения анатомических образований, а также меньшая частота осложнений за счет особенностей расположения импланта.

ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ НЕУДАЧАХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА: ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Боровиков И.О., Булгакова В.П., Боровикова О.И.

г. Краснодар

*Кубанский государственный медицинский университет, кафедра акушерства,
гинекологии и перинатологии*

Актуальность

В настоящий момент считается, что хронический эндометрит (ХЭ) ведет к нарушению рецептивности эндометрия и является основной причиной повторных неудач имплантации. ХЭ характеризуется персистирующей воспалительной реакцией эндометрия, чаще всего связанного с длительным воздействием на него патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Основным критерием постановки диагноза «Хронический эндометрит» является детекция плазматических клеток (CD138), определяемых путем иммуногистохимического (ИГХ) окрашивания. Современные исследования показывают, что основой успешной имплантации эмбриона с развитием последующей беременности служит адекватный баланс врожденного и адаптивного локального иммунного статуса. При этом, на-



рушение локального гомеостаза полости матки с изменением состава микробиоты может привести к неадекватному иммунному ответу или аутоиммунной воспалительной реакции в эндометрии. При этом механизмы влияния условно-патогенной микрофлоры полости матки на эндометрий у пациенток с хроническим эндометритом остается до конца не выясненным, что ограничивает наши терапевтические воздействия.

Цель

Оценка местного иммунного статуса у пациенток с хроническим эндометритом и имплантационными неудачами при подготовке к применению вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с использованием в комплексной терапии кавитированного раствора рекомбинантного интерлейкина-2 (rIL-2).

Материалы и методы

Проспективное рандомизированное исследование: оценка изменений иммунного статуса биоптата эндометрия пациенток с имплантационными неудачами на фоне ХЭ при комплексной подготовке к ЭКО (n=54). Исследовались: субпопуляционный состав лимфоидных клеток; концентрация цитокинов IL-1 β , IL-8, TNF α , IFN γ , IL-4, IL-6, IL-10, TGF β . Проводимая комплексная терапия: I группа (n=27): деконтаминационная и контаминационная (доксциклин, метронидазол, миконазол); заместительная гормональная терапия (гестагенная и эстрогенная поддержка). II группа (n=27): терапия, как в I группе + внутриматочная ультразвуковая кавитация раствора рекомбинантного интерлейкина-2.

Результаты

Оценка иммунного статуса эндометрия у пациенток с ХЭ показывает вероятную Th-2 девиацию с нарушением соотношения про- и противовоспалительных цитокинов, что приводит к изменению молекулярных и клеточных структур, что способствует, как длительной персистенции условно-патогенной микрофлоры, так и изменению морфологии эндометрия с появлением имплантационной недостаточности. Оценка эффективности предложенной терапии: внутриматочная кавитация раствора рекомбинантного интерлейкина-2 (II гр.) способствовало повышению концентрации IL-1 β , снижению TNF α , IL-6 и TGF- β , а также значительному росту TGF- β , что способствует стимуляции пролиферации стволовых клеток эндометрия с улучшением его рецептивности. УЗИ эндометрия после лечения показало достижение М-эхо ≥ 7 мм у пациенток I группы в 40,7% (11/27), во II – 81,5% (22/27) – для ЭКО подготовлены 33 пациентки. Беременности зарегистрированы у 14,8% (4/27) женщин I и 37,0% (10/27) II группы.

Заключение

Использование терапии кавитированным раствором rIL-2 показала более эффективную подготовку к ВРТ с увеличением имплантационного потенциала эндометрия и наступлением беременности.



ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕРОДОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ О МЕРАХ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Будникова К.А., Гугуева Е.А., Синяткина В.В., Манучева Т.Г., Геворкян Д.О.

г. Москва

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

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ИКМ им. Н.В. Склифосовского

Актуальность

Польза грудного вскармливания как для матери, так и для ребенка неоценима. Способствуя активному сокращению матки после родов, лактация приводит к быстрому восстановлению женского организма. Гормональные изменения, происходящие в период грудного вскармливания, являются естественной профилактикой рака молочной железы, яичников, эндометрия. К сожалению, с каждым годом в России снижается число детей, находящихся на грудном вскармливании, а кроме того, уменьшается и продолжительность естественного кормления.

Цель

Проанализировать отношение пациенток послеродового отделения Клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева Сеченовского Университета к мерам поддержки грудного вскармливания и информированность о них.

Материалы и методы

Для оценки имеющихся знаний об организации грудного вскармливания и возможных трудностях пациенткам было предложено пройти анонимное онлайн анкетирование, используя платформу «Яндекс. Формы». Всего в анкетировании приняли участие 65 пациенток послеродового отделения.

Результаты

Возраст опрошенных родильниц находится в пределах от 25 до 45 лет, составляя в среднем 34,2 года. Во время беременности у врача наблюдались 95,6% женщин, из опрошенных женщин являлись первородящими 16 (24,8%). Во время беременности информацию о грудном вскармливании большинство опрошенных изучало самостоятельно, 29% консультировались по этому вопросу с врачом, 5 (7,6%) не интересовались данной темой. Только 7 женщин посещали школу для будущих мам. Самостоятельные роды и оперативные роды (кесарево сечение) произошли в 46% и 54% случаев соответственно. Сразу приложены к груди после родов были 57 новорождённых (87%). О пользе груд-



ного вскармливания знали практически все женщины (98%), информацию по вопросам организации грудного вскармливания в отделении получила 51 родильница (78%), у 4 (6,1%) в отделении не было консультанта по грудному вскармливанию, 7 (10%) отказались от беседы, 3 (4,7%) пользовались информацией из дополнительных источников (родные, интернет, подруги и т.д.). Помимо этого, у 32 женщин (49,2%) были в отделении лекции/консультации от палатного врача по организации грудного вскармливания. При нахождении в отделении у 16 женщин (24%) не возникало проблем с грудным вскармливанием, 34(52,3%) женщинам помогал медицинский персонал (врач, медицинская сестра, акушерка, консультант по грудному вскармливанию), 6 (9,3%) женщины решали возникшие трудности с помощью сторонних источников (советы подруг, интернета), 9 (13,4%) справились с трудностями самостоятельно. Кормить ребёнка грудью до года планируют 33 женщины (45%), 12 – около 6 месяцев, 7 женщин планируют кормить 1,5–2 года, 6 женщин планируют кормить до 3 лет и дольше, 7 женщин отрицательно относятся к грудному вскармливанию.

Заключение

Большая часть из опрошенных пациенток осведомлены о пользе грудного вскармливания и положительно настроены на кормление грудью, которое планируют продолжать от 6 месяцев до одного года с момента родов. По результатам анкетирования все респонденты (100%) отметили необходимость в наличие консультанта по поддержке грудного вскармливания. Необходимо подчеркнуть, что только 57% женщин получили консультацию по организации грудного вскармливания и приемам прикладывания к груди в стационаре. Популяризация грудного вскармливания является одной из важнейших задач современного общества. Правильное и информированное пропагандирование этого процесса играет важную роль в осознании его значимости и принятии правильного выбора родителями.

ПЕРВИЧНЫЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА ТЯЖЁЛЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТКИ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность

Первичный антифосфолипидный синдром (АФС) – это редкое, но тяжёлое аутоиммунное заболевание. У женщин оно часто приводит к ранним (до 10-й недели) спонтанным



абортам. Считалось, что психические нарушения при АФС всегда вторичны по отношению к сосудистым поражениям мозга. В последние годы накоплено много данных о том, что это не совсем так, что патогенез их сложнее и что они могут быть связаны с нарушениями целостности гематоэнцефалического барьера и прямым антитело-опосредованным повреждением мозга, и могут имитировать в том числе эндогенные психические расстройства.

Цель

Представить описание клинического случая женщины с первичным АФС и тяжёлыми психическими нарушениями, первоначально расцененной как «страдающая шизофренией».

Материалы и методы

Наблюдалась женщина 1987 г.р., мигрантка, плохо говорящая по-русски. В 2021 г. была впервые госпитализирована в психиатрический стационар с субфебрильной температурой и симптомами, расцененными как «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». При расспросе пациентка заявила лечащему врачу стационара, что она-де «имела пятерых детей, но все они умерли», но не смогла объяснить, что имеет в виду. Поскольку по документам женщина была бездетной, это заявление было расценено как «часть бреда Котара». Лечение антипсихотиками (АП) не давало эффекта и плохо переносилось.

В период пребывания в больнице женщина перенесла правосторонний корковый инсульт, была кратковременно переведена в ОРИТ, откуда после восстановления переведена обратно в психиатрию. Инсульт в 34 года был расценен как «логичное следствие ожирения и приёма психотропных лекарств» и не привлёк особого внимания врачей.

После выписки больной родственники настояли на приёме рисперидона, несмотря на отсутствие эффекта. В 2022 г. больная обратилась за консультацией. В поисках причин резистентности к АП пациентка была направлена, среди прочего, на панель антител на распространённые аутоиммунные заболевания. В крови были найдены антифосфолипидные антитела (84 ЕД/мл).

После серии из 6 плазмаферезов с интервалами 7 дней, затем пульс-терапии циклофосфамидом (6 инфузий по 1000 мг с интервалами 28 дней) и параллельного лечения аспирином 100 мг и варфарином 5 мг под контролем МНО, женщина вышла в ремиссию, в психотропных средствах не нуждается. В настоящее время обсуждается вопрос о планировании беременности.

Результаты

Данный клинический случай иллюстрирует три важных момента. 1) Даже у пациенток с психозом не следует сразу рассматривать любые странные заявления как «часть бреда». 2) В круг дифференциальной диагностики психических расстройств у первичных



пациенток следует включать аутоиммунные болезни, в том числе АФС. 3) Сосудистые катастрофы должны настораживать не только у молодых пациенток, но и у пациенток среднего возраста с ожирением.

Заключение

Иммуносупрессивное и антикоагулянтное лечение, а также удаление антифосфолипидных антител при помощи плазмафереза – эффективны и безопасны в устранении психических нарушений на фоне АФС.

АНТИ-NMDA РЕЦЕПТОРНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ (ЭНЦЕФАЛИТ ДАЛМАУ) У БЕРЕМЕННОЙ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

г. Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность

Анти-NMDA рецепторный энцефалит, он же «энцефалит Далмау» (далее ЭД) – это одна из самых часто встречающихся разновидностей аутоиммунных лимбических энцефалитов. Чаще всего он встречается у молодых женщин (18–50 лет) и у пубертатных девушек-подростков. В большинстве случаев (около 80%) у пациенток женского пола развитие ЭД связано с наличием тератомы яичника. Часто ЭД впервые манифестирует во время беременности. Это связывают с гормональными и иммунными изменениями, способствующими росту тератомы. Возможна также аутоиммунная реакция на экспрессию NMDA рецепторов тканью плаценты или плодом. Доказано, что бессимптомное наличие высоких титров анти-NMDA антител у беременных – повышает вероятность неблагоприятных акушерских исходов или рождения ребёнка с аутизмом.

Цель

Представить описание клинического случая пациентки с атипичным течением ЭД, с изолированными психическими нарушениями без яркой неврологической симптоматики, у которой болезнь манифестировала во время беременности.

Материалы и методы

Наблюдалась 22-летняя пациентка с первой беременностью. На сроке 16 недель «почувствовала себя плохо», стала подозрительной, настороженной, много времени проводила в постели. Затем стала высказывать бредовые идеи отношения и ревности, много плакала, разговаривала с «сущностями». Была госпитализирована в психиатрический стацио-



нар, расценена как пациентка с первым в жизни шизоаффективным эпизодом. Лечение антипсихотиками не давало результатов и плохо переносилось.

После обращения мужа пациентки за «вторым мнением» — авторами тезиса было выдвинуто мнение о необходимости исключить анти-NMDA рецепторный энцефалит. В анализе крови пациентки был найден высокий титр антител к NR1 субъединице NMDA рецептора (1 : 320, при норме не более 1 : 10). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости было найдено образование правого яичника до 5 мм в диаметре, которое не смогли дифференцировать между функциональной кистой и тератомой. При диагностической лапароскопии было подтверждено наличие тератомы, проведено её оперативное удаление. Гистологически опухоль оказалась доброкачественной, зрелой тератомой.

Параллельно с этим пациентка получила терапию первой линии ЭД: 5 плазмаферезов с интервалами 3 дня, инфузии метилпреднизолона 1000 мг 3 дня подряд, 4 инфузии ритуксимаба 375 мг/м² (400 мг на инфузию) с интервалами 7 дней.

Лечение привело к ремиссии психотической и депрессивной симптоматики, снижению титров анти-NMDA антител до неопределяемого уровня. Пациентка родила здорового мальчика весом 2750 г на 39 неделе. К сроку 3 года ребёнок развивается нормально, признаков аутизма не проявляет.

Результаты

Данный клинический случай доказывает, что ЭД всегда нужно иметь в виду при диагностическом поиске у молодых женщин с психиатрическими симптомами (особенно у беременных), даже если симптоматика не выглядит типичной для ЭД.

Заключение

Оперативное удаление причинной опухоли, иммуносупрессивная терапия и плазмаферез эффективны в лечении ЭД у беременных и способствуют сохранению беременности.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С.

г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет, УЗ 6-я ГКБ

Актуальность

Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-содержащим вирусом рода



Betacoronavirus семейства Coronaviridae. В январе 2020 года вспышку COVID19 Всемирная Организация Здравоохранения признает как, чрезвычайную ситуацию международного значения в области общественного здравоохранения. С апреля 2020 родильный дом УЗ «6-я ГКБ» начал свою работу в качестве специализированного инфекционного стационара для беременных, рожениц и родильниц с коронавирусной инфекцией.

Цель

Выявить особенности течения беременности, осложненной новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы

Нами проведен анализ особенностей течения беременности у 210 женщин, госпитализированных в УЗ «6 ГКБ» г. Минска по поводу коронавирусной инфекции SARS CoV-2 в апреле 2020-апреле 2021г. и выписанных беременными. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Microsoft Office Excel.

Результаты

Исследуемые беременные были в возрасте от 19 до 40 лет, 185 (88%) из них состояли в браке. Профессиональных вредностей и вредных привычек не отмечено. ИМТ у 200 (96%) беременных в пределах нормы.

Первая беременность была у 103 (49%) женщин, у 107 – повторная. У 81 (38,5%) беременных в анамнезе имелись самопроизвольный выкидыш или замершая беременность. Женщины находились в стационаре в сроках беременности от 42 до 240 дней. Длительность госпитализации 5–24 дня.

Перенесенные гинекологические заболевания: неспецифический кольпит и цервицит (78 человек, 37%), эктопия шейки матки (20 человек, 9,5%), миома матки (12 человек, 5,7%), опухоли яичника (4 женщины, 2%), дисплазия шейки маки легкой степени (2 женщины, 1%).

Хронические экстрагенитальные заболевания выявлены у 147 (70%) беременных: заболевания ЖКТ (74 человека, 35%), хронический тонзилит(48 человек, 23%), болезни ССС (36 человек, 17%). У половины женщин с COVID-19 беременность осложнилась угрозой ее прерывания (105 человек, 50%), у каждой третьей – анемией беременных (70 человек, 33,3%).

Компьютерная томография легких выполнена 155 беременным (74%), пневмония выявлена у 92 беременных (44%), плеврит у 4 беременных (2%). В общем анализе крови при поступлении лейкоцитоз выявлен у 110 беременных (52%), количество лейкоцитов колебалось от 9,2 до 17 *10⁹. При выписке лейкоцитоз от 9,3 до 14,2*10⁹ сохранялся у 71 беременной (33,4%), однако максимальное число лейкоцитов соответствовало норме для беременных.



В общем анализе крови при поступлении у 180 (85%) женщин выявлена относительная лимфоцитопения в диапазоне 6–20%. При выписке относительная лимфоцитопения в диапазоне 11–20% сохранилась у 25 женщин (12%). В биохимическом анализе крови уровень С-реактивного белка был повышен в пределах 5,1–106 г/л у 128 беременных (60%). При выписке данный показатель оставался повышенным (6,73 – 12 г/л) лишь у 13 беременных (6%).

Уровень печеночных ферментов (АСТ, АЛТ) был незначительно повышен при поступлении у 22 беременных (10%), при выписке у 8 женщин (4%).

Коагулограмма у каждой четвертой беременной в группе имела признаки гиперкоагуляции.

При УЗИ и доплерометрии маточно-плацентарного кровотока у 21 беременной (10%) выявлены нарушение 1А степени, маловодие у 20 (9,4%), многоводие у 18 (8,6%).

В лечении беременных с инфекцией COVID-19 применялся парацетамол не более 4,0 г в сутки при повышении температуры выше 38,5С, муколитики при наличии трудноотделяемой мокроты, кардиомагнил 75–150мг. Антибиотики назначались при присоединении бактериальной инфекции 76 беременных (36%). Терапию низкомолекулярными гепаринами получали 113 беременных (54%). Системное использование глюкокортикоидов потребовалось у 76 беременных (36%). Экспериментальное лечение Ремдесивиром назначалось 18 беременных (8,6%).

Заключение

Наиболее частым осложнением беременности пациентов с инфекцией COVID-19 являются угрожающий выкидыш и угрожающие преждевременные роды, анемия беременных. Тромбофилия осложняла течение инфекции COVID-19 у половины пациентов. У каждой 10 беременной выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока, маловодие или многоводие. Бактериальная инфекция присоединялась к вирусной COVID-19 у каждой третьей беременной.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Царева С.Н., Борис И.В.

г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет, УЗ 6-я ГКБ



Актуальность

Преждевременные роды являются одной из проблем современного акушерства. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно во всем мире рождается 12,9 миллионов (9,6%) недоношенных новорожденных, заболеваемость и смертность которых выше, чем у доношенных детей. Таким образом, снижение числа преждевременных родов – путь к улучшению здоровья нации.

Цель

Изучить влияние различных факторов на развитие преждевременных родов.

Материалы и методы

Был проведен анализ 60 индивидуальных карт беременных и родильниц, беременность у которых закончилась преждевременными родами в УЗ 6-я ГКБ. Беременные были разделены на 2 группы в зависимости от срока родов: 1 группа- срок родов 29–33 недели беременности (18 человек), 2 группа срок родов 33 недели и 1 день-36 недель (42 человека). Группы сравнивались по следующим параметрам: возраст, семейное положение, образование, курение, ИМТ, рост, возраст, менархе, гинекологические заболевания до беременности, количество беременностей в анамнезе, преждевременные роды при предыдущих беременностях, количество госпитализаций во время беременности, данные цервикометрии в 19 – 20 недель, экстрагенитальные заболевания, осложнения беременности и родов. Обработка полученных результатов проводилась с помощью программы STATISTICA (критерии Манна – Уитни и Хи – квадрат).

Результаты

Согласно полученным нами данным выявлены следующие достоверные различия между группами ($p < 0,05$). Так пациенты 1 группы были старше беременных из 2 группы (средний возраст по группам 32,4 и 28,2 года соответственно), у них выше уровень образования (высшее образование имели 16 (89%) беременных 1 группы против 28 (67%) из 2 группы). Необходимо отметить, что должности всех женщин 1 группы связаны с повышенной ответственностью и частым эмоциональным стрессом: директор, заведующий, главный инженер, главный бухгалтер. Женщины из первой группы имели большее число беременностей (1 группа-3,2 беременностей, 2 группа -1), у них чаще отмечены преждевременные роды в анамнезе (1 группа- 1,56 преждевременных родов на 1 женщину, 2 группа-0,24). При анализе экстрагенитальной патологии отмечено, что наследственные тромбофилии чаще встречаются у пациентов 1 группы (1 группа 6 женщин (33%), 2 – 4(9,8%)). При измерении длины шейки матки на УЗИ (19 – 20 недель) «короткая шейка» (менее 25 мм) выявлена у 77, 8% женщин 1 группы (14 человек) и у 28, 5% женщин (12 человек) 2 группы ($p < 0,05$). Из них только двум пациенткам 2 группы была выполнена коррекция ИЦН (1-акушерским пессарием, 1-хирургическим швом). Всем женщинам в качестве сохраняющей беременность терапии назначались гестагены, спазмолитики.



Заключение

Выводы: 1. Таким образом по нашим данным ранние преждевременные роды чаще отмечены у женщин с высшим образованием, старше 30 лет. 2. С увеличением числа беременностей у женщины увеличивается вероятность преждевременных родов. 3. Преждевременные роды в анамнезе увеличивают риск повторных преждевременных родов в меньшем гестационном сроке. 4. «Короткая шейка матки» по данным УЗИ-прогностически неблагоприятный фактор.

Таким образом, планирование беременности в более молодом возрасте, приоритет не только карьерного роста женщины, но и семьи, и детей, возможно, позволят снизить число преждевременных родов. Пациенткам, имевшим преждевременные роды в анамнезе, перед следующей беременностью необходимо пройти полное обследование, обязательно включающее поиск наследственных тромбофилий, ИЦН. Во время беременности у них также необходим целенаправленный поиск «короткой шейки матки» на ранних сроках беременности (14 – 16 неделя) для выбора оптимальных методов лечения.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Царева С.Н., Писаренко Е.А.

г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность

Диагностика острой патологии органов брюшной полости у беременных имеет некоторые особенности. Основными причинами, осложняющими диагностику, являются изменение анатомического соотношения органов во время беременности, затруднение пальпации органов брюшной полости, симптомы, сходные с обычным дискомфортом беременных, сложность дифференциальной диагностики акушерской и хирургической патологии.

Цель

Изучить особенности диагностики острого аппендицита у беременных.

Материалы и методы

Проведен анализ 86 историй болезней беременных, поступивших в хирургическое отделение 3 ГКБ в период с октября 2022 года по май 2023 года с подозрением на острый аппендицит.



Результаты

Из поступивших с подозрением на острый аппендицит пациенток 18 находились в 1 триместре беременности, (20,45%), 44 человека (50%) во 2 триместре, 24 человека (29,55%) в 3 триместре. Диагноз острого аппендицита был подтвержден у 10 пациенток (4 пациентки – 1 триместр, 4 пациентки – 2 триместр, 2 пациентки – 3 триместр). Время от госпитализации до оперативного вмешательства составило 4–8 часов. 82 пациенткам было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, всем были выполнены общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови. Всем пациенткам проводили консервативное лечение в виде инфузионной терапии физиологическим раствором, внутримышечного введения спазмолитиков. В нашем исследовании выявлено следующее. Острый аппендицит у пациенток в 1 триместре беременности имел типичную клиническую картину, у всех боли локализовались в правой подвздошной области, выявлялись перитонеальные симптомы, в общем анализе крови выражен лейкоцитоз. У пациенток в 2 и 3 триместрах беременности боли локализовались в разных отделах живота, в том числе и в правой подвздошной области, однако перитонеальные симптомы выявлялись только у части пациенток во 2 триместре. В общем анализе крови также выражен лейкоцитоз. Ключевым моментом для постановки диагноза во всех триместрах беременности являлось отсутствие положительной динамики после консервативного лечения. В сомнительных случаях при исключении другой острой хирургической патологии обоснованным явилось использование диагностической лапароскопии. По нашим данным это обследование позволяло уточнить диагноз и сразу провести оперативное лечение пациенткам во 2 и 3 триместрах. Пациенткам с подозрением на острый аппендицит в 1 триместре беременности лапароскопия сразу выполнялась как лечебная.

Заключение

Диагностика острого аппендицита у беременных опирается на комплексную оценку жалоб, результатов объективного обследования, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, включая диагностическую лапароскопию, результатов консервативного лечения с учетом особенностей течения заболевания у беременных.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИНЫ В ДЕНЬ ПУНКЦИИ И СХОДЫ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Ващилина Т.П., Виктор С.А., Дусь И.Л., Манукян А.В.

г. Минск

РНПЦ «Мать и дитя»



Актуальность

Биохимический состав сыворотки крови одна из первых систем организма, которая реагирует на воздействие лекарственных средств в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). От компенсаторных возможностей данной системы зависит возникновение осложнений в программе ЭКО и имплантация эмбрионов. Поэтому анализ изменений в биохимических показателях сыворотки крови, возникающие в организме женщины в день пункции, когда в яичниках женщины под воздействием лекарственных средств созрело максимальное количество фолликулов и яйцеклеток, и исходов программы ЭКО позволит определить условия, влияющие на наступление беременности в программе ЭКО.

Цель

Провести сравнительный анализ биохимических показателей в день пункции и исходов беременности в программе ЭКО.

Материалы и методы

Проведен анализ биохимических показателей сыворотки крови у 116 женщин в программе ЭКО в день пункции. Оценивали показатели общего белка, альбумино, липопротеинов высокой и низкой плотности, электролитов (калия, натрия), креатинина, мочевой кислоты, трансферазы, холестерина, глюкозы, общего билирубина, мочевины. Все женщины были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 69 женщин, у которых беременность не наступила в программе ЭКО, а во вторую группу – 47, у которых беременность наступила в программе ЭКО, подтвержденная уровнем ХГЧ на 14 день после подсадки эмбрионов.

Результаты

В группе 1 средний возраст женщин был статистически значимо выше, чем в группе 2 ($p=0,039$). Всем женщинам применялся короткий протокол стимуляции овуляции. Были получены статистически значимые различия в группах по показателям калия: в группе 1 значения калия в сыворотке крови 4,5 (4,3 – 4,9) были статистически значимо выше ($U=1270$; $p=0,048$), чем в группе 2 – 4,3 (4,1 – 4,7); и по показателям общего белка: в группе 1 уровень общего белка составил 80 (75 – 84) г/л, а в группе 2 – 78 (73 – 81) г/л, что было статистически значимо выше ($U= 1265,5$; $p=0,045$), однако, полученные значения показателей белка и калия не выходили за рамки референсных значений.

Заключение

Таким образом, женщины в программе ЭКО, у которых беременность не наступила, имеют статистически значимо выше уровни общего белка и калия в сыворотке крови, чем женщины, у которых беременность наступила. Полученные данные могут служить нега-



тивными предикторами имплантации в программе ЭКО и рекомендацией к фрагментации цикла ЭКО, с последующим контролем биохимического анализа крови.

ВЛИЯНИЕ МНОГОВОДИЯ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

г. Минск

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

Актуальность

Беременность у женщин с сахарным диабетом (СД) в 20–60% случаев осложняется многоводием. Механизмы формирования многоводия до конца не изучены. Возможными причинами являются полиурия плода в ответ на гипергликемию и повышенная концентрация глюкозы в амниотической жидкости, которая вызывает осмотический градиент, приводящий к многоводию. Остаются мало изученными и перинатальные осложнения, ассоциированные с многоводием у беременных с СД.

Цель

Выявить перинатальные осложнения, ассоциированные с многоводием у беременных с сахарным диабетом.

Материалы и методы

Обследовано 178 беременных женщин с прегестационным и гестационным СД в сроке доношенного плода. Многоводие во время беременности было диагностировано в 48 (27,0%) случаях (группа 1): при СД 1 типа (105 женщин) – в 31 (29,5%) случае, при СД 2 типа (16 женщин) – в 5 (31,3%) случаях, при гестационном СД (57 женщин) – в 12 (21,0% случаев). В 130 (73,0%) случаях индекс амниотической жидкости во время беременности был в пределах референтных значений (группа 2). В группах исследования проведена оценка перинатальных исходов. Пропорциональность физического развития новорожденных оценивали по масса-ростовому индексу (отношение массы тела (кг) к длине тела (м)) с его центильной оценки относительно гестационного возраста и пола с использованием онлайн калькулятора INTERGROWTH-21st. Полученные результаты обработаны непараметрическими методами вариационной статистики (критерий Манна-Уитни (U), критерий Хи-квадрат (χ^2)), выполнен расчет отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ) с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 10. Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.



Результаты

Беременные в группах исследования сопоставимы по возрасту (30 (26–32) лет и 30 (26–35) лет соответственно, $p=0,572$), индексу массы тела до беременности (27,0 (23,4–32,1) кг/м² и 26,0 (22,9–32,5) кг/м², $p=0,664$) и стажу прегестационного СД (13 (4–16) лет и 11 (5–16) лет, $p=0,872$). С наличием многоводия ассоциировались более высокие значения гликированного гемоглобина в III триместре беременности (6,9 (6,6–7,6)% и 6,4 (5,9–7,3)% соответственно, $p=0,005$), а использование непрерывной подкожной (помповой) инфузии инсулина у беременных с СД I типа позволяло снизить шансы развития многоводия (1 (3,2%) и 16 (21,6%) случаев, ОШ 0,12 (95% ДИ 0,02–0,96), $p=0,020$).

При анализе антропометрических показателей новорожденных детей была выявлена ассоциация многоводия с формированием фетальной макросомии (30 (62,5%) и 56 (43,1%) случаев, ОШ 2,20 (95% ДИ 1,12–4,35), $p=0,021$) и в большей степени непропорционального развития плода (34 (70,8%) и 54 (41,5%) случаев, ОШ 3,42 (95% ДИ 1,67–6,98), $p<0,001$), что было обусловлено более высокими значениями толщины фетальной подкожно-жировой клетчатки в группе 1 по сравнению с группой 2 (средние значения в области живота 6,2 (5,3–6,9) мм и 4,8 (3,7–6,2) мм, $p=0,009$). Новорожденные от матерей с СД и многоводием статистически значимо чаще переводились в ОИТР и на 2-ой этап выхаживания в раннем неонатальном периоде (41 (85,4%) и 90 (69,2%) случаев соответственно, ОШ 2,60 (95% ДИ 1,08–6,30), $p=0,030$).

Заключение

Диагностика многоводия у беременных с СД позволяет прогнозировать ассоциированные с ним перинатальные осложнения: фетальную макросомия (ОШ 2,20 (95% ДИ 1,12–4,35), $p=0,021$), непропорциональное развитие плода (ОШ 3,42 (95% ДИ 1,67–6,98), $p<0,001$) и необходимость госпитализации новорожденных в ОИТР и на 2-ой этап выхаживания в раннем неонатальном периоде (ОШ 2,60 (95% ДИ 1,08–6,30), $p=0,030$).

РОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НА ФЛОРУ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Виктор С.А., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Васильева Е.Н.

г. Минск

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



Актуальность

В настоящее время сверххранние преждевременные роды продолжают оставаться одной из актуальных проблем акушерства. Одной из наиболее распространенных причин преждевременного прерывания беременности является преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), а дальнейшее ведение беременной женщины зависит от выявления признаков хориоамнионита. Инфекционно-воспалительные процессы в плодных оболочках в большинстве случаев являются следствием восходящего инфицирования, приводя к осложнениям беременности, родов и послеродового периода как со стороны матери, так и со стороны плода.

Цель

Установить взаимосвязь между наличием воспалительных изменений по результатам микроскопического исследования отделяемого влагалища на флору в I триместре беременности и инфекционно-воспалительным поражением последа у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке беременности 154–196 дней.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование 196 историй родов женщин с ПРПО в сроке беременности 154–196 дней с анализом результатов микроскопического исследования отделяемого влагалища на флору в I триместре беременности. В зависимости от наличия инфекционно-воспалительного поражения последа по данным гистологического исследования сформировано 2 группы: группа 1 – не было выявлено инфекционно-воспалительного поражения последа (51 случай); группа 2 – выявлено инфекционно-воспалительное поражение последа (145 случаев). Полученные результаты обработаны непараметрическими методами вариационной статистики (критерий Манна-Уитни (U), критерий Хи-квадрат (χ^2)), выполнен расчет отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ) с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 10. Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

Результаты

Беременные групп исследования были сопоставимы по возрасту (30 (26–35) лет и 31 (27–35) год соответственно, $p=0,438$), росту (167 (164–171) см и 165 (162–170) см, $p=0,141$), сроку гестации на момент ПРПО (186 (180–191) дней и 186 (179–191) дней, $p=0,824$), сроку родоразрешения (186 (180–191) дней и 186 (179–191) дней, $p=0,824$) и массе тела новорожденных (990 (860–1170) г и 970 (840–1130) г, $p=0,290$). В группе 2 индекс массы тела до беременности был выше (23,8 (21,3–28,7) кг/м²) по сравнению с группой 1 (22,3 (20,2–26,7), $p=0,036$).

Нами были установлены статистически значимые различия в группах исследования по степени чистоты влагалищного мазка в I триместре беременности: в группе 1 I степень диагностировалась в 16 (31,4%) случаях, II степень – в 23 (45,1%) случаях, III степень – в 10 (19,6%) случаях, IV степень – в 2 (3,9%) случаях; в группе 2 – в 43 (29,7%) случаях,



33 (22,8%) случаях, 39 (26,9%) случаях и 30 (20,7%) случаях соответственно, $p=0,003$. Таким образом, III и IV степени чистоты влагалищного мазка (патологические мазки) регистрировались статистически значимо чаще в группе 2 (в 69 (47,6%) случаях) по сравнению с группой 1 (в 12 (23,5%) случаях) и могут являться факторами риска инфекционно-воспалительного поражения последа при ПРПО в сроке беременности 154–196 дней (ОШ 2,95 (95% ДИ 1,43–6,09), $p=0,003$).

Заключение

III и IV степени чистоты влагалищного мазка в I триместре беременности являются значимыми факторами риска инфекционно-воспалительного поражения последа при ПРПО в сроке беременности 154–196 дней (ОШ 2,95 (95% ДИ 1,43–6,09), $p=0,003$), что требует более углубленного обследования пациенток группы риска в I триместре беременности, тщательной санации с последующим восстановлением биоценоза влагалища.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Вишневецкая Ю.Г.¹, Касян Г.Р.²

г. Южно – Сахалинск

- 1. ФГБУ СО «Консультативно – Диагностический Центр г. Южно-Сахалинска»*
- 2. ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, кафедра урологии*

Актуальность

Малая инвазивность и высокая эффективность субуретральных синтетических петель обеспечила их признанием «золотым» стандартом в лечении недержания мочи. Однако возникновение послеоперационных осложнений оказывает крайне негативное влияние на качество жизни данных пациенток и порой требует дополнительного хирургического вмешательства. Одним из перспективных методов послеоперационной реабилитации является методика биологической обратной связи (БОС), показавшая свою эффективность, как при лечении различных тазовых расстройств, включая синдром хронической тазовой боли, нарушения мочеиспускания и диссинергии мышц тазового дна.



Цель

Оценить эффективность метода БОС в реабилитации пациенток после оперативного лечения недержания мочи с использованием синтетических материалов в сравнении с самостоятельным выполнением упражнений Кегеля.

Материалы и методы

Проспективное наблюдательное исследование включало 50 пациенток, у которых спустя 1 месяц после субуретральной пластики синтетической петлей вновь возникли жалобы на недержание мочи при напряжении, с положительным кашлевым тестом. Первой группе пациенток ($n=30$) был проведён курс БОС (в режиме 2 раза в неделю по 30 минут каждое занятие в течение 4 недель); вторая контрольная группа ($n=20$) выполняла самостоятельно упражнения Кегеля в том же режиме. Для оценки динамики пациенткам исходно и через 4 недели проводился опрос со сбором жалоб, осмотром в кресле с выполнением кашлевой пробы и манометрии мышц тазового дна (аналоговая шкала 0–10).

Результаты

По окончании терапии наблюдались статистически значимые различия в частоте разрешения жалоб на недержание мочи: в группе БОС разрешение было отмечено у 72% пациенток, в группе выполняющих упражнения Кегеля в 35% ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция наблюдалась через 4 недели проведенной терапии: частота положительного кашлевого теста (25% против 80%, соответственно, $p < 0,05$). По данным манометрии отмечено статистически значимое увеличение силы сокращения мышц тазового дна в группе БОС в сравнении с исходным состоянием ($5,8 \pm 1,1$ против $2,3 \pm 1,8$, $p < 0,05$) и менее выраженное в группе контроля, выполняющих упражнения Кегеля ($3,2 \pm 1,2$ против $2,5 \pm 0,8$, $p > 0,05$).

Заключение

БОС является эффективным методом реабилитации пациенток после оперативного лечения недержания мочи с использованием синтетических материалов. Дальнейшее развитие и внедрение практических схем применения метода БОС позволит улучшить качество лечебно-профилактической работы врачей акушеров-гинекологов на всех этапах медицинского обеспечения населения.

ДИАЛОГ МЕЖДУ ЭМБРИОНОМ И МАТКОЙ: ЧТО ПОМОЖЕТ ИМ ДОГОВОРИТЬСЯ? (СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕУДАЧ ИМПЛАНТАЦИИ В ВРТ)

Владиминова И.В.

г. Москва



ГК Мать и дитя

Актуальность

Имплантация эмбриона является одной изкраеугольных тем репродукции, поскольку это первый диалог между маткой и развивающимся эмбрионом, нарушение которого будет способствовать неблагоприятному исходу беременности.

Цель

Проведение сравнительной оценкиэффективности и безопасности более 30 различных методов лечения у пациентов с повторными неудачами имплантации (ПНИ).

Материалы и методы

Анализ данных PubMed, Cochraine Library, Web of Science, наибольший акцент сделан на метаанализах и рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ).

Результаты

Проведен анализ тактики лечения, оказывающей положительный эффект и не влияющей на наступление беременности. Так, гормон роста улучшает частоту имплантации, кумулятивную частоту наступления беременности и частоту живорождения. ERA-тест – технология обнаружения «окна имплантации» эндометрия с помощью транскриптомных данных может улучшить частоту имплантации, кумулятивную частоту наступления беременности и частоту живорождения. Силденафил – имеется 1 РКИ, в котором не обнаружено увеличения частоты имплантации. Внутривенное введение иммуноглобулинов в сочетании с внутриматочным введением моноклеаров периферической крови увеличивает кумулятивную частотунаступления беременности. Внутривенные иммуноглобулиныне оказали влияния на частоту имплантации или частоту живорождения, но отмечено увеличение кумулятивнойчастоты наступления беременности. Внутриматочная перфузия моноклеаров периферической крови ((1–100)×10⁶ клеток/мл) может улучшить частоту имплантации, кумулятивную частоту наступления беременности и частоту живорождения за счет усиления рецептивности эндометрия.PRP-терапия (плазма, обогащенная тромбоцитами) может улучшить исходы беременности при ПНИ. Метод предполагает внутриматочное введение 0,5–1,0 мл препарата PRP за 48 часов до переноса эмбрионов. Интралипиды, низкомолекулярные гепарины, аспирин и глюкокортикоиды- клинические исследования анализировали их пользу в лечении пациентов с ПНИ, но ни один из них не является оптимальным методом иммунотерапии. Лимфоцитиммунотерапия (ЛИТ)- на основании 4 ретроспективных исследований может улучшить кумулятивную частоту наступления беременности. Терапия лабораторными процедурами или методами: эмбриональная среда, обогащенная гиалуроновой кислотой(Embryogluce)- эмбрионы содержат белок CD44- рецептор к гиалуроновой кислоте, играющий важную роль в процессах адгезии, что может облегчить имплантацию эмбриона.Преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ-А)может улучшить частоту



имплантации и кумулятивную частоту наступления беременности, но не улучшает частоту живорождения. Скрэтчинг эндометрия улучшает частоту имплантации и кумулятивную частоту наступления беременности, но не увеличивает частоту живорождения. Внутриматочная спираль – всего одно исследование предполагало, что краткосрочная установка улучшает исходы. Также рассмотрена тактика двойного переноса (перенос эмбриона на 3 сутки и еще 1 эмбриона 5 сутки в одном цикле) – результаты показали, что двойной перенос может улучшить частоту имплантации, кумулятивную частоту наступления беременности и частоту живорождения, и все включенные исследования выявили, что двойной перенос не увеличивает частоту многоплодной беременности.

Заключение

Комбинированная терапия является потенциальной стратегией применения у пациенток с ПНИ.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДА

Волков В.Г., Кастор М.В.

г. Тула

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»

Актуальность

Стандартными показателями качества прогностической модели являются чувствительность и специфичность. В зависимости от преваленса (частоты прогнозируемого состояния в исследуемой популяции) размер группы риска и клиническая эффективность модели могут сильно меняться. Частота неблагоприятных перинатальных исходов (мертворождение, перинатальная смерть, преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода) обычно относительно невелика (от 0,3–0,5 до 10%), что обуславливает значительный дисбаланс классов прогнозирования обучающей выборки, повышает уровень требований к разработке и эффективности модели.

Цель

Учитывая фактический преваленс, оценить клинически значимые показатели эффективности прогностических моделей неблагоприятных перинатальных исходов: размер группы риска (screen-positive rate, SPR – процент положительных предсказаний) и точность предсказаний (positive predictive value, PPV – положительная прогностическая значимость – процент истинно-положительных результатов в группе риска).



Материалы и методы

Изучено 20 прогностических моделей, разработанных отечественными и зарубежными исследователями в 2014–23 гг., сведения извлечены из научных библиотек PubMed и eLibrary. Расчеты величин SPR и PPV проведены по стандартным статистическим формулам в программе MS Office Excel 2019.

Результаты

У прогностических моделей мертворождения SPR составил от 4 до 37%, PPV – от 1 до 17%. Лучшее сочетание показателей у модели, разработанной Aupont J.E. и др. (Англия, 2016 г.): SPR 10,4%, PPV 4,8% (обучена на выборке из 9,8 тыс. случаев с мертворождаемостью 0,86%).

У двух рассмотренных прогностических моделей перинатальной смерти SPR составил 12 и 20%, PPV – 6 и 4% соответственно. Модели обучены на малых выборках (599 и 286 случаев соответственно), при этом для обеих выборок характерен искусственный баланс классов (46 и 51% случаев перинатальной смерти в выборках при фактических значениях перинатальной смертности в исследуемых популяциях 0,8 и 1% соответственно).

У прогностических моделей преждевременных родов SPR составил от 4 до 40%, PPV – от 3 до 31%. Лучшей является модель прогнозирования сверххранних преждевременных родов, разработанная Gao Ch. и др. (США, 2019 г.): SPR 22,7%, PPV 2,6% (обучена на выборке из 17,6 тыс. случаев с частотой сверххранних преждевременных родов 0,75%).

У прогностической модели преэклампсии Андрейченко А.Е. и др. (РФ, 2023 г.) SPR составил 40%, у модели Тап М.У. и др. (Англия, 2018 г.) – 16%; PPV – 9 и 15% соответственно. Модели обучены на больших выборках (12 тыс. и 61 тыс. случаев соответственно), в обоих случаях соблюдался естественный дисбаланс классов (3,8 и 3,1% случаев преэклампсии в выборках соответственно).

Прогностическая модель развития синдрома задержки роста плода, разработанная Papastefanou I. и др. (Англия, 2020 г.) на обучающей выборке из 62 тыс. случаев, имеет SPR 12%, PPV 25%. У модели Кудрявцевой Е.В. и др. (РФ, 2022 г.), разработанной на выборке из 489 случаев, SPR составил 24%, PPV 37%. В обеих моделях соблюдался естественный дисбаланс классов (10 и 15% плодов с задержкой роста соответственно).

Заключение

Наиболее эффективно группа риска формируется у прогностических моделей развития задержки роста плода и преэклампсии (включает от 1,5 до 10 раз больше пациенток, чем фактическое число женщин с этими патологиями). При прогнозировании других неблагоприятных исходов группа риска может быть больше преваленса в 15–20 и более раз, что следует учитывать клиницистам и организаторам здравоохранения при внедрении соответствующих прогностических моделей. При разработке новых моделей в качестве



целевых метрик целесообразно использовать показатели эффективности с бóльшей клинической значимостью: SPR (чем он меньше и чем ближе к преваленсу, тем лучше) и PPV (чем она больше, тем лучше).

СКРИНИНГ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОИМПЕДАНСНОГО МАММОГРАФА

Гаврилова Н.П.¹, Селиверстов П.В.², Шаповалов В.В.³

г. Санкт-Петербург

- 1. ООО «Гасма», Санкт-Петербург*
- 2. ФГБВОУ ВО «Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*
- 3. ООО «Интеллектуальные программные системы», Санкт-Петербург*

Актуальность

Репродуктивное здоровье женщины является важной задачей. Обследования органов малого таза без учета важности исследования молочных желез может быть большим упущением. Заболевания молочных желез, их тяжесть, прогноз для жизни и работоспособности, являются одной из актуальных проблем всемирного здравоохранения. Подавляющее большинство смертей в мире от рака молочной железы связаны с поздней диагностикой, что требует разработки и внедрения новых подходов по раннему выявлению и своевременному лечению. Симптомы рака молочной железы разнообразны. На начальных этапах клинические его проявления могут отсутствовать, что диктует необходимость в ежегодном обследовании. Важный момент в диагностике – выявление заболевания на начальной его стадии. Одним из перспективных направлений является использование портативного маммографа как для самообследования женщин, так и для массового скрининга.

Цель

Оценка эффективности биоимпедансного метода выявления риска новообразований молочной железы в соответствии с установленными стандартами (шкала BIRADS) с помощью портативного маммографа.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 35 пациенток, в возрасте $50 \pm 2,3$ лет. Все проходили обследование с помощью портативного маммографа, результаты исследования которого отображаются в виде матрицы проводимости, что позволяет строить изображения. Полученные данные сопоставлялись с результатами их маммологического исследова-



ния, выявленных с помощью полноформатной цифровой маммографии, а также результатами УЗИ и заключением врачей. В 11,4% случаев выявлялась жировая инволюция, у 25,7% диффузный ФАМ, у 22,9% диффузный ФКМ, у 8,6% элементы ФАМ на фоне жировой инволюции, у 5,7% выявлена дуэктазия. Исследуемый биоимпедансный маммограф – устройство с матрицей электродов, плата управления с дисплеем, коммутатором и электронным преобразователем, обеспечивающим измерение, передачу данных на мобильный телефон или компьютер. Матрица электродов состоит из 85 электродов, обеспечивающих контакт с тканями человека. На каждом цикле проводится 222 измерения, т.о. определяется биоимпедансная картина молочной железы. Устройство выполнено в компактном корпусе с батарейным питанием. Специализированное программное обеспечение получает, обрабатывает, сохраняет и отображает биоимпедансное распределение. При выполнении исследования проводился визуальный анализ изображений в онлайн режиме. Изменения в молочных железах оценивали по расположению, по интенсивности импеданса в зависимости от цветовой шкалы и изменений распределения импульсов в органе.

Результаты

Полученные результаты о поражении молочных желез согласуются с системой BIRADS и сопоставимы с данными ММГ и УЗИ. Эти методы дополняют друг друга, что повышает качество обследования. В 5 случаях требуется дальнейшее подтверждение диагноза, что может быть связано с особенностями строения молочной железы. Важно, что у пациенток с большим объемом молочной железы возможно повышение импеданса до 180 у.ед., расположенные в проекции ореолы, с максимальной интенсивностью в проекции соска, что можно расценить как повышенный риск онконастороженности. Статистические исследования (ROC-анализ) показали достаточную для скринингового метода «чувствительность» и «специфичность» – не хуже 0,75–0,8.

Заключение

Проведенные клинические, маммографические исследования показали, что патологические процессы в большинстве случаев находят свое подтверждение на маммограммах с использованием нашего прибора. Предлагаемый метод абсолютно безболезненный, безвредный, поскольку исключается облучение. Напряжение на электродах не превышает трех вольт, протекающий через тело человека ток при этом не более 100 микроампер. Метод достаточно информативный. Прибор может использоваться любое количество раз, вне зависимости от возраста, не противопоказан при беременности и в период лактации, что позволяет широко применять его в профилактических целях, как для ранней диагностики, так и для определения группы риска, при РМЖ у женщин. Прибор интересен для массового скрининга, т.к. обладает достаточной чувствительностью к новообразованиям (от 3 мм), в сочетании с отсутствием радиации, малыми габаритами и весом.



РОЛЬ ЭНДОКРИННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА У БЕРЕМЕННЫХ

Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н., Габор Н.В.

г. Смоленск

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава
России*

Актуальность

Патологическая прибавка веса при беременности повышает риск возникновения поздней преэклампсии, макросомии и задержки роста плода, гестационного сахарного диабета, многоводия. В последние годы актуальной стала тема влияния тиреоидной функции на липидный обмен в период гестации. По данным литературы, при гипотиреозе и повышении уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в организме беременной женщины возрастает риск чрезмерной гестационной прибавки веса. Более высокие концентрации свободного тироксина (Т4св) и гипертиреоз оказывают противоположный эффект. Однако остаются не до конца изученными роль свободного трийодтиронина (Т3св) и вклад прегравидарного веса женщины в обнаруживаемые взаимосвязи.

Цель

Изучить влияние гормонов щитовидной железы на гестационную прибавку веса.

Материалы и методы

В одноцентровое проспективное неинтервенционное исследование были включены 437 беременных женщин в возрасте от 19 до 44 лет. Критерии включения: здоровые беременные женщины, согласие пациентки на участие в исследовании. Критерии невключения: многоплодная беременность, указания на сопутствующую соматическую патологию, в том числе заболевания щитовидной железы. Клинико-лабораторное обследование включало измерение уровней ТТГ, Т4св, Т3св, определение значения гестационной прибавки веса. Все пациентки были разделены на 3 группы по уровню гестационного увеличения массы тела (ГУМТ) с учетом прегравидарного индекса массы тела в соответствии с критериями Американского Института медицины (Institute of Medicine (IOM)). Группу с недостаточной прибавкой веса составили 70 пациенток, с нормальной – 197, с чрезмерной – 170.

Результаты

В текущем исследовании медиана по уровню гестационной прибавки веса составила 14,3 (11,5; 17) кг. На долю дефицита веса пришлось 4,1%, нормального – 66,4%, избыточного – 20,8%, ожирения – 8,7%. Значения Т4св крови беременных женщин в 3 исследуемых



группах статистически значимо различались ($\chi^2(2) = 7,61, p=0,022$). Самый высокий показатель медианы Т4св наблюдался среди женщин с недостаточным ГУМТ и составил 10,8 (9,9; 12,1) пмоль/л. Более низкие значения медианы Т4св зафиксированы в группах с нормальным и чрезмерным ГУМТ: 10,4 (9,7; 11,3) пмоль/л ($p=0,027$) и 10,3 (9,4; 11,4) пмоль/л ($p=0,008$), соответственно. Значения медианы Т4св крови в группах с нормальным и чрезмерным ГУМТ статистически значимо не различались ($p=0,395$). Для медианы Т3св также были обнаружены определенные закономерности ($\chi^2(2) = 8,79, p=0,012$). Однако при попарном сравнении групп статистически значимые различия выявлены лишь среди женщин с нормальным и чрезмерным ГУМТ ($p=0,005$). В группе рекомендуемого ГУМТ медиана составила 4,6 (4,1; 5,1) пмоль/л, а в группе чрезмерного – 4,8 (4,3; 5,2) пмоль/л. При сравнении концентрации ТТГ статистически значимых отличий между группами не выявлено ($\chi^2(2) = 0,262, p=0,877$). При проведении корреляционного анализа между уровнем Т4св крови и группой ГУМТ выявлена обратная связь: $rs=-0,115, 95\% \text{ ДИ: } -0,207; -0,021, p=0,016$. Для Т3св коэффициент корреляции составил 0,13 (95% ДИ: 0,037–0,221, $p=0,006$). Также был проведен линейный регрессионный анализ со значением ГУМТ в качестве зависимой переменной и уровнем Т4св в качестве переменной-предиктора с поправкой на прегравидарный индекс массы тела. Выявлена следующая статистически значимая регрессионная модель: $R^2 = 0,103, \text{ Adjusted } R^2 = 0,099, F = 24,89, p<0,001$. Коэффициент регрессии для Т4св был равен -0,393 (95% ДИ: -0,637–(-0,149), $p=0,002$). Таким образом, при повышении концентрации Т4св крови на единицу значение гестационной прибавки веса женщины снизится на 393 грамма. Значение adjusted R2 составило 0,099, а следовательно, 9,9% вариабельности гестационной прибавки веса можно объяснить действием Т4св с поправкой на прегравидарный индекс массы тела. Оставшиеся 90,1% вариабельности ГУМТ объясняется действием других факторов. Для Т3св статистически значимых закономерностей обнаружено не было.

Заключение

Тиреоидный статус беременной женщины влияет на уровень гестационной прибавки веса. Дальнейшее изучение обозначенной темы может быть использовано в индивидуализации рекомендаций для профилактики патологических девиаций гестационного увеличения веса.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПЛАНАМИ

Глоба Ю.С., Дубинин А.А.

г. Москва



«Мединцентр» филиал ГлавУнДК при МИД России, Москва

Актуальность

Проблема восстановления репродуктивной функции при преждевременном истощении яичников является наиболее сложной в репродуктивной медицине, так как некоторые женщины на момент постановки диагноза еще не выполнили свои репродуктивные планы.

Цель

Учитывая эти вводные данные, были проанализированы исследования о возможности хирургической коррекции преждевременной недостаточности яичников наименее инвазивным способом у женщин с невыполненными репродуктивными планами.

Материалы и методы

В ходе анализа ретроспективных исследований выявлено два подходящих хирургических метода: операция WOLI (Whole-ovary laparoscopic incisions) суть которой заключается в поверхностном механическом повреждении капсулы яичников с целью стимуляции активации фолликулов, и введение плазмы, богатой тромбоцитами, в яичники для стимуляции их гормональной функции и дальнейшей оценки результатов экстракорпорального оплодотворения. В оба исследования были включены женщины со стимуляцией овуляции в анамнезе без эффекта и малым количеством антральных фолликулов.

Результаты

В результате после операции WOLI наблюдение проводилось в течение 90 дней и был отмечен рост эстрадиола в сыворотке крови и рост фолликулов по результатам УЗИ. 2 из 6 пациенток получили беременность, которая закончилась родами. У 4 пациенток удалось выполнить забор ооцитов и у одной пациентки была зафиксирована биохимическая беременность.

В результате введения плазмы, богатой тромбоцитами, 4,3% женщин получили спонтанную беременность, 92,9% вошли в программу ЭКО. При анализе гормонального статуса пациенток выявлено снижение уровня фолликулостимулирующего гормона, а также увеличение количества фолликулов в яичниках по данным УЗИ.

Заключение

Таким образом минимальноинвазивные вмешательства, описанные в исследованиях, не являются технически сложными и имеют перспективные результаты для женщин, планирующих беременность. Необходимо дальнейшее изучение механизмов, участвующих в процессах активации роста фолликулов, а также выработка критериев для рекомендации данных способов хирургической коррекции преждевременной недостаточности яичников.



ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД У ЖЕНЩИН С ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гошкевич Е.А., Пересада О.А., Ващилина Т.П.

г. Минск

РНПЦ «Мать и дитя»

Актуальность

С каждым годом увеличивается количество случаев родоразрешения женщин с приращением плаценты, однако, течение послеродового периода у данной категории женщин не отражено ни в одном исследовании. Особый интерес представляет послеродовый период у женщин с приращением плаценты после родоразрешения с использованием рентгенэндоваскулярных технологий (РЭТ). Данные технологии позволяют минимизировать кровопотерю при родоразрешении женщин с приращением плаценты.

Цель

Анализ течения послеродового периода у женщин с приращением плаценты после применения РЭТ.

Материалы и методы

Проанализировано течение послеродового периода у 91 женщины с приращением плаценты после применения РЭТ за период с 2020 – 2023 гг. Временной интервал анализируемого периода составил 6 месяцев после родоразрешения. Анализ включал жалобы, наличие лактации, восстановление менструальной функции при сохраненной матке, наличие осложнений со стороны мочеполовой системы по данным ультразвукового исследования, наличие тромбозов. В группе исследования метростомии с сохранением матки выполнена у 58 (63,7%) женщин, у остальных 33 (36,3%) женщин была выполнена экстирпация или надвлагалищная ампутация матки.

С целью медицинской профилактики травматизации мочеточников при родоразрешении на этапе предоперационной подготовки в мочеточники женщины вводили стенты, которые были удалены через 1,5 месяца после родоразрешения.

С целью выявления ранних послеоперационных осложнений женщинам с приращением плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря в послеоперационном периоде на 14 сутки выполнялась цистоскопия для исключения несостоятельности стенки мочевого пузыря.



Результаты

В раннем послеоперационном периоде постгеморрагическая анемия была диагностирована в 4 (4,4%) случаях, в 3 (3,3%) случаях – гематома малого таза, в 1(1,1%) случае – тромбоз наружной подвздошной артерии. Поздний послеоперационный период у женщин с приращением плаценты протекал без осложнений. Лактация сохранена у 49 (53,8%) женщин. Продолжительность кормления грудью до 1 месяца наблюдалось у 7 (14,3%) женщин, 2 – 4 месяца – 15 (30,6%) женщин, от 6 месяцев и более – 27 (55,1%) женщин.

Менструальная функция восстановилась у женщин после метропластики в 39 (67,2%) случаях, лактационная аменорея диагностирована в 7 (12,0%) случаях, в 12 (20,7%) случаях менструальная функция на момент исследования не была восстановлена.

Заключение

Восстановление менструальной функции, наличие лактации у женщин после применения РЭТ не имеет различий со среднепопуляционными показателями течения послеродового периода у женщин после родоразрешения путем операции кесарево сечения. Следовательно, применение РЭТ не влияет на течение послеродового периода у женщин с приращением плаценты и входит в комплекс междисциплинарных медицинских мероприятий по сохранению здоровья женщин с приращением плаценты.

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ С ПОМОЩЬЮ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ

Гущина М.Ю., Жуманова Е.Н., Корчажкина Н.Б., Колгаева Д.И.

г. Москва

*Центра гинекологии, онкологии, репродуктивной и эстетической медицины
Клинической больницы №1 Медси в Отрадном*

Актуальность

Внутриматочные вмешательства очень часто ведут к повреждению базального слоя эндометрия, что в последующем влияет на зачатие и беременность. Особенно, если у пациентки имеется отягощенный анамнез, а именно нарушение жирового обмена. Рождение здорового поколения- приоритетная проблема в сфере здравоохранения. Женщина, ко-



торая перенесла оперативное лечение на полости матки должна пройти период восстановления, ведь именно это является залогом успеха в благополучном зачатие ребенка, особенно если она имеет избыточную массу тела.

Цель

Оценка частоты наступления беременности с помощью немедикаментозных методов восстановления рецептивности эндометрия после хирургических вмешательств на полости матки у женщин с нормальной и избыточной массой тела.

Материалы и методы

В проспективное рандомизированное исследование включено 120 пациенток 18–45 лет, перенесших внутриматочное оперативное вмешательство и планирующих беременность с различными индексами массы тела. Из них, 69 человек были с ИМТ <25 кг/м², 51 – с ИМТ >26 кг/м². Пациентки были разделены на три равные группы по 40 человек в каждой. Группа 1 – (ИМТ <25кг/м²–26 человек, ИМТ>26 кг/м²–14 человек) пациентки, которым проводили комбинированную импульсную магнитотерапию и внутриматочную плазмотерапию эндометрия; Группа 2 – (ИМТ <25 кг/м²–21 человек, ИМТ>26 кг/м²–19 человек) пациенткам проводили высокоинтенсивную магнитную стимуляцию мышц тазового дна и внутриматочную плазмотерапию эндометрия; Группа 3 – (ИМТ <25 кг/м²–22 человека, 18 человек с ИМТ >26 кг/м²) пациенткам проводили импульсную магнитотерапию. Проводилась оценка частоты наступления беременности через 1, 2 и 3 месяца после проводимого комплекса немедикаментозного лечения.

Результаты

Вероятность наступления беременности у женщин в первой группе исследования с нормальным индексом массы тела (ИМТ <25кг/м²) составила 11 человек (42,3%, с избыточным индексом массой тела (ИМТ >26 кг/м²) составила 2 человека (14,3%). Значение Р (критерий статистической значимости) внутри группы составило 0,090.

Во второй группе у пациенток с нормальной массой тела – 13 (62%), с избыточным индексом массы тела- 6 (31%). Р – 0,050. И наконец, в третьей группе исследования, где проводилась только импульсная магнитотерапия курсами – частота наступления беременности была ниже, чем у первых двух групп, с нормальным ИМТ- 9 (41%), с избыточной ИМТ- 1 (5,6%).Р- 0,013. Значение Р между группами равно 0,001.

Заключение

Частота наступления беременности после проведенной немедикаментозной терапии значительно выше во всех группах у пациенток с нормальной массой тела. Однако следует отметить, что все методики немедикаментозного восстановления эндометрия эффективны у пациенток с нормальным индексом массы тела, но самым эффективным методом восстановления рецептивности эндометрия является комбинированное применение



высокоинтенсивной магнитной стимуляции мышц тазового дна и внутриматочной плазмотерапии эндометрия у пациенток как с нормальной, так и с избыточной массой тела.

ИССЛЕДОВАНИЕ АПОПТОЗА КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОМ ТЕЛА МАТКИ

Дамиров М.М., Иерусалимский А.П., Олейникова О.Н., Боровкова Н.В.

г. Москва

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

Актуальность

Аннотация. Представлены данные об изменении содержания факторов регуляторов апоптоза в крови у пациенток с полипами эндометрия (ПЭ). У больных с ПЭ выявлено снижение концентрации факторов инициирующую программируемую гибель клетки, на фоне увеличения sFas.

Abstract. Data are presented on changes in the content of apoptosis regulator factors in the blood of patients with endometrial polyps (PE). In patients with PE, a decrease in the concentration of factors initiating programmed death was revealed, against the background of an increase in sFas.

Проблема поиска ведущих факторов развития и прогрессирования внутриматочной патологии (ВМП) является чрезвычайно актуальной. В настоящее время полипы эндометрия (ПЭ) представляет одну из наиболее частых нозологических форм ВМП. Одним из ведущих направлений в изучении патогенеза этого заболевания является исследование апоптоза клеток, так как может предложить новые стратегии в лечении больных с данной патологией.

Цель

Изучить содержание факторов регуляции апоптоза клеток в крови у больных с ПЭ.

Материалы и методы

В исследование включено 44 пациентки репродуктивного возраста, проходивших лечение в отделении гинекологии ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в 2021–2023 годах по поводу ПЭ. Средний возраст $42,8 \pm 4,27$ лет. В группу сравнения были включены 20 здоровых женщин. Белки регуляторы апоптоза растворимые Fas рецептор (sFas) и Fas лиганд (sFasL), фактор некроза опухолей альфа (TNF- α) и лиганд, индуцирующих апоптоз, связанный с фактором некроза опухолей (TRAIL) определяли в венозной крови на плат-



форме LumineX 200 (технология xMAP), используя набор EMD Millipore's MILLIPLEXmap Human Circulating Biomarker. Результаты полученных исследований выражали в пг/мл и нг/мл.

Результаты представлены в виде медианы (первого и третьего квартиля). Для сравнения данных применяли U-критерий Манна-Уитни. Критическое значение уровня значимости составило $p < 0,05$.

Результаты

FasL, фиксированный на клеточной поверхности или присутствующий в растворимой форме в сыворотке крови, является индуктором апоптотической гибели клеток. У пациенток с ПЭ в крови отмечали достоверное снижение содержания sFasL 32,3 (11,5; 50,9) пг/мл против 61,1 (43,1; 80,9) пг/мл ($p=0,002$). Еще один цитокин, запускающий апоптоз клеток – TRAIL, также статистически значимо был снижен у женщин с ПЭ и составлял 192 (149; 221) пг/мл против 247 (210; 283) пг/мл ($p=0,001$) по сравнению со здоровыми женщинами. Растворимый sFas, напротив, выступает в качестве противоапоптотического фактора. У женщин с ПЭ его содержание было больше в 1,74 раза, чем у здоровых женщин (1,43 (0,89; 1,91) нг/мл, против 0,82 (0,74; 1,07) нг/мл). Концентрация фактора некроза опухоли альфа у пациенток с ПЭ достоверно не отличалось от значений у здоровых женщин.

Заключение

Таким образом, в крови у больных с ПЭ диагностировали снижение концентрации факторов инициирующих апоптотическую гибель клеток, на фоне увеличения sFas, ингибирующего индукцию апоптоза. Нарушение регуляции апоптоза клеток у больных с ПЭ может лежать в основе патогенеза этой патологии.

ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА ПОЛОВОГО ТРАКТА ПАЦИЕНТОК С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Дамиров М.М., Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П.

г. Москва

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



Актуальность

Аннотация. Представлены данные о частоте обнаружения содержания инфекционных возбудителей во внутренних половых органах у пациенток с внутриматочной патологией. Отмечено частое выявление инфекционных агентов у данной группы больных.

Abstract. The detection frequency of infectious pathogens inside the genital organs of patients with intrauterine pathology are presented. An increase of the detection infectious agents in this group of patients was noted.

Актуальность. Сохранение репродуктивного здоровья женщин – приоритетная задача национальной политики страны в настоящее время.

Цель

Изучение инфекционного статуса репродуктивного тракта у пациенток с внутриматочной патологией в репродуктивном возрасте.

Материалы и методы

Проведен анализ частоты выявления инфекций репродуктивного тракта у пациенток с разными видами внутриматочной патологии. Обследовано 53 пациентки, у которых при гистологическом исследовании диагностированы полипы эндометрия – у 28 женщин, гиперплазия без атипии у 14 пациенток, миома матки – у 11. 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*.

Результаты

Среди наблюдаемой группы пациенток различные инфекционные агенты были выявлены у 20 (37%) женщин. Наиболее часто встречалась *Gardnerella vaginalis*: выявлена в образцах из цервикального канала и полости матки у 11 (20,4%) пациенток. Другой наиболее часто выявляемый инфекционный агент – *Ureaplasma parvum*, которая была обнаружена у 3 (5,6%) пациенток. Такие инфекции, как: *Ureaplasma Urealiticum*, *Mycoplasma hominis*, ВПЧ 31, 33, 35, 56 типы были обнаружены в 1 случае, что составляет 4,2% для каждого вида. Зависимости типа инфекционного агента от диагностируемой нозологии не выявлено. При анализе результатов бактериологического посева из полости матки, полученного до начала операции рост условно-патогенной флоры обнаружен в 18 (33,3%) случаях. Полученные результаты согласуются с данными литературы по частоте сочетания внутриматочной патологии и хронического эндометрита. Вместе с тем, в нашем исследовании этиологически значимый возбудитель, выделенный из полости матки в концентрации 10^4 – 10^5 и выше КОЕ/мл, отмечен у 6 пациенток, что составляет 11,1% (от общего числа пациенток, участвующих в исследовании). Из наиболее значимой условно-пато-



генной флоры обнаружен рост *Enterococcus faecalis* – 3 случая (5,6%), *Escherichia coli* -1 случай (1,9%), *Streptococcus gallolyticus* – 1 случай (1,9%).

Заключение

Таким образом, принимая во внимание высокую частоту выявления различных инфекционных агентов полового тракта у пациенток с внутриматочной патологией в репродуктивном периоде, необходимо включение тестирования на инфекционный статус и проведение деэскалационной терапии по показаниям.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ И МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЕ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Дамиров М.М., Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П.,
Боровкова Н.В.

г. Москва

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

Актуальность

Аннотация. Представлены данные об изменении содержания факторов регуляторов апоптоза у пациенток с гиперпластическими процессами. Развитие гиперплазии эндометрия (ГЭ) может быть связано с нарушением регуляции апоптоза клеток, опосредованного системой Fas/FasL.

Abstract. Endometrial hyperplasia (EH) may be associated with dysregulation of cell apoptosis mediated by the Fas/FasL system in a group of women with this type of disease.

Актуальность. Изучение факторов регуляции апоптоза у пациенток с внутриматочной патологией является актуальной задачей в исследовании данной патологии.

Цель

Изучить показатели пролиферации и апоптоза у пациенток с внутриматочной патологией в репродуктивном периоде.

Материалы и методы

В исследование включены 53 пациентки с гиперпластическими процессами, у которых при морфологическом исследовании диагностирована гиперплазия без атипии у 14 пациенток, миома матки – у 11, полип эндометрия – у 28. Материал забирали интраопера-



ционно перед проведением гистеро/гистерорезектоскопии. В качестве группы сравнения обследовали 20 здоровых женщин в возрасте от 19 до 49 лет.

Результаты

Выявлена более высокая экспрессия Fas на лимфоцитах у пациенток с патологией эндометрия, при более низком уровне апоптотических лимфоцитов в венозной крови, по сравнению с здоровыми женщинами. Несмотря на более низкое содержание апоптотических клеток у пациенток с ГЭ, по сравнению с другими группами, достоверных различий не выявлено. Отмечено, что концентрация растворимой молекулы Fas в плазме крови пациенток исследуемых групп существенно выше у пациенток с ГЭ, по сравнению с пациентками из других групп и здоровыми женщинами. Повышенное содержание растворимого Fas у пациенток с ГЭ отражает нарушение процессов инициации апоптотической гибели и лежит в основе патогенеза гиперплазии эндометрия. Иницирующим соответствующий сигнал агентом служит FasL, который может быть фиксирован на клеточной поверхности или находится в растворенной форме. Содержание данного проапоптотического фактора у женщин с полипами эндометрия и миомой матки соответствовали значениям здоровых женщин, тогда как у пациенток с ГЭ этот фактор был снижен в 2 раза. Фактор некроза опухолей альфа приводит к инициации апоптоза клеток при связывании с рецептором первого типа (TNFR1), присутствующим на большинстве клеток организма. В проведенном исследовании значимых отличий концентрации TNF- α у пациенток исследуемых групп не выявлено. Концентрация еще одного индуктора внешнего пути апоптотической гибели клеток, лиганда, связанного с фактором некроза опухоли (TRAIL) была у пациенток с полипами и ГЭ ниже, в сравнении с группой контроля.

Заключение

Развитие ГЭ может быть обусловлено нарушением регуляции апоптоза клеток, опосредованного системой Fas/FasL. Путь индукции апоптоза клеток эндометрия, опосредованный системой Fas/FasL, может быть вовлечен в развитие ГЭ, однако детализация этого процесса требует дальнейшего изучения.

ПРИМЕНЕНИЕ АКУШЕРСКОГО РАЗГРУЗОЧНОГО ПЕССАРИЯ С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

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

Беременность, наступившая при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий, составляет группу высокого риска по возникновению поздних самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов. Невынашивание беременности во II и III триместрах могут быть спровоцированы функциональной недостаточностью шейки матки.

Цель

Проанализировать течение беременности и родов у женщин с многоплодием, наступившей после применения вспомогательных репродуктивных технологий, а также оценить результаты применения акушерского разгрузочного пессария в качестве профилактики невынашивания.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 100 пациенток с многоплодной беременностью. Они были разделены на две группы: I основная – 70 пациенток, у которых применялись методы вспомогательных репродуктивных технологий; II контрольная – 30 пациенток, у которых беременность наступила самостоятельно. Первая группа была разделена на две подгруппы: Ia – 35 пациенток, которым был установлен акушерский пессарий; Ib – 35 пациенток, отказавшихся от установления пессария. По данным цервикометрии у большинства пациенток этой подгруппы в разные сроки беременности была диагностирована короткая шейка матки (менее 25 мм) и раскрытие цервикального канала до 15 мм. В связи с отказом пациенток этим пациенткам не был установлен пессарий и не накладывался шов на шейку матки.

Результаты

При анализе был выявлен ряд осложнений. В Ia подгруппе угроза позднего выкидыша регистрировалась у 4 (11,4%), во Ib подгруппе – у 6 (17,1%), в контрольной группе – у 4 (13,3%). Угроза преждевременных родов – у 6 (17,1%) – Ia подгруппы, у 25 (71,4%) – Ib подгруппы и у 21 (70%) контрольной группы. Из Ia подгруппы до сроков родоразрешения беременность доносила 31 (88,6%). У 1 (2,8%) – острый дистресс одного плода на фоне преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в 35 недель. У 2 (5,7%) – спонтанные преждевременные роды в сроке 32 и 34 недели. У 5 (14,3%) – преждевременный разрыв плодных оболочек, из них у 1 (2,8%) в сроке 29 недель. 2 (5,7%) женщины родили самостоятельно, 33 (94,2%) – кесарево сечение. Из Ib подгруппы у 28 (80%) – преждевременные роды. У 13 (37,1%) – преждевременный разрыв плодных оболочек,



у 12 (34,3%) – преждевременные роды, вызванные истмико-цервикальной недостаточностью, у 2 (5,7%) – дистресс обоих плодов на фоне тяжелой преэклампсии (в сроке 30–34 недели), у 1 (2,8%) – антенатальная гибель 2-х плодов из моноамниотической монохориальной двойни (в сроке 24 недели). Роды через естественные родовые пути – у 11 (31,4%), кесарево сечение – у 24 (68,6%). В контрольной группе: 16 (53,3%) доносили беременность сроков родоразрешения. Преждевременные роды – у 14 (46,6%) пациенток: у 9 (30%) в связи с развитием истмико-цервикальной недостаточности в сроке 26–35 недель, у 4 (13,3%) – в связи с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке 32–34 недели, у 1 (3,3%) – в связи с дистрессом обоих плодов на фоне тяжелой преэклампсии в 30 недель. Роды через естественные родовые пути – у 6 (20%) пациенток, у 24 (80%) – кесарево сечение.

Заключение

У пациенток с многоплодной беременностью после применения вспомогательных репродуктивных технологий, у которых с профилактической целью невынашивания не применяли акушерский разгрузочный пессарий, наблюдался высокий процент (80%) возникновения преждевременных родов. У пациенток, которым был установлен пессарий он составил 5,7%. Таким образом, данным пациенткам с целью профилактики невынашивания рекомендуется применять разгрузочный акушерский пессарий.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОГО АНГИОГЕНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.

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

Пандемия COVID-19 затронула все население планеты, и беременные женщины не явились исключением. При внутриутробном развитии плода в плаценте женщины имеет место высокий уровень ангиогенеза и васкулогенеза, на который очень сильно влияет данный коронавирус. В плаценте вырабатываются многочисленные про- и антиангиогенные белки, значимые на этапах васкуляризации и развития плаценты, в том числе семейство VEGF и плацентарный фактор роста (PIGF).



Цель

Анализ влияния коронавирусной болезни на плацентарный ангиогенез.

Материалы и методы

Проведено проспективное когортное исследование с участием 40 беременных пациенток с COVID-19 (диагноз подтвержден с помощью полимеразной цепной реакции), и 10 беременных COVID-19 негативных пациенток с физиологическим течением беременности, которые служили контрольной группой. COVID-19 положительные пациентки были разделены на 3 группы: I группа – 10 (25%) беременных, которым установлен диагноз COVID-19 в I триместре беременности; II группа – 15 (37,5%) – во II триместре; III группа – 15 (37,5%) в III триместре. Образцы крови для исследования отбирались в III триместре. Состояние плода оценивали с помощью ультразвукового исследования с доплерометрией и кардиотокографии. Снижение амплитуды колебаний менее 3 ударов в минуту, отсутствие акселераций и появление децелераций, свидетельствовали о выраженных признаках гипоксии у плода и требовали своевременного лечения и решения вопроса о срочном родоразрешении. Статистический анализ включал Statistica - 10.

Результаты

Мы определили, что в крови пациенток контрольной группы концентрация ангиогенного фактора VEGF составляла $95,30 \pm 5,65$ пг/мл. У пациенток, перенесших COVID-19 в I триместре, этот показатель был выше в 1,3 раза ($p < 0,001$); во II триместре – выше в 1,63 раза; в III триместре – в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Что касается концентрации плацентарного фактора роста PlGF, то в I группе она была выше в 1,3 раза ($p < 0,001$); выше на 16% во II группе ($p < 0,001$); и на 30% – в III группе ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. Концентрация интерлейкина 32 составила $67,27 \pm 5,63$ пг/мл у женщин с физиологическим течением беременности. В I группе он увеличился на 67% ($p < 0,001$), во II группе – в 2,8 раза и в 6,3 раза ($425,5 \pm 17,25$ пг/мл) в III группе ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой.

Заключение

На основе проведенных исследований можно утверждать, что COVID-19 оказывает негативное влияние на плацентарный ангиогенез. Это подтверждается показателями сосудистого эндотелиального фактора роста A (VEGF) и плацентарного фактора роста (PlGF). Постковидный синдром – это иммунозависимая патология, при которой в организме беременных пациенток происходят процессы продолжительной активации цитокинов.



ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.Н., Данькин К.В.

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

Синдром поликистозных яичников является самым распространенным эндокринным заболеванием у женщин репродуктивного возраста и часто связан с репродуктивными неудачами и метаболическими нарушениями. По данным одного из мультицентровых когортных исследований мирового научного сообщества, почти треть пациенток с бесплодием, вызванным синдромом поликистозных яичников, имеют метаболический синдром.

Цель

Оценить распространенность и влияние метаболического синдрома на клинические результаты среди пациенток, проходящих лечение с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 157 амбулаторных медицинских карт пациенток с диагнозом бесплодие и синдромом поликистозных яичников, которые прошли лечение методом экстракорпорального оплодотворения. К статистической обработке были отобраны анамнестические данные относительно вида и длительности бесплодия, наличия сопутствующей патологии, результатов предварительного лечения, данных объективного обследования и дополнительных методов исследований нарушений метаболического профиля.

Результаты

Метаболические нарушения, такие как инсулинорезистентность, дислипидемия, ожирение или гипергликемия, были выявлены у 104 пациенток (66,3%). Из них у 40 пациенток была избыточная масса тела, а 64 пациентки имели ожирение разных степеней. У 46 пациенток (29,3%) диагностирован метаболический синдром. Эти пациентки имели предварительные неудачи при стимуляции овуляции клостилбегитом, внутриматочной



инсеминации и в протоколах экстракорпорального оплодотворения. У 34,4% пациенток в анамнезе было от 1 до 4 неудачных попыток внутриматочной инсеминации. У 26 пациентов была неудачная попытка экстракорпорального оплодотворения в анамнезе.

Заключение

Для синдрома поликистозных яичников характерны метаболические расстройства, негативно влияющие на женскую фертильность, результаты экстракорпорального оплодотворения и клинические результаты наступления беременности. Перспективны для дальнейшего изучения принципы коррекции этих нарушений, в том числе применение патогенетически обоснованной прегравидарной терапии с целью повышения результативности применения вспомогательных репродуктивных технологий у данной когорты пациенток.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВИТАМИНА D ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ

Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Виноградова И.В., Грузинова Е.Н., Сидорова Т.Н.

г. Чебоксары

Марийский государственный университет, Россия; Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Россия

Актуальность

Витамин D принимает участие в процессе имплантации, функционировании плаценты и эпигенетическом программировании плода. Низкая обеспеченность витамином D влияет на развитие плода, новорожденного и качество здоровья во взрослой жизни. Проведен сравнительный анализ состояния новорожденных в зависимости от уровня витамина D во время гестации.

Сравнительный анализ здоровья новорожденных показал, что новорожденные пациенток, не получавших препараты витамина D, родились с меньшей массой тела и более низкой оценкой по шкале Апгар, большим количеством перинатальных осложнений – это подтверждает важную роль обеспеченности витамином D в функционировании системы мать–плацента–плод.

Цель

Оценить состояние здоровья новорожденных в зависимости от уровня витамина d во время гестации.



Материалы и методы

В настоящее исследование включены 68 женщин и их новорожденные дети. В основную группу исследования вошли 36 беременных, которые во время беременности принимали препараты витамина D, в группу сравнения были включены 32 беременные, которые не получали препараты витамина D. Перед родоразрешением при поступлении в акушерское отделение определяли уровень 25(OH)D в венозной крови женщин и затем у новорожденных детей в крови из пуповины.

Статистическую обработку результатов исследования проводили пакетом программ Statistica for Windows (версия 6.1), где рассчитывали среднюю арифметическую и стандартную ошибку ($M \pm m$).

Результаты

У 36 пациенток (основная группа), принимавших препараты витамина D, уровень 25(OH)D соответствовал $32,4 \pm 1,1$ нг/мл. В группе сравнения, включавшей 32 беременные, не принимавшие по разным причинам препараты витамина D, уровень 25(OH)D в венозной крови составил $19,8 \pm 1,3$ нг/мл ($p=0,002$) – недостаточность витамина D в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации эндокринологов России (2015 г.).

У беременных, получавших препараты витамина D, родились доношенные дети, их масса составила в среднем 3423 ± 182 г, у беременных, не получавших препараты витамина D, масса детей достигала в среднем 2875 ± 261 г ($p=0,091$). При оценке по шкале Апгар было выявлено, что 26 новорожденных у пациенток, получавших препараты витамина D, (72,2%) родились с оценкой $8,4 \pm 1,6$ балла, уровень витамина D в крови пуповины составил $26,2 \pm 1,3$ нг/мл. В раннем неонатальном периоде выявил церебральную ишемию у 4 (11,1%); внутриутробную задержку роста плода – у 2 (5,6%), гипертоническую – у 2 (5,6%), внутрижелудочковые кровоизлияния – у 2 (5,6%), кефалогематому – у 1 (2,8%), повышенный уровень билирубина – у 3 (8,3%), внутриутробное инфицирование – у 2 детей (5,6%).

Оценка по шкале Апгар у 22 детей (68,8%) матерей, не принимавших препараты витамина D, в среднем составила $6,1 \pm 1,3$ балла, при синдроме задержки роста плода – $4,2 \pm 1,1$ балла, уровень 25(OH)D в крови пуповины составил $16,4 \pm 1,2$ нг/мл.

Заключение

Таким образом, обеспеченность витамином D новорожденного находится в прямой зависимости от уровня витамина D матери. Новорожденным, родившимся с дефицитом витамина D, для полноценного развития систем организма и профилактики метаболических нарушений необходим дополнительный прием препаратов витамина D. Назначение препаратов витамина D целесообразнее начать с периода прегравидарной подготовки для насыщения организма витамином D до нормальных показателей до зачатия.



ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Денисова Т.Г., Грузинова Е.Н., Тюрникова С.Р., Садардинова Р.Р., Денисова Е.А.

г. Чебоксары

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Институт
усовершенствования врачей, Больница скорой медицинской помощи, Санаторий
«Чувашиякурорт», г. Чебоксары Марийский государственный университет*

Актуальность

Репродуктивное здоровье женщин на современном этапе является основополагающим фактором, обеспечивающим здоровье будущих поколений России. Соответственно охрана соматического и репродуктивного здоровья женщин в настоящее время является приоритетным направлением здравоохранения. Более 50% женщин в возрасте 35 лет и старше страдают различными расстройствами мочеполовой сферы. Проявления заболеваний отрицательно влияют не только на физиологическое, но и на психоэмоциональное состояние пациентов, вызывают тревожность, бессонницу, раздражительность, могут приводить к депрессии, что снижает качество жизни. Магнитотерапия в гинекологии применяется в составе комплексной терапии для лечения эндометрита, кольпита, спаечных образований, альгоменореи, воспаления яичников, эндоцервицита, бесплодия и других патологий у женщин.

Цель

Оценить эффективность комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза при использовании экстракорпоральной магнитной терапии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ:

- 210 историй болезней (форма № 003/у);
- 210 карт диспансерного наблюдения в женской консультации (форма № 030/у);
- электронной базы данных санатория «Чувашиякурорт» – 210 пациенток.

Результаты

В гинекологическом отделении № 2 БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии ежегодно проходят лечение женщины с обострениями хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Воспалительные заболевания



органов малого таза представляют собой спектр воспалительных процессов в области верхних отделов репродуктивного тракта у женщин и могут включать любую комбинацию эндометрита, сальпингита, тазового ганглионеврита. Лечение острого процесса или хронического обострения требует антибактериального лечения; после окончания антибактериальной терапии, согласно клиническим рекомендациям Минздрава России, рекомендуется физиотерапевтическое лечение для закрепления результатов и достижения длительной ремиссии. В последнее время предпочтение отдается экстракорпоральной магнитной терапии. Пациенткам после выписки из стационара было рекомендовано обратиться в санаторий «Чувашиякурорт». За период с 2018 по 2020 год магнитотерапию на аппарате «Авантрон», в ходе процедуры пациентка ощущает ритмичные сокращения и расслабления мышц в области таза, вибрацию, получили более 210 женщин: 112 с диагнозом хронический сальпингоофорит, и 98 с диагнозом хронический сальпингоофорит, тазовый ганглионеврит. В последующем при прохождении ежегодных медицинских осмотров 96 (85,7%) пациенток с диагнозом хронический сальпингоофорит, и 76,(77,6%) пациенток с диагнозом хронический сальпингоофорит, тазовый ганглионеврит отмечали стойкую ремиссию хронического воспалительного процесса в малом тазу, которая была подтверждена клинико-лабораторными исследованиями. Кроме того, пациентки отмечали нормализацию менструального цикла, снижение проявлений предменструального синдрома.

Заключение

Физиотерапия является важной составляющей в лечении и профилактике акушерской и гинекологической патологии. Физические факторы целесообразно использовать как основные или вспомогательные методы лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОИМПЕДАНСНОГО МАММОГРАФА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОК С ЭСТРОГЕНЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Добренькая Г.С., Добренькая Е.М.

г. Астрахань

*ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань,
Российская Федерация*

Актуальность

Заболевания молочных желез продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного общества. За последнее десятилетие значительно выросла выявляемость



злокачественных новообразований молочных желез на ранних сроках, что является следствием внедряемых скрининговых программ.

Цель

Нами было изучено изменение электропроводности тканей молочных желез при проведении электроимпедансной компьютерной томомаммографии (ЭИТ) у пациенток с гинекологическими эстрогенозависимыми заболеваниями в сравнении со здоровыми пациентками.

Материалы и методы

С 2018 года по 2023 год нами было обследовано на электроимпедансном маммографе МЭМ 2350 женщин, которые были разделены на две группы: первая группа – контрольная, в нее вошли 1080 женщин с отсутствием гинекологической патологии (по данным ультразвукового исследования органов малого таза, бимануального гинекологического осмотра и данных гормонального статуса) и вторая группа – пациентки с эстрогенозависимыми гинекологическими заболеваниями в анамнезе (миома матки, гиперплазия эндометрия, эндометриоз), состоящую из 1270 женщин, на момент исследования не получающие терапию (в том числе гормональную и, иммуностропную). Проведению электроимпедансной маммографии предшествовала пальпация молочных желез, исследования проводились в фолликулярную фазу у менструирующих пациенток и в произвольный день у пациенток климактерического периода.

Результаты

По возрастным подгруппам пациентки распределились следующим образом: в первой группе – 15–19 лет – 32 человека, что составило 2,9%, 20–34 года – 372 человека, 34,5%, 35–54 лет – 668 человек, 61,9%, 55 лет и более – 8 человек, 0,7%. Во второй группе – 15–19 лет – 2 человека, что составило 0,2%, 20–34 года – 375 человека, 29,5%, 35–54 лет – 781 человек, 61,5%, 55 лет и более – 112 человек, 8,8%.

В первой группе пациенток при проведении электроимпедансной маммографии были выявлены следующие патологические изменения: фиброзно-кистозная мастопатия выявлена у 133 пациенток (53,2%), аденома молочной железы 6 – 2,2%, киста молочной железы 5–1,9%, липома молочной железы 1–0,4%, другие заболевания 3–1,2%. Если брать распределение по возрастным группам, то в группе 15–19 лет была диагностирована фиброзно-кистозная мастопатия у 3 человек, в группе 20–34 года – у 23 человек. Всего заболеваний в первой группе пациенток был выявлен 161 случай заболеваний, что составило 14,9%.

Во второй группе обследуемых при проведении электроимпедансной маммографии были выявлены: фиброзно-кистозная мастопатия у 478 пациенток (37,6%), аденома молочной железы 35 – 2,8%, киста молочной железы 112–8,8%, липома молочной железы 9–0,7%, состояние после оперативного лечения – 23–1,8%, другие заболевания 8–0,6%. Всего во второй группе пациенток выявлено 665 случаев патологии, что составило 52,4%.



Самая высокая заболеваемость наблюдается в группе пациенток с эстрогензависимыми гинекологическими заболеваниями, в возрастных группах 35–54 и 55 лет и старше, 72% и 80% соответственно.

При проведении электроимпедансной маммографии у 11 (1,2±0,01%) пациенток – у 3 человек контрольной группы и у 8 из второй группы, было выявлено значительное повышение электропроводности, что соответствует злокачественности, диагноз подтвердился при проведении УЗИ и при гистологическом исследовании биоматериала.

Заключение

Как показывают исследования при эстрогензависимых гинекологических заболеваниях происходят изменения электропроводности тканей молочных желез в соответствующих возрастных группах. Электроимпедансная маммография позволяет диагностировать мастопатии, одиночные и множественные кисты, а так же рак молочной железы. Перечисленные заболевания чаще выявлялись в группе пациенток с эстрогензависимыми заболеваниями, позволяя отнести их в группу повышенного риска и рекомендовать проведение электроимпедансной маммографии в динамике.

ВЛИЯНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕНЕСЕННЫХ В 3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО АДАПТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Жолудева П.А., Каледина Е.Я., Хороших Н.В.

г. Воронеж

*ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им.
Н.Н. Бурденко*

Актуальность

Резюме. Течение острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у беременных ассоциировано с патогенным влиянием вируса на фетоплацентарную систему с развитием гипоксии плода. Данное исследование направлено на выявление осложнений течения беременности и родов, влияние на состояния новорожденного после перенесенной в 3-м триместре беременности ОРВИ.

Summary. The course of acute respiratory viral infection (ARVI) among pregnant women requires special attention. This is due to the pathogenic effect of the virus on the fetoplacental system with the development of fetal hypoxia. This study is aimed at identifying complications



of pregnancy and childbirth, the impact on the newborn when a woman suffered ARVI in the 3rd trimester.

Введение. Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью острых респираторных вирусных заболеваний. Особенности течения респираторной инфекции, вызванной вирусом гриппа, у беременных объясняются патогенным влиянием вируса на фетоплацентарную систему и организм плода. Формирование в тканях плаценты патологических иммунных комплексов приводит к нарушению ее функции, к гипоксии плода, выявлен трансплацентарный перенос вирусных частиц. Все эти факторы способствуют формированию врожденных пороков развития и функциональным нарушениям у плода. Тяжесть заболевания и возможных неблагоприятных исходов обуславливает иммуносупрессия матери во время беременности, изменение метаболизма, высокая потребность в кислороде как для развития плода, так и для материнского организма.

Цель

Оценка влияния перенесенной матерью в конце 3-го триместра беременности и в родах острой респираторной вирусной инфекции на течение беременности, родов и состояние новорожденного в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 119 женщин, родивших на базе БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10» г. Воронежа в 2022 – 2023гг. Оценивались соматический, акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения беременности и родов, особенности течения и фармакотерапии ОРВИ, антропометрические показатели ребенка при рождении, оценка по шкале Апгар, лабораторные и инструментальные исследования, заключительный диагноз ребенка.

Результаты

У беременных, переболевших ОРВИ во время 3-го триместра беременности и родов отмечается увеличение числа случаев плацентарной недостаточности, дистресса плода, особенно при развитии бактериальных осложнений, что закономерно привело к росту частоты экстренных оперативных родоразрешений в указанных группах. У женщин, перенесших ОРВИ, чаще выявлялись хронические заболевания в анамнезе, что является фактором риска возникновения и осложненного течения инфекционных заболеваний. Также у матерей с ОРВИ наблюдалось более тяжелое течение родов, увеличение безводного промежутка, больший процент патологических родов и случаев дистресса плода. Со стороны новорожденного наблюдалось уменьшение антропометрических показателей, в особенности, массы тела при рождении, а также была ниже оценка по шкале Апгар. У детей от матерей, перенесших ОРВИ с бактериальными осложнениями во время беременности, в большинстве случаев был высокий риск инфекционного заболевания после рождения, чаще развивались дыхательные расстройства, большему количе-



ству требовалась антибактериальная терапия, значительно чаще была необходимость перевода ребенка в отделение реанимации и интенсивной терапии и последующее лечение в отделении патологии новорожденных.

Заключение

Перенесенная женщиной даже на поздних сроках беременности ОРВИ и сопутствующие осложнения определяют более тяжелый исход беременности и негативно влияют на состояние новорожденного в раннем неонатальном периоде.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Кирюхин О.Л., Кирюхина Л.Б., Мартынова Е.О.

г. Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность

В настоящее время высокая распространенность курения является одним из препятствий реализации Национальной программы демографической безопасности. По имеющимся статистическим данным распространённость табакокурения среди беременных женщин достигает 15–20%. Одной из причин отказа прекращать курение является скептическое отношение к никотину, как серьёзному фактору риска нарушений развития плода, а также затруднения медиков в выборе способа лечения никотиновой зависимости. Действительно, ряд лекарственных средств, в том числе и никотинзаместительная терапия, противопоказаны беременным. А одной психотерапии и «рационального консультирования» как правило бывает недостаточно.

Цель

Оценка эффективности лечения табакокурения у пациенток на ранних сроках беременности электросонотерапией по глазнично-затылочной методике.

Материалы и методы

В соответствии с этим, 120 курящих женщин со сроком беременности не более трёх месяцев были разделены на 2 статистически достоверные группы. Минимальный возраст составлял 17 лет, максимальный – 48 лет, средний возраст – $25,3 \pm 8,2$ лет. Пациенткам основной группы (19 человек) к психотерапии рационального направления предложили электросонотерапию аппаратом «Электросон Бр» по глазнично-затылочной методике в количестве 8 посещений. Пациентки второй группы (27 человек), отказавшиеся от фи-



зиотерапии или имевшие противопоказания к электролечению, послужили контрольной группой. Они посещали лишь сеансы рациональной психотерапии в группах по 5–6 человек в количестве 7–8 посещений. Результат лечения оценивали через 6 недель.

Результаты

Наибольшую эффективность в снижении «тяги к курению», как и ожидалось, обнаружила группа пациенток, получавших электросонотерапию. Ими было отмечено снижение тяги к курению, особенно после пятого-шестого сеанса физиотерапии (более чем в два раза по визуально-аналоговой шкале), стабильное состояние нервной системы (оценивалось с помощью цветового теста Люшера) и даже улучшение самочувствия при наличии гестозов первой половины беременности. Лечение хорошо переносилось во всех случаях, осложнений и побочных эффектов отмечено не было. В контрольной группе эффективность терапии зависела от степени мотивации клиенток. Лучшие результаты демонстрировали женщины с угрозой прерывания беременности, направленные на лечение врачами в полупринудительном порядке с активным предоставлением подробной информации о возможных неблагоприятных последствиях. Остальные пациентки требовали значительной поддержки, часто выходили из терапии или переходили на, по их мнению, более безопасные способы потребления табака – электронные сигареты, вэйп и различные модификации кальянов. В результате на 6 неделе наблюдения полный отказ от курения был установлен в группе электротерапии у 94,7% исследуемых, в контрольной группе – у 37,9% женщин ($p < 0,01$). В отношении дальнейшего течения беременности между группами достоверных отличий не наблюдалось.

Заключение

Таким образом, электросонотерапия достоверно доказала свою эффективность при совместном использовании с психотерапией рационального направления. Подтверждена её безопасность и хорошая переносимость, что позволяет рекомендовать электросонотерапию для лечения никотиновой зависимости у курящих женщин на ранних сроках беременности.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ковалева Ю.В., Карпова А.А.

г. Санкт-Петербург

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



Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) характеризуется широким спектром метаболических расстройств, таких как ожирение, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), гиперинсулинемия, ассоциированных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета (СД) 2 типа.

Цель

Изучить маркеры инсулинорезистентности при различных фенотипах СПКЯ у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Проведено полное клинико-лабораторное обследование 112 женщин репродуктивного возраста от 16 до 38 лет (средний возраст составил $27,9 \pm 4,1$ года) с СПКЯ, которые в соответствии с фенотипами (А, В, С, D) были распределены на 4 группы.

В ходе обследования определяли содержание в сыворотке крови фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, глобулина, связывающего половые гормоны, общего тестостерона, 17-гидроксипрогестерона, андростендиона (А4), пролактина, тиреотропного гормона. Оценивали пероральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с исследованием уровня глюкозы в плазме крови натощак и через 2 ч после приема 75 г глюкозы и определением уровня инсулина на фоне углеводной нагрузки; для оценки инсулинорезистентности использовали индекс НОМА-IR (Homeostatic model assessment). Выполнялось исследование липидного спектра крови. Оценка овуляторности менструального цикла проводилась на основании исследования уровня прогестерона в сыворотке крови или при УЗИ органов малого таза на 20–23-й день цикла.

Результаты

Фенотип А (классический) СПКЯ установлен у 69 (61,6%) женщин, фенотип В (ановуляторный) – у 11 (9,8%), фенотип С (овуляторный) – у 3 (2,7%), фенотип D (неандрогенный) – у 30 (26,7%).

Частота встречаемости избыточной массы тела и ожирения составила среди пациенток с фенотипом А 60,8%, в группах с фенотипом В и С – 100%, фенотипом D – 36,7%.

Симптомы андрогензависимой дерматии имелись у 87,0% пациенток с фенотипом А, 90,9% с фенотипом В и 33,3% с фенотипом С. Наибольшая выраженность гирсутизма отмечена у пациенток с фенотипами А и В. При фенотипе А медиана уровня тестостерона составила 3,18 нмоль/л, ИСА 11,5% и А4 $9,64 \pm 2,11$ нг/мл; при фенотипе В аналогичные показатели составили $2,92 \pm 1,11$ нмоль/л, 9,6% и $6,12 \pm 2,66$ нг/мл соответственно.

НТГ по данным ОГТТ выявлена у 18,8% больных с фенотипом А, 27,3% с фенотипом В. Среди пациенток с неандрогенным и овуляторным фенотипами НТГ не встречалась. СД



2 типа выявлен у 11,6% с классическим фенотипом. Отмечено увеличение содержания инсулина натощак при андрогенных фенотипах СПКЯ, особенно А и В, по сравнению с неандрогенным. Повышение уровня стимулированного инсулина наблюдалось у 59,4% с фенотипом А, у 90,9% с фенотипом В, 66,7% с фенотипом С и 26,7% с фенотипом D.

Значения индекса НОМА-IR $\geq 3,9$ у женщин с фенотипами А и В встречались чаще, чем у женщин с овуляторным и неандрогенным фенотипом.

Дислипидемия чаще отмечалась при классическом и ановуляторном фенотипах – 68,1% и 72,7% соответственно. Гиперхолестеринемия была наиболее выражена у пациенток с фенотипом В, частота ее выявления при фенотипе А составила 59,4%, при фенотипе В – 81,8%.

Заключение

Нарушения углеводного обмена достоверно чаще встречались у женщин с классическим (А) и ановуляторным (В) фенотипами СПКЯ по сравнению с пациентками с неандрогенным (D) или овуляторным (С) фенотипами. Таким образом, у женщин с СПКЯ без гиперандрогении или с сохранной овуляцией даже при наличии гиперандрогении отмечена более благоприятная ситуация в отношении их метаболического статуса.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ И УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

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

Ивановская обл., г. Иваново

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Преждевременные роды (ПР) относятся к глобальным проблемам, поскольку определяют высокую частоту неонатальной заболеваемости и смертности. При этом привычное невынашивание беременности (ПНБ), которое также относится к большим акушерским синдромам, на настоящий момент остается важной и нерешенной задачей здравоохранения. Помимо того, что привычное невынашивание является полиэтиологичным забо-



лением, оно также ассоциировано с осложнениями гестации – существующей угрозой прерывания на протяжении всей беременности и высокой частотой ПР (7,2–11,9%). В связи с этим необходимо раннее выявление факторов риска и своевременная коррекция выявленных нарушений с целью профилактики возможных осложнений беременности.

Цель

Выявить факторы риска ПР у женщин с ПНБ в анамнезе и угрозой прерывания во втором триместре.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 93 женщин. Основную группу составили 26 женщин с ПНБ в анамнезе, у которых данная беременность завершилась ПР. В группу контроля вошли 67 беременных с ПНБ в анамнезе, у которых настоящая беременность завершилась своевременными родами. У всех женщин исследуемых групп наблюдалось развитие угрозы прерывания беременности в сроке 16–21 неделя 6 дней. Изучение медико-социальных особенностей у пациенток проводилось на основании добровольного информированного согласия методом анкетирования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета стандартных прикладных программ.

Результаты

Средний возраст женщин основной группы составил 32 (22–35) года, в группе контроля – 35 (25–42) лет ($p=0,042$). При оценке взаимоотношений в семье выявлено, что пациентки, у которых данная беременность завершилась ПР, чаще отмечали конфликты (34,6% и 13,4%; ОШ 2,6, 95% ДИ 1,2–5,8; $p=0,043$). Обращают внимание особенности пищевого поведения женщин исследуемых групп. Беременные основной группы реже употребляли куриные яйца (65,4% и 86,6%; ОШ 2,6, 95% ДИ 1,2–5,8; $p=0,043$), свежие овощи (23,1% и 49,3%; ОШ 0,5, 95% ДИ 0,2–1,0; $p=0,039$). Пациентки с ПР чаще отмечали курение во время настоящей беременности (7,7% и 4,5%) и употребление алкоголя (34,6% и 28,4%), однако достоверных различий выявлено не было. При оценке акушерско-гинекологического анамнеза беременные основной группы чаще отмечали эндометриоз (27,0% и 22,4%), нарушение менструальной функции (15,4% и 14,9%), мастопатию (7,7% и 1,5%), однако достоверных различий данных показателей выявлено не было. Женщины с ПР чаще отмечали угрожающие ПР в предыдущие беременности (34,6% и 11,9%; ОШ 3,8, 95% ДИ 1,5–9,6; $p=0,007$) и наличие аборт в анамнезе (46,2% и 29,9%; $p>0,05$). Пациентки, у которых данная беременность завершилась ПР, чаще отмечали хирургические вмешательства, затрагивающие органы малого таза (54,0% и 50,7%, $p>0,05$). Оценивая экстрагенитальные заболевания, выявлено, что женщины основной группы чаще страдали ожирением (15,4% и 10,4%), заболеваниями щитовидной железы (16,0% и 12,0%), имели аллергические реакции на пищевые продукты (27,0% и 12,0%) и лекарственные препараты (19,2% и 13,4%), однако статистически значимых различий выявлено не было. Беременные, у которых данная гестация завершилась своевременными родами, достоверно чаще прохо-



дили прегравидарное обследование с целью выяснения причины невынашивания (60,6% и 33,3%; ОШ 1,8, 95% ДИ 1,0–3,3; $p=0,04$).

Заключение

Социально-бытовые особенности, пищевое поведение, угрожающие преждевременные роды в анамнезе, отсутствие прегравидарной подготовки являются факторами риска преждевременных родов у женщин с привычным невынашиванием в анамнезе и угрозой прерывания во втором триместре.

КЛЕТочная ТЕРАПИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПОПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Креер С.А., Михалевич С.И., Полешко А.Г., Дражина О.Г.

г. Минск

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»*

Актуальность

В современной гинекологии возрастает интерес ученых к проблеме невынашивания беременности вследствие гипоплазии эндометрия. Перспективным могут быть исследования состояния эндометрия при многократных его повреждениях в результате воспалительных процессов, самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей и искусственных прерываний беременности, неоднократных неудачных попытках ЭКО. Считается, что толщина эндометрия менее 6–8 мм в период окна имплантации значительно уменьшает шансы на продуктивное зачатие. «Тонкий» эндометрий играет негативную роль в программах ВРТ, снижая вероятность наступления беременности в 9,1 раза. В настоящее время используют различные методы для лечения гипоплазии эндометрия (гормональная терапия, корректоры микроциркуляции – антикоагулянты, антиагреганты, ангиопротекторы, лечение конъюгированной гиалуронидазой, иммуномодулирующее лечение, мелсмонтерапия (гидролизатом плаценты), эфферентные методы – ультрафиолетовое и лазерное облучение аутокрови, физиотерапия – магнитотерапия, ультразвуковая кавитация, низкочастотная лазеротерапия, импульсная электротерапия, озонотерапия), PRP- терапия. Однако на сегодняшний день нет убедительной доказательной базы, несмотря на публикации демонстрирующие клиническую пользу их применения, особенно при ЭКО. В мире активно используют инновационные методы лечения стволовыми клетками для помощи женщинам репродуктивного возраста в гинекологии. И поэтому, интерес представляют исследования возможности применения ау-



тологичных мезенхимальных стволовых клеток в гинекологии. Необходим поиск новых подходов в терапии невынашивания беременности.

Цель

Определить возможности применения аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (МСК), способных к дифференцировке в эндометриально-децидуальном направлении для лечения невынашивания беременности при тонком эндометрии.

Материалы и методы

Объектом исследования являлись 10 пациенток в возрасте 18–49 лет с невынашиванием беременности при тонком эндометрии. Методы исследования: хирургический, культуральный.

Результаты

Разработаны критерии включения и исключения пациентов с невынашиванием беременности при гипоплазии эндометрия для проведения клинических исследований с использованием биомедицинского клеточного продукта (БМКП) на основе МСК способных к дифференцировке в эндометриально-децидуальном направлении. Разработан алгоритм и подобраны методы исследования пациентов с невынашиванием беременности и тонким эндометрием для дальнейшей клеточной терапии с применением указанного БМКП. Разработана форма информированного добровольного согласия пациента на забор биоматериала (эндометрий) и использование его в исследованиях. С информированного согласия осуществлено взятие биоматериала (ткань эндометрия) для получения через 3–4 недели МСК способных к дифференцировке в эндометриально-децидуальном направлении. Разработана схема введения данного БМКП в полость матки пациентам с невынашиванием беременности и гипоплазией эндометрия. На 7 сутки менструального цикла 10 пациентам проведена клеточная терапия согласно схеме введения. У всех пациентов после клеточной терапии не наблюдалось воспалительных изменений на основании данных клинико-лабораторных исследований, через 1 месяц у 80% пациентов на основании данных ультразвуковых исследований толщина эндометрия на 10 – 12 сутки менструального цикла была в пределах 6–8 мм, через 3 месяца на 10–12 сутки менструального цикла – 5–8 мм. В настоящее время исследование продолжается.

Заключение

Полученные данные позволяют утверждать, что из эндометрия можно получить мезенхимальные стволовые клетки, способные к дифференцировке в эндометриально-децидуальном направлении и применение данного клеточного продукта может способствовать сохранению репродуктивной функции у женщин с невынашиванием беременности вследствие гипоплазии эндометрия.



ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ И ПРЕЭКЛАМПСИЯ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В АКУШЕРСТВЕ

Лаврик М.В., Куземина Е.А., Казакова А.С., Ильина М.П.

г. Ульяновск

ГУЗ Ульяновская областная детская клиническая больница имени общественного и политического деятеля Ю.Ф. Горячева

Актуальность

Преэклампсия в акушерской практике является серьезной проблемой, представляющей опасное осложнение беременности и одну из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В России частота развития преэклампсии составляет около 8%. В период беременности происходят физиологические изменения в системе гемостаза, включая изменения в тромбоцитарном звене. С появлением гематологических анализаторов стало возможно исследовать размеры тромбоцитов и их характеристики, дополнительно к стандартным показателям общего анализа крови. За границей в клинической практик размеры тромбоцитов давно используются для определения их активности, однако многие врачи в России уделяют этим параметрам недостаточное внимание. Важной задачей является выявление факторов, способных предсказать развитие преэклампсии на ранних этапах для более точного ее прогнозирования на абулаторном этапе.

Цель

Исследование морфологических характеристик тромбоцитов и тромбоцитарных индексов (ТИ) и выявление информативных маркеров для прогнозирования развития преэклампсии у беременных с преэклампсией, поступивших в перинатальный центр «Мама» ГУЗ УОДКБ в 2023 г.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ данных историй родов 168 беременных с преэклампсией в возрасте от 23 до 40 лет. Общий анализ крови проводился на гематологическом анализаторе Sysmex XS-1000i. Тромбоцитарное звено гемограммы оценивалось по количеству тромбоцитов и ТИ: средний объем тромбоцитов (MPV), ширина распределения тромбоцитов (PDW), тромбокрит (PCT), отношение объема крупных тромбоцитов к общему объему тромбоцитов (P-LCR). Контрольную группу составило 50 женщин с нормальной беременностью, у которых исследованы те же показатели.



Результаты

В состоянии покоя тромбоцит представляет собой дискообразную безъядерную клетку, продолжительность жизни 8–10 дней. При повреждении эндотелия происходит активация тромбоцитов, приводя к их трансформации из плоского диска в сферическое тело, которое способно образовывать нерастворимый тромб. Это связано с изменением их мембраны и высвобождением из них биологически активных веществ. Популяция тромбоцитов разнообразна: она включает юные (незрелые), зрелые и старые формы, отличающиеся по размеру, функциональной активности, содержанию гранул, белков, гликогена и ферментов.

Установлено, что при поступлении в стационар 71% беременных с преэклампсией имели сниженное количество тромбоцитов, при этом средний объем тромбоцитов (MPV) у всех был повышен в диапазоне от 12,0 до 13,9 фл, у пяти женщин значение MPV на анализаторе не определялся. При исследовании крови под микроскопом было обнаружено, что тромбоциты имели различные размеры (увеличенный показатель PDW), а также присутствовали крупные круглые молодые тромбоциты с многочисленными отростками (макротромбоциты), что указывает на повышение их функциональной активности, включая их способность к адгезии и агрегации. Следовательно, по цифрам MPV можно судить, каких по зрелости тромбоцитов больше в сосудистом русле. Тромбоцитарная гистограмма смещалась вправо из-за увеличения числа крупных клеток (P-LCR).

После родов MPV постепенно снижался, а к пятому-шестому дню (перед выпиской) нормализовался у 134 женщин, у 24 – оставался без изменений, у 10 – увеличился и был неопределен на анализаторе. Увеличение MPV было связано с ухудшением состояния беременных и развитием эклампсии. У всех женщин значение тромбокрита (PCT) было ниже нормы, а отношение объема крупных тромбоцитов к общему объему (P-LCR) превышало норму. В контрольной группе количество тромбоцитов колебалось в пределах физиологической нормы, а тромбоцитарные индексы также оставались в норме.

Заключение

У беременных женщин с преэклампсией отмечается снижение количества тромбоцитов и повышение показателей MPV, PDW и P-LCR. Использование автоматических гематологических анализаторов для определения тромбоцитарных индексов может быть полезным инструментом для прогнозирования преэклампсии у беременных на амбулаторном этапе в женской консультации.



ПАРАУРЕТРАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. ОПЫТ УРОЛОГОВ

Лазарева Е.К., Гвоздев М.Ю.

г. Москва

ГКБ им. С.П. Боткина

Актуальность

В рутинной практике врача-уролога и врача-гинеколога парауретральные образования встречаются нечасто, в связи с чем часто возникают трудности с дифференциальной диагностикой тех или иных заболеваний и выбором верной тактики лечения. Среди парауретральных образований встречаются как образования парауретральной зоны (дивертикулы уретры, парауретральные кисты), так и образования стенок влагалища (кисты влагалища), выпадения и полипы слизистой оболочки уретры, и другие нозологии.

Цель

Целью исследования явилось повышение осведомленности коллег амбулаторного звена о данных патологиях.

Материалы и методы

В клинике урологии Российского университета медицины (бывш. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова) на базе городской клинической больницы им. С.И. Спасокукоцкого было проведено ретроспективное исследование 42 операции в объёме иссечения дивертикулов уретры, парауретральных кист, кист влагалища и кисты Гартнерова хода с 2022 по 2023 гг.

Отслеживались особенности жалоб пациенток, данные физикального осмотра, данные УЗИ и МРТ органов малого таза, осложнения хирургического вмешательства в ранний и поздний послеоперационные периоды.

Результаты

Пациентки были разделены по встречаемым нозологиям: 18 дивертикулов уретры, 20 парауретральных кист, 2 кисты влагалища, 1 киста бартолиниевой железы, 1 киста Гартнерова хода.

Возраст пациенток составил от 24 до 63 лет, при этом парауретральные кисты чаще встречались у пациенток более молодого возраста.

Среди характерных жалоб пациентки отмечали объёмное образование в области уретры, наличие болезненности и диспареунии (при этом в 90% болезненность была при



наличии дивертикула), прерывистое мочеиспускание (дриблинг), выделение гнойно-геморрагического или серозного содержимого из уретры или отсутствие выделения содержимого. В 100% случаях пациенткам перед операционным вмешательством выполнялась магнитно-резонансная томография органов малого таза с контрастированием.

100% пациенткам с симптоматическими парауретральными образованиями было предложено оперативное вмешательство.

100% хирургического вмешательства на дивертикуле уретры заканчивалось наличием дефекта стенки мочеиспускательного канала. Вскрытие стенки мочеиспускательного канала при иссечении парауретральной кисты встречалось в 10% случаях. В обоих случаях требовалось наложение двухрядных узловых швов на стенку уретры и катетеризация на срок 7–14 дней. При иссечении других парауретральных образований дефекта уретры не было. 4 пациентки (20%) обращались повторно с рецидивом возникновения дивертикула уретры. Рецидива других образований не отмечалось. У 3 пациенток (16%) в позднем послеоперационном периоде развилось недержание мочи, что потребовало последующей коррекции. Одна пациентка (5%) отметила развитие уретровлагалищного свища после операции, что потребовало проведения фистулопластики.

Заключение

Оценка результатов исследования показало трудности в дифференциальной диагностике заболевания на этапе амбулаторного звена в виду редкой встречаемости. Верный диагноз позволяет в кратчайшие сроки выбрать правильную тактику лечения. Оперативное вмешательство при наличии парауретральных образований показало свою эффективность, хотя не исключает рецидива заболевания. При выполнении оперативного вмешательства необходимо быть готовым к выполнению реконструкции стенки мочеиспускательного канала. Ввиду редкой встречаемости парауретральных образований оперативное лечение должно проводиться в специализированных стационарах. Данная тема представляет интерес для дальнейшего исследования, в том числе для большей осведомленности коллег амбулаторного звена, как урологов, так и гинекологов.

ПРЕДИКЦИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ ГЕПАТОЗЕ

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

г. Самара

Самарский государственный медицинский университет



Актуальность

Распространенность холестатического гепатоза или внутрипеченочного холестаза беременных (ВХБ, ICP) широко варьирует от 0,2 до 27% по всему миру в зависимости от расово-этнической принадлежности и географического места проживания. Данная патология печени часто приводит к развитию целого ряда осложнений гестации, таких как, преэклампсия, привычное невынашивание беременности, хроническая плацентарная недостаточность, антенатальная гибель плода и т.д., что подтверждает актуальность данного исследования.

Цель

Разработка персонализированного подхода к профилактике осложнений гестации в зависимости от выявленных факторов риска развития ВХБ, опираясь на Концепцию «4П» – медицины будущего.

Материалы и методы

Проведено комплексное обследование 190 беременных с ВХБ (1-я группа) и 100 женщин – (2 группа сравнения) без ВХБ. Проведены клиничко-статистические, иммунологические и биохимические исследования (протеинограмма, определение фракций липопротеидов, эффективной концентрации альбумина (ЭКА), общей концентрации альбумина (ОКА) и свободных желчных кислот, резерва связывания альбумина (РСА), индекса токсичности (ИТ), активности супероксиддисмутазы (СОД) Выявлены факторы риска развития ВХБ, представлена клиническая картина, состояние лабораторных показателей и характер гестационных осложнений, сформированы принципы профилактики осложнений гестации, включающие предикцию, превенцию, персонализацию и междисциплинарное взаимодействие.

Результаты

Проведенные клиничко-статистические исследования позволили нам выделить следующие, предрасполагающие к развитию внутрипеченочного холестаза факторы риска: профессиональная вредность (11,7%, во 2 группе – 2,0%) наследственная предрасположенность – холестатический гепатоз по материнской линии (27,5%, во 2 группе – 0%); высокая частота заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы у кровных родственников обследуемых беременных с ВХБ (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, желчнокаменная болезнь (65,0%, во 2 группе – 43,0%); перенесенные вирусные гепатиты (20,0%, во 2 группе – 6,0%); прием гепатотоксичных препаратов (20%, во 2 группе – 5,0%); различные заболевания желудочно-кишечного тракта у самой женщины (23%, во 2 группе – 6,0%); острый вирусный гепатит в анамнезе (20,0%, во 2 группе – 6,0%); гепатоз при предыдущей беременности (90,0%, во 2 группе – 0%); применение комбинированных оральных контрацептивов на протяжении двух и более лет (10,8%, во группе – 0%) до наступления данной беременности (абсолютная степень корре-



ляции по критериям Фишера; ранговая корреляция = 1,00). Создана шкала оценки степени тяжести ВХБ в баллах.

Для пациенток с ВХБ разработана индивидуальная программа прегравидарной подготовки, включающая витаминно – минеральные комплексы, антиоксиданты, энтеросорбенты, гепатопротекторы. Лечение продолжалось во время беременности и в периоде лактации. Женщины групп сравнения получали стандартную терапию. Проведенные мероприятия способствовали снижению всех осложнений беременности в 1,5–6 раз в группах, получавших персонализированную терапию, нормализации лабораторных показателей.

Заключение

Полученные данные подтверждают необходимость проведения профилактики осложнений беременности при ВХБ с благоприятными исходами для матери и плода.

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

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СПКЯ

Лобачевская О.С., Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Царева С.Н., Кучинская Т.П.

г. Минск

*Белорусский государственный медицинский университет, УЗ «6-ая городская
клиническая больница»*

Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является актуальной проблемой гинекологической эндокринологии. Частота среди женщин репродуктивного возраста составляет 11–16%, а в структуре эндокринного бесплодия до 75%. Ожирение при СПКЯ отмечается у 30–60%. Успех лечения больных с СПКЯ связан с восстановлением овуляции и достижением беременности у ранее бесплодных пациенток.

Цель

Определить наиболее оптимальный подход к лечению бесплодия при СПКЯ.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 65 медицинских карт пациенток с бесплодием, обусловленном СПКЯ. Все пациентки были разделены на 2 группы: I группу составили 31 па-



циентки (средний возраст $27,4 \pm 3,7$), впервые обратившиеся с бесплодием и СПКЯ в гинекологическое отделение медицинского центра «ЛОДЭ» в период с 2019–2022 гг. II группу составили 34 пациентки (средний возраст $28,3 \pm 3,8$), которым была проведена лапароскопия (ЛС) на базе УЗ «6-ая ГКБ» г. Минска (2016–2022 гг). Диагноз был установлен на основании основных критериев Роттердамского консенсуса по СПКЯ (2003). Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «Microsoft Excel 2010».

Результаты

Бесплодие I – 30 (96,7%), II – 1(3,2%) в 1 группе, во второй группе I – 29 пациенток (85,3%), II – 5 пациенток (14,7%); гирсутизм и акне – 6 (19,4%) и 5 (14,7%). ИМТ > 25 17 (54,8%, 1 группа), 15 пациенток (44,1%) 2 группа. Длительность бесплодия в 1 группе составила $2,6 \pm 1,5$, во 2 – $3,7 \pm 2,0$. Выявлены повышение соотношения ЛГ\ФСГ больше 2,5 у 80% пациентов 1 группы и у 61% второй; гиперандрогения у 68% и 52%, повышение пролактина и ТТГ – у 2 и 1 соответственно.

При проведении УЗИ органов малого таза увеличение объемов яичников выявлено у 95% пациенток. Средние объемы яичников составили: в 1 группе правый яичник – 13,9 см.³, левый – 14,3 см.³, во 2-й – 17,5 см.³ и 17,6 см.³ с наличием множества мелких включений.

У 17 (54,8%) пациенток с избыточной массой тела применялся препарат класса бигуанидов (Метформин), у 23 – комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенным эффектом в течение 6 мес. Стимулирующий эффект отмечен у 6. 17 пациенткам назначался Клостильбегид или Гонал, Прегнил и гормональная поддержка II фазы цикла препаратами прогестерона – всем пациентам. Из них у 13 (69%) отмечалась адекватная ответная реакция яичников.

Показаниями к проведению ЛС были неэффективность лечения – 56%, СПОН и патология маточных труб 35%, у 9% – совокупность показаний. У 20 пациенток установился регулярный менструальный цикл, у 13 (38,2%) – наступила беременность, 4 направлены на ЭКО.

Заключение

У пациенток с СПКЯ и наличием бесплодия лечение начинают с использованием методов, направленных на восстановление естественной фертильности. При наличии метаболических нарушений включают препараты, способствующие нормализации веса. Для восстановления фертильности применяются индукторы овуляции разных типов и хирургические методы (деструкцию ткани яичника с использованием лазера или электропунктура). При неэффективности данных методов показано ЭКО.

Резюме Проведен ретроспективный анализ обследования и лечения 65 пациенток с бесплодием и СПКЯ на амбулаторном и стационарном этапах, с целью выбора оптимального подхода к лечению. Resume A retrospective analysis of the examination and treatment of



65 patients with infertility and PCOS at outpatient and inpatient stages was carried out in order to select the optimal approach to treatment.

ДИАГНОСТИКА ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ

Логинава О.П.

г. Гомель

*ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 3% населения нашей планеты инфицированы HCV и 250тыс.человек ежегодно умирают в связи с заболеваниями, связанными с этой инфекцией. Острая фаза гепатита С, как правило, протекает со скудной симптоматикой, без желтухи, и большей частью остается не установленной, что в 80% случаев приводит к хронизации процесса. Иммунная реакция на HCV является самой медленной, что зачастую приводит к возможности диагностировать вирусный гепатит уже на стадии развившегося цирроза печени. Распространению вирусного гепатита С способствуют частые трансфузии компонентов крови, высокая частота инвазивных методов исследования, токсическое поражение печени. Важна диагностика гепатита С у беременных женщин. Риск заражения ребенка серопозитивной матерью в среднем составляет 2%, возрастает до 7% при выявлении РНК HCV в крови беременной. Гепатит С во время беременности может повышать риск развития внутрипеченочного холестаза, который, по современным представлениям, ассоциирован с высоким риском смерти плода.

Цель

Провести комплексную лабораторную диагностику гепатита С у беременных.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 2571 беременных женщин, проходившие плановое обследование, регламентированное клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденным постановлением № 17 от 10.02.2018 г. МЗ РБ. Материалом для исследования являлась сыворотка и плазма крови. Для скрининга проводилось определение anti-HCV IgG, методом автоматизированного ИФА на анализаторе VIDAS BioMerieux(Франция). При получении положительных результатов определения anti-HCV IgG сыворотка крови исследовалась на наличие антигена гепатита С. Определение core-Ag HCV выполнялось на иммунологическом анализаторе ARCHITECT i2000, Abbott(США). Пациенткам с поло-



жителям core-Ag HCV определяли количество HCV RNA (вирусную нагрузку) и генотип вируса гепатита С в плазме крови методом ПЦР с автоматической пробоподготовкой, на анализаторе m2000rt с детекцией результатов в режиме реального времени, Abbott (США). Для определения генотипа применялась ПЦР с обратной транскрипцией на анализаторе m2000rt, Abbott (США). Все исследования выполнялись на базе лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Результаты

В результате исследования, anti-HCV IgG обнаружены у 36 пациенток, что составило 1,4%, из них антиген гепатита С был положительным у 3 (0,11%) женщин. RNA HCV была детектирована во всех образцах с положительным антигеном HCV. Вирусная нагрузка в них составила 2024 МЕ/мл, 731436 МЕ/мл, 145093 МЕ/мл соответственно. После чего у этих пациенток был определен генотип вируса гепатита С, т.к. рекомендуемые в настоящее время схемы и длительность лечения, а также дозировка препаратов различаются в зависимости от генотипа вируса. В двух случаях определен 3 генотип, в одном 1 генотип 1b подтип вируса гепатита С.

Заключение

Таким образом, для беременных применимо стандартное скрининговое обследование с определением anti-HCV Ig M, G, и в случае положительного результата детекция core-Ag HCV, как альтернативы качественному определению RNA HCV, с последующим установлением вирусной нагрузки и генотипа вируса.

РН-МЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОТОПА

Логинова О.П., Медведева Ж.Н.

г. Гомель, Республика Беларусь

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

Актуальность

Между кислотами и щелочами в организме человека должно поддерживаться кислотно-щелочное равновесие. Для его характеристики используется показатель pH кислотности или щелочности биологических жидкостей, который определяется концентрацией ионов H^+ и OH^- . Хорошо известно, что нормальная микрофлора играет важную роль в поддержании гомеостаза всего организма. В состав нормальной микрофлоры влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста входит большое количество *Lactobacillus*



спр. (95–98%), которые продуцируют молочную кислоту и перекись водорода и тем самым поддерживают кислую реакцию влагалищного секрета – рН=3,7–4,5. Изменение рН влагалищного отделяемого указывает на наличие инфекционного процесса различной этиологии.

Цель

Изучить клиническое значение рН-метрии для оценки состояния микробиоты влагалищного биотопа в норме и при патологии шейки матки.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 115 женщин репродуктивного возраста (18–44 года). Средний возраст обследованных женщин составил $33,23 \pm 7,3$ года. 1-я группа (контрольная) – 48 женщин без патологии шейки матки, вторая группа – 35 женщин с дисплазией шейки матки различной степени, третья группа с воспалительным типом цитологического мазка – 31 женщина. У всех пациенток получено письменное информированное согласие для участия в исследовании. Измерение рН влагалища проводили с помощью бумажных тестовых полосок с определением уровня рН на основании изменения цвета; рН-метрию выполняли в области заднего свода влагалища. Все исследования выполнялись в лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в рамках финансируемого проекта БРФФИ «Изучить функциональные особенности резидентной микробиоты влагалища при различной степени тяжести предопухолевых поражений шейки матки у ВПЧ-положительных женщин репродуктивного возраста Гомельской области» № гос. регистрации: 20221047 от 04.07.2022.

Результаты

При определении рН вагинального секрета выявлены статистически значимые различия между контрольной группой и группой с дисплазиями шейки матки. Так в контрольной группе величина рН составила $4,19 \pm 0,48$, во второй группе (дисплазия) – $5,23 \pm 1,78$ ($p=0,00035$). В группе с воспалительным типом мазка уровень рН колебался в широких пределах от 2 до 12, среднее значение составило $4,97 \pm 2,16$. При сопоставлении результатов рН-метрии с результатами микробиологического исследования отделяемого влагалища отмечено, что в образцах с уровнями рН отличными от нормы было снижено количество лактобактерий, что указывало на наличие дисбиоза влагалища. В контрольной группе выраженный дисбиоз был определен у 8 (16,3%), а умеренный дисбиоз у 3 (6,1%) женщин. У пациенток с дисплазией абсолютный нормоценоз установлен лишь у 11 (31,4%) женщин, в 3-й группе выраженный дисбиоз выявлен в 32,3% образцов. Снижение количества лактобактерий у этих пациенток приводит к снижению формирования колонизационной резистентности, что повышает риск адгезии и проникновения патогенных микроорганизмов и вирусов, к развитию хронического воспаления. Полученные нами результаты исследования указывают на высокую диагностическую ценность рН-метрии. рН-метрия является быстрым и эффективным скрининговым тестом определения состо-



яния влагалищной среды, который дополняет диагностическую информацию об инфекционной патологии и состоянии резидентной микробиоты влагалища.

Заключение

Таким образом, показатель pH влагалищного секрета может быть использован как индикатор состояния влагалищного биотопа, он согласуется с количественной оценкой микробиоты влагалища и лактобактерий в ней. Может использоваться на амбулаторном этапе врачами гинекологами, как скрининговый тест.

S.AGALACTIAE – ПРИЧИНА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Логинова О.П., Шевченко Н.И.

г. Гомель, Республика Беларусь

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека»

Актуальность

Стрептококк группы В (СГВ, *Streptococcus agalactiae*) вызывает тяжело протекающие заболевания у новорожденных детей. Установлено, что 15–40% женщин являются носителями *S. agalactiae*, колонизирующей слизистые влагалища или прямой кишки. Рождение детей от *S. agalactiae*-инфицированных женщин в 50% сопровождается вертикальной трансмиссией возбудителя. Передача инфекции от инфицированной матери происходит, как правило, незадолго до родов или непосредственно во время родов. В подавляющем большинстве случаев новорожденные инфицируются СГВ во время родов от матери, причем чаще это происходит при вагинальном родоразрешении. Риск заболевания доношенного ребенка составляет 1–2%, недоношенного – 15–20%, а при сроке гестации менее 28 недель – практически 100%. *S. agalactiae* вызывает ранние неонатальные инфекции, такие как сепсис, менингит, пневмония, пиелонефрит, частота которых в разных странах колеблется от 0,2 до 5 и более на 1000 живорожденных детей. Эти инфекции могут приводить к летальным исходам и влиять на демографическую ситуацию в целом.

Цель

Определить частоту выделения *S. agalactiae* и его резистентность к антибактериальным препаратам при внутриутробных инфекциях у новорожденных.

Материалы и методы

Материалом для исследования явились 1396 образцов клинического материала от новорожденных с внутриутробной инфекцией. Проводился посев клинического материала



ла на кровяной агар. Посевы инкубировали в термостате с 5% CO₂ при температуре 37° С в течение 24–48 часов. Идентификация выросших колоний стрептококков до вида проводилась с использованием тест-систем rapid ID32 Strept (bioMérieux, Франция) или при помощи автоматического микробиологического анализатора VITEK 2 Compact на идентификационных картах VITEK GP (bioMérieux, Франция). Параллельно с идентификацией определялась чувствительность к основным группам антибактериальных препаратов. Определение чувствительности выполнялось на анализаторе VITEK 2 Compact, применяя диагностические карты AST-Strept с использованием экспертной системы «Global European-based+EUCAST-based» или на стрипах ATB Strept EU (bioMérieux, Франция). Для интерпретации результатов определения чувствительности руководствовались стандартом EUCAST. Контроль качества определения чувствительности к антибактериальным препаратам проводился с использованием контрольного штамма *E.faecalis* ATCC 29212. Все исследования выполнялись в группе бактериологических исследований лаборатории клеточных технологий ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Результаты

По результатам микробиологического исследования *S.agalactiae* был изолирован из 76(5,4%) клинических образцов. Стрептококки группы В выделялись из этих образцов в монокультуре. Это указывает на клиническую значимость выделенного возбудителя и позволяет подтвердить этиологию внутриутробной инфекции. По результатам определения чувствительности выделенных штаммов *S. agalactiae* установлено, что в 100% они были чувствительны к пенициллинам, фторхинолонам, ванкомицину, цефалоспорином. У 16 изолятов установлена резистентность к эритромицину, как маркерному препарату для макролидов. Как известно, при подозрении на инфекцию *Streptococcus agalactiae* препаратом выбора является бензилпенициллин (пенициллин G). Ампициллин является приемлемой альтернативой. Предпочтительно внутривенное введение препарата. При менингите дозы пенициллина/ампициллина увеличивают. Однако установлена резистентность к эритромицину у 21% штаммов, что необходимо учитывать при выборе препарата для стартовой эмпирической терапии.

Заключение

Таким образом, стрептококк группы В является значимым агентом при внутриутробной инфекции среди новорожденных детей. С целью профилактики возникновения внутриутробной инфекции следует строго соблюдать рекомендации клинического протокола по обследованию беременных женщин на носительство стрептококка группы В. Относительно высокая частота реализации инфекционного потенциала возбудителя у новорожденных группы риска требует внимания к вопросам диагностики носи-



тельства стрептококка группы В у беременных, включения данного вида исследования в стандарты наблюдения для этой категории пациенток с целью своевременной санации.

ВОЗМОЖНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ РОЖДАЕМОСТИ

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

г. Иваново

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

Актуальность

Задачей амбулаторного звена акушерско-гинекологической службы является снижение частоты нарушений репродуктивной функции, отказов от ее реализации

Цель

Оценить возможности амбулаторной акушерско-гинекологической службы в повышение рождаемости (на примере ЦФО).

Материалы и методы

Проведен статистический анализ отчетных форм №13, №30, №32 за 2022 год 16 субъектов ЦФО РФ (за исключением г.Москвы и Московской области) с расчетом экстенсивных показателей. С использованием метода экспертных оценок рассчитана потребность женщин 15–49 лет в медико-социально-психологической помощи.

Результаты

В последние годы достигнута высокая доступность медицинской помощи при бесплодии с применением процедур ВРТ, позволившая увеличить число рождений в 16 субъектах ЦФО в 2022 году на 2,2%. Перспективной с точки зрения потенциального вклада в рождаемость (на 9–11%) является задача по предотвращению самопроизвольных потерь беременностей, однако вследствие сложности ее реализации внимание сосредоточено на профилактике искусственных аборт. Организация работы кабинетов/центров медико-социально-психологической поддержки женщин (далее – ЦСМП), доабортного консультирования позволила в 2022 году сохранить беременность у 26,9% проконсультированных беременных женщин, обеспечив повышение рождаемости в ЦФО РФ на 4,4%. По мнению экспертов, наибольшее влияние на репродуктивный выбор беременных женщин, оказывает консультативная помощь психолога, акушера-гинеколога, вы-



полнение УЗИ-плода. Установлено, что ЦСМП имеются не во всех субъектах ЦФО, однако во всех регионах организовано консультирование женщин, обратившихся по поводу нежелательной беременности, участковыми акушерами-гинекологами и привлекаемыми на функциональной основе немедицинскими специалистами. Поскольку к задачам ЦСМП относится не только консультирование женщин в ситуации репродуктивного выбора, но и оказание помощи гораздо более широкому кругу пациентов: женщинам с репродуктивными потерями, вдовам, несовершеннолетним, целесообразно их организация во всех субъектах РФ с учетом мнения экспертов о потребности в различных видах медико-социально-психологической поддержки, составляющей по оценке экспертов 70,9 консультаций психолога, 14,4 консультации акушера-гинеколога ЦСМП, 6,2 консультации социального работника на 1000 женщин 15–49 лет.

Заключение

Организация медико-социально-психологической помощи женщинам не только в условиях репродуктивного выбора, но и с целью обеспечения возможности восстановления здоровья и прегравидарной подготовки после репродуктивных потерь, позволить увеличить вклад амбулаторного звена акушерско-гинекологической службы в рождаемость.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В ЦФО РФ. ТЕНДЕНЦИИ 2023 ГОДА

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

г. Иваново

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

Актуальность

Одной из главных задач службы родовспоможения является снижение предотвратимой материнской смертности. Оценка данного целевого показателя позволяет принимать оперативные меры по оптимизации организационно-ресурсного обеспечения на субъектовом и окружном уровнях.

Цель

Оценка эффективности принимаемых мер по профилактике материнской смертности, её причин в Центральном федеральном округе Российской Федерации (ЦФО РФ) в 2023 году.



Материалы и методы

Проведен статистический анализ учетных форм №003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти» (n=34), представленных субъектами ЦФО РФ. Статистическая обработка данных проведена с использованием прикладной программы «Microsoft Office Exel 2003».

Результаты

В 2023 году в ЦФО РФ имели место 34 случая материнской смерти. В структуре материнской смертности за анализируемый период преобладали женщины, умершие в сроке гестации свыше 22 недель: 82,3% (28 случаев). Случаев материнской смерти после внематочной беременности не зарегистрировано. Первое ранговое место среди причин материнской смертности занимали не прямые причины – экстрагенитальная патология (35,3%), на втором месте – акушерская эмболия (23,5%), на третьем – сепсис (17,6%), на четвертом-пятом – эклампсия и кровотечения (по 11,8% соответственно).

Анализ качества организации медицинской помощи показал, что у всех (100,0%) пациентов, умерших в стационаре, беременность завершилась в учреждениях II-го и III-го уровней, при этом в учреждениях родовспоможения высокой степени риска произошло большинство (61,7%) случаев материнской смерти от прямых причин. В отчетный период имели место 3 случая (8,8%) смерти беременных женщин, рожениц и родильниц на дому.

Оценка предотвратимости случаев материнской смерти свидетельствует о большой доле непредотвратимых исходов – 65,4%. Однако случаи гибели женщин в учреждениях родовспоможения от кровотечения и сепсиса свидетельствуют о дефектах наблюдения беременных на амбулаторном этапе, обусловивших развитие критических акушерских состояний.

Заключение

Результаты анализа причин материнской смертности в субъектах ЦФО РФ в 2023 году свидетельствуют о преобладании неуправляемых причин смерти и имеющихся резервах снижения неблагоприятных исходов критических акушерских состояний.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИСКУССТВЕННЫХ АБОРТОВ

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

г. Иваново



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

Актуальность

На возможности женской консультации по управлению репродуктивным выбором женщин с нежелательной беременностью оказывает влияние не только ресурсообеспеченность амбулаторного звена акушерско-гинекологической службы, но и медико-биологические, социально-психологические характеристики женщин.

Цель

Определить факторы риска прерывания беременности искусственным абортom.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов анкетирования беременных женщин с разным репродуктивным выбором (n=200), выходных отчетных форм №16 программы для ЭВМ «Мониторинг акушерско-гинекологической службы» за 2005, 2010, 2015, 2020 гг. с расчетом интенсивных показателей.

Результаты

В последние годы отмечается повышение эффективности доабортного консультирования беременных, обратившихся в женскую консультацию за проведением искусственного прерывания беременности. Вследствие неоднородности медико-биологических, социально-психологических характеристик контингента беременных с нежелательной беременностью есть пределы увеличения доли сохранивших беременность, несмотря на внедрение системы медико-социально-психологического сопровождения. К числу факторов риска искусственного аборта относятся следующие: «нежеланная беременность», «наличие двоих и более детей», «планируемое число детей не более одного ребенка», «высокая допустимость искусственного аборта», «осложненное течение предыдущей беременности/родов». Особого внимания заслуживает фактор «ранняя первая явка», являющийся высокоинформативным, коррелирующим с выраженностью намерения прервать беременность.

Фактор риска «нежеланная беременность», в наибольшей степени определяющий репродуктивный выбор женщины, в случае если по каким-то причинам беременность не была прервана, трансформируется в фактор риска отказа от новорожденного («нежеланный ребенок»), его частота в когорте беременных женщин, поступивших под наблюдение женской консультации составила в 2005 году – 18,5%, в 2010 году – 4,5%, в 2015 году – 3,1%, в 2020 году – 0,8%.

Женщина может оценить беременность как «нежелательную» чаще, если беременность была незапланированной, реже – если беременность была запланированной, но позднее,



или изменились жизненные обстоятельства: тяжелая болезнь, смерть близкого человека, разрыв отношений и т.д. Представляет интерес динамика частоты такого фактора как «незапланированная беременность» в когорте беременных, взятых на учет в женской консультации, составившего в 2000 году 31,2‰, в 2005 году – 57,3‰, в 2010 году – 16,4‰, в 2015 году – 25,1‰, в 2020 году – 6,3‰.

Заключение

Факторы риска прерывания беременности искусственным абортom следует учитывать не только при проведении медико-социально-психологического консультирования женщин с нежелательной беременностью, но и при планировании и проведении работы по её профилактике путем обеспечения охвата высокоэффективными средствами контрацепции.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Матюшонок Е.Н., Густоварова Т.А., Смирнова Т.И.

г. Смоленск

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность

Преждевременные роды (ПР) являются серьезной проблемой, с которой сталкивается современное акушерство во всем мире. Большое количество исследований было посвящено изучению возможностей диагностики и прогнозирования спонтанных ПР, однако на сегодняшний день еще не разработаны надежные методы скрининга с высокой чувствительностью, которые бы эффективно выявляли женщин, находящихся в группе риска, а также способные предотвращать ненужные вмешательства, дорогостоящее лечение и реабилитацию преждевременно рожденных новорожденных. Все вышеизложенное послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель

Применение искусственного интеллекта в области прогнозирования наступления ПР.

Материалы и методы

В период с января 2021 года по май 2022 года было проведено исследование в перинатальном центре областного государственного бюджетного учреждения здравоохра-



ния «Клиническая больница №1» города Смоленск. В ходе исследования обследованы 120 пациенток, обратившихся с жалобами на боли внизу живота тянущего характера как при доношенном сроке беременности, так и преждевременно. В ходе исследования проанализированы результаты клинико-anamnestических, лабораторно-инструментальных исследований, а также тестирования с использованием методики «САН» в адаптации Н.А. Курганского и определения типа психологического компонента гестационной доминанты.

Результаты

Созданная программа прогнозирования ПР при помощи искусственного интеллекта вычисляет процентное соотношение возможного риска их наступления. Конечный результат выдается после анализа 31 диагностического критерия. Искусственная нейронная сеть делит выходные значения на две группы. Риск наступления ПР в данную беременность высокий при показателе более или равном 70%; низкий – менее 70%.

Заключение

Предложенный способ прогнозирования риска наступления ПР у беременной женщины при помощи искусственного интеллекта экономичен и не инвазивен, может применяться как в женской консультации, так и в приемном отделении родильных домов с целью своевременного оказания специализированной медицинской помощи.

ОЦЕНКА ПРОФИЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПОДКОЖНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ИМПЛАНТАТ, СОДЕРЖАЩИЙ ЭТНОГЕСТРЕЛ. РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

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

г. Москва

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

Актуальность

Обратимые методы контрацепции длительного действия характеризуются высокой эффективностью, приемлемостью и не требуют дополнительного участия женщины в процессе их использовании. Одним из самых эффективных методов контрацепции (индекс Перля = 0,05) в настоящее время является рентгеноконтрастный имплантат, содержащий



68 мг этоногестрел (Импланон НКСТ®). Подкожный имплантат обеспечивает постепенную и стабильную доставку этоногестрела в кровь, минуя первичный метаболизм в печени. Особенностью всех только гестаген, содержащих контрацептивов, в том числе и Импланона НКСТ®, является изменение профиля маточных кровотечений, что иногда приводит к отказу использования данных методов.

Цель

Оценить профиль маточных кровотечений и распространенность других нежелательных явлений, связанных с применением подкожного контрацептивного имплантата, содержащего этоногестрел (Импланон НКСТ®) и изучение причин прекращения его использования.

Материалы и методы

Были проанализированы данные медицинских карт пациенток (n=153), применявших Импланон НКСТ® в период с 2010 по 2023 гг., изучались записи о нежелательных явлениях, маточных кровотечениях, способах их коррекции и причины прекращения приема имплантата. Профиль кровотечений оценивался с помощью анализа референсных периодов, предложенных Всемирной организацией здравоохранения.

Результаты

В течение трех лет использования Импланон НКСТ® среднее число дней маточных кровотечений колебалось от 7 до 13. Среднее число эпизодов маточных кровотечений составило 3 эпизода в каждом референсном периоде. Частые маточные кровотечения встречались у каждой 15 пациентки, длительные – у каждой 5 женщины. Наибольшая продолжительность эпизодов кровотечений была отмечена в первый год применения Импланон НКСТ®, а аменорея встречалась у 24,8% женщин. Нормальный профиль маточных кровотечений за все время исследования наблюдался у 45,7% пациенток. Медикаментозная коррекция потребовалась 61 пациентке с жалобами на неудовлетворительный профиль маточных кровотечений. 24 женщины продолжили применение Импланона НКСТ® после медикаментозной коррекции и повторного консультирования. Досрочное удаление имплантата потребовалось в 24,2% (n=37). Другие нежелательные явления (НЯ) при применении Импланон НКСТ® наблюдались у 71 (46,4%) женщины. Наиболее часто встречающимися НЯ были функциональные кисты, масталгия, повышение аппетита, снижение либидо, головокружение, акне. Большинство этих НЯ носили транзиторный характер, не требовали коррекции и не являлись причиной удаления имплантата.

Заключение

В среднем профиль маточных кровотечений на фоне применения имплантата с этоногестрелом был сопоставим с нормальным менструальным циклом. У части женщин наблюдалось изменение профиля маточных кровотечений, в виде аменореи, частых и длительных кровотечений, что снижало длительность использования данного метода



контрацепции. Пациентки с неудовлетворительным профилем маточных кровотечений требовали медикаментозной коррекции, после отмены которой кровотечения возобновлялись. Тщательное консультирование до и после назначения Импланон НКСТ® повышает его приемлемость. 90,2% женщин продолжает использование Импланон НКСТ® более года.

СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН ВУЛЬВЫ. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

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

г. Москва

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

Актуальность

Склероатрофический лихен вульвы (СЛВ) – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся очаговой дистрофией кожи и слизистых с преимущественной локализацией на половых органах, оказывающий значимое влияние на качество жизни. В связи с ограниченной эффективностью применяемых методов лечения, требуется дальнейшее их усовершенствование с учетом этиопатогенетических механизмов и профилактики рецидивов заболевания.

Цель

Сравнить эффективность и безопасность монотерапии глюкокортикостероидами (ГКС) и сочетанной терапии, включающей ГКС и крем Суперлимф® (ланолин с витаминно-минеральным белково-пептидным комплексом Суперлимф®) у женщин, страдающих СЛВ.

Материалы и методы

Обследованы 60 пациенток в возрасте от 20 до 68 лет с гистологически подтвержденным СЛВ, которые были рандомизированы на 2 группы: 1-я группа – 28 пациенток, получавших топический ГКС, 2-я группа – 32 пациентки, получавших топический ГКС в сочетании с крем-бальзамом Суперлимф®. Оценка эффективности проводилась на основании клинических данных через 3 мес. после начала терапии. Для объективизации оценки исходной степени поражения и динамики на фоне проводимой терапии использованы Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), индексы площади распространения (LS-S) и активности (LS-A) дерматоза.



Результаты

Клиническое улучшение состояния (стойкое исчезновение зуда, купирование воспаления, эпителизация эрозий и трещин, уменьшение выраженности депигментации и атрофии, статистически значимое снижение выраженности согласно ДИКЖ и показателей LS-S и LS-A) достигнуто в 1-й группе у 16 пациенток, во 2-й группе – у 22 пациенток (57 и 68% соответственно). Кроме того, у пациенток 2-й группы в некоторых аспектах жизни значение ДИКЖ (зуд, жжение, болезненность, взаимоотношения, сексуальная функция, учеба, работа, спорт) улучшилось более значительно, что отражало большую удовлетворенность от полученного лечения. За 3 мес. наблюдения нежелательных явлений в обеих группах зарегистрировано не было. При этом пациентки 2-й группы реже отмечали дискомфорт в области нанесения ГКС в связи с отсутствием выраженных проявлений стероид-ассоциированной атрофии.

Заключение

Применение крем-бальзама Суперлимф® в комбинированной терапии пациентов с СЛВ является безопасным и повышает эффективность лечения в сравнении с монотерапией ГКС.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ДЕФИЦИТА VII ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА

Милош Т.С.

г. Гродно, Беларусь

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность

Врожденный дефицит фактора VII – редкое аутосомно-рецессивное нарушение системы гемостаза, которое приводит к снижению образования тромбина и активации фибриногена, проявляется склонностью к кровотечениям – от бессимптомных до тяжелых проявлений кровоизлияний.

Цель

Представить клинический случай врожденного дефицита VII фактора свертывания крови у девочки-подростка.

Материалы и методы

Выполнено ретроспективное и проспективное изучение карты амбулаторной и стационарного больного.



Результаты

Девочка Л., 2010 г.р. из г. Волковыска, родилась от первой беременности, протекавшей 35–36 недель (рост 44 см. вес 1850 гр), при помощи кесарева сечения, экстренно. У девочки раннее развитие по возрасту. Гематологический анамнез не отягощен. Группа крови O(1), резус фактор положительный. Наличие пищевой аллергии. Не привита по возрасту (только в роддоме БЦЖ). При травме в 4 года (рассечение губы) возникло 30 минут кровотечение. Выпадение молочных зубов – без кровотечения. При паховой и пупочной герниопластике в 2014 и 2018 годах послеоперационного кровотечения не было. В анамнезе отмечены периодически носовые кровотечения с 5 лет – 1 эпизод в 3 месяца. За медицинской помощью не обращались.

Впервые обратились к акушеру-гинекологу с появлением менархе 11.04.2022, которые были обильные, длились по – 24.04.2022. Госпитализирована в ЦРБ с диагнозом: Ювенильное кровотечение (ЮМК). Для остановки потребовалось введение окситоцина, одногруппной свежемороженой плазмы (СЗП) и эритроцитарной массы с продолжением фитотерапии.

Пациентка обследована клинически и лабораторно согласно клиническим протоколам, осмотрена смежными специалистами, направлена в республиканский научно-практический центр детской онкологии и онкогематологии «РНПЦДОГИИ», где проведено лабораторное исследование системы гемостаза и обнаружено увеличение протромбинового времени со снижением активности факторов протромбинового комплекса за счет снижения активности фактора VII до 1,2% (норма 60–140%). Проведено молекулярно-генетическая диагностика, у ребенка определены мутации в гене FVII (секвенирование 1–9-го экзона) с заморозкой материала.

Повторное ЮМК с 15.08 2022 г. по 22 08.2022г. с трансфузией СЗП (1) Rh (+), введением окситоцина, транексамовой и аминокaproновой кислоты, фолиевая кислоты, тотемы, аскорутин,

29.06.2023 повторно обследована и консультирована в центре ГУ «РНПЦДОГИИ»: активность фактора VII 1,2% (10.05.2022), 1,8% (03.06.2022 1,4% (29.06.2023), активность факторов протромбинового комплекса 18% (29.06.2023). Республиканским консилиумом рекомендовано оказание неотложной помощи для остановки угрожающего жизни кровотечения (травма ЦНС, перелом длинных трубчатых костей, костей таза, полостная операция) болюсное введение рекомбинантного фактора rVII из расчета 80–90 мкг/кг, округляя результат до величины дозы препарата, содержащейся в 4 флаконах номиналом 1,2 мг. (1 флакон номиналом 10 мг). Повторное введение рекомбинантного фактора rVIIa каждые 3 часа до остановки кровотечения. При кровотечении из носа, со слизистой рта, при оказании стоматологической и гинекологической помощи – «Октаплекс» 40–50 МЕ/кг, что эквивалентно 2500 МЕ каждые 12 часов до остановки кровотечения. В качестве альтернативы при отсутствии концентрата факторов свертывания крови, содержащего фактор VII,



введение СЗП до 15–20 мл/кг. При необходимости хирургического вмешательства – консультация гематолога. Профилактическое введение препаратов крови, содержащих концентрат фактора VII не показано. В случае кровотечения после внутримышечного введения вакцины – показано введение «Октаплекс». Запрет на внутримышечные инъекции!

Заключение

Необходима настороженность в отношении диагностики наследственной и приобретенной патологии системы гемостаза ввиду высокого риска кровотечений особенно опасных в детском и подростковом возрасте. Своевременная диагностика и соответствующая коррекция являются ключом к предотвращению неблагоприятных последствий коагулопатий.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Минакова А.Д., Джигладзе Т.А., Зуев В.М., Хохлова И.Д.

г. Москва

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

Актуальность

Бактериальный вагиноз (БВ) – это полимикробный невоспалительный синдром, который характеризуется количественным преобладанием облигатных и факультативных анаэробов над лактобактериями с формированием щелочной среды, неблагоприятной для их роста. Кратковременный эффект от применения антибиотиков, растущая резистентность микроорганизмов к противомикробным препаратам, снижение приверженности пациенток к лечению, ввиду недостаточного эффекта ранее проводимой терапии и наличия побочных эффектов, снижающих качество жизни, свидетельствуют о необходимости изучения других схем лечения. Среди альтернативных методов терапии БВ заслуживает внимания применение антисептических средств, а именно, деквалиния хлорида, который, по результатам ранее проведенных исследований, продемонстрировал сходную эффективность со стандартной терапией метронидазолом, а также низкую частоту побочных эффектов из-за его низкой системной абсорбции.

Цель

Оценить эффективность лечения бактериального вагиноза, включающего последовательное применение деквалиния хлорида и молочной кислоты.



Материалы и методы

Проведено проспективное открытое рандомизированное исследование с участием 20 женщин в возрасте от 20 до 43 лет с жалобами на выделения из половых путей с характерным «рыбным» запахом и диагнозом БВ, установленным на основании критериев Amsel. Женщины были распределены на 2 группы по 10 человек: пациентки 1 группы (основной) последовательно применяли деквалиния хлорид 10 мг в течение 6 дней интравагинально, затем молочную кислоту 100 мг в течение 10 дней интравагинально, 2 группы (контрольной) – молочную кислоту 100 мг в течение 10 дней интравагинально. Средний возраст пациенток в первой группе составил 33.1 ± 4.64 года, во второй группе – 31.4 ± 5.55 лет. Через 2 недели после окончания терапии выполнялась клинико-лабораторная оценка эффективности терапии, которая включала сбор жалоб, гинекологический осмотр, измерение pH вагинальной жидкости с помощью индикаторных полосок «Кольпотест pH» (Биосенсор АН, Российская Федерация) и обнаружение «ключевых клеток» при микроскопическом исследовании вагинального мазка, окрашенного по Граму.

Результаты

При гинекологическом осмотре до начала лечения у всех женщин в обеих группах определялись беловато-серые выделения со специфическим аминным запахом в отсутствие гиперемии и отека слизистой влагалища. Через 14 дней после окончания терапии у всех пациенток в обеих группах при гинекологическом осмотре отмечались слизистые выделения без запаха.

Среднее значение pH влагалищной жидкости в основной группе составило 5.6 ± 0.26 до начала терапии и 4.6 ± 0.15 после лечения, соответственно. В контрольной группе среднее значение pH влагалищного отделяемого составило 5.1 ± 0.25 до начала терапии и 4.6 ± 0.16 после лечения соответственно. В первой группе «ключевые клетки» определялись у 3 (30%) пациенток до начала лечения и отсутствовали у всех женщин через 14 дней после терапии. Во второй группе «ключевые клетки» были обнаружены у 1 (10%) женщины до начала лечения и отсутствовали у всех пациенток через 2 недели после терапии. Побочные эффекты (жжение во влагалище и зуд) были зарегистрированы только у 1 (10%) женщины в основной группе и отсутствовали у всех пациенток в контрольной группе.

Заключение

Таким образом, проведенное нами исследование продемонстрировало высокую клиническую эффективность как одноэтапного метода лечения с использованием молочной кислоты, так и двухэтапного метода терапии с применением деквалиния хлорида и молочной кислоты, а также приверженность пациенток к лечению с низкой частотой побочных эффектов в обеих группах.



ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК- СТУДентОК (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Минченкова Е.А., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С.

г. Смоленск

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность

Здоровье нации – основа развития любого государства. К числу первостепенных медицинских и социальных проблем относится проблема охраны здоровья подростков и молодежи.

Поэтому, состояние репродуктивного здоровья молодого поколения и их медико-социальная направленность в современных условиях являются актуальными, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель

Изучить состояние репродуктивного здоровья студенток ФГБОУ ВО СГМУ по данным мониторинга 2020–2023 гг. Провести анализ реальной картины сексуальной жизни и состояния здоровья репродуктивных органов студенток. Рассмотреть вопрос о необходимости включения дополнительных медицинских обследований в план диспансерного наблюдения.

Материалы и методы

Проведено обследование 507 студенток 1-го курса ФГБОУ ВО СГМУ. Для дальнейшего изучения была проведена выборка 284 студенток в возрасте 18–25 лет, которые составили основную группу. Комплекс исследований включал социологические, медико-биологические, психологические и статистические методы.

Результаты

В процессе обследования студенток ФГБОУ ВО СГМУ выявлены нарушения репродуктивного здоровья и недостаток информированности о современных средствах контрацепции.

В ходе исследования сделан вывод о необходимости дополнительного включения в план диспансерного наблюдения ультразвукового исследования органов малого таза, кольпоскопии, консультации эндокринолога, исследования гормонального фона, обследования на инфекции, передаваемые половым путем.



По итогам анализа результатов проведенной экспертной оценки было показано, что в основном на определение репродуктивного потенциала студенток влияют такие факторы как «наличие/отсутствие наследственных болезней в семье», а также «здоровьесберегающая компетентность». Из общего количества респонденток выборки исследования большинство составили студентки, имеющие средний уровень интегральной оценки репродуктивного потенциала. При том, была выявлена тенденция, что чем старше были респондентки, тем большим был удельный вес группы высокого уровня репродуктивного потенциала.

Заключение

Данные, полученные в результате осмотра учащихся ФГБОУ ВО СГМУ, свидетельствуют о том, что студентки указанного учебного заведения имеют относительно высокий уровень нравственности, но недостаточный уровень репродуктивного образования и низкую информированность о современных средствах контрацепции. Исходя из этого, представляется крайне важным распространение сведений о контрацепции и принципах выбора метода.

Студенты медицинского вуза должны быть особенно подробно информированы в вопросах контрацепции и планирования семьи, им необходимо разбираться в достоинствах и недостатках различных методов контрацепции с позиции сохранения и улучшения как своего репродуктивного здоровья, так и всей молодежи в целом.

Оценку факторов, влияющих на формирование репродуктивного потенциала студенток медицинского ВУЗа, рационально проводить при помощи методики весовых коэффициентов. Анализ результатов практического внедрения данной методики способен выявить ключевые мероприятия, направленные на уменьшение негативного влияния того или иного весового коэффициента на женщин раннего репродуктивного возраста.

На наш взгляд, данное исследование поможет повысить компетентность и ответственность в вопросах здоровьесбережения, улучшить и укрепить репродуктивное здоровье, позволит разработать и внедрить комплекс мероприятий в виде клиничко-диагностического исследования состояния репродуктивной системы, информационно-просветительских лекций по вопросам профилактики абортов, бесплодия и других заболеваний, сексуального воспитания, а в дальнейшем повлиять на демографическую ситуацию.



ГЕРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ПОЛОВЫМИ СТЕРОИДАМИ У ЖЕНЩИН С НЕЯТРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА

Михеев Р.К., Мельниченко Г.А., Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Шереметьева Е.В.,
Абсатарова Ю.С., Ужегова Ж.А.

г. Москва

- *ГНЦ РФ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация*
- *ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация*

Актуальность

Для разработки профилактики возраст-ассоциированных заболеваний у женщин с неятрогенным гипергонадотропным гипогонадизмом необходимы современные знания о молекулярно-клеточных механизмах старения.

Modern knowledge about molecular and cellular mechanisms of ageing among females with non-iatrogenic hypergonadotropic hypogonadism for development of anti-ageing therapy is needed.

Цель

Изучить особенности репродуктивно-репликативного клеточного старения (длина теломер) у женщин с гипергонадотропным гипогонадизмом физиологического (менопауза), аутоиммунного (преждевременная недостаточность яичников – ПНЯ) и врождённого (синдром Тернера – СТ) генеза.

Материалы и методы

В одномоментном сравнительном исследовании приняли участие 138 женщин: 26 женщин на МГТ (менопаузальной гормональной терапии) по поводу физиологической менопаузы; 27 женщин в физиологической менопаузе без МГТ; 33 женщин на ЗГТ по поводу ПНЯ; 24 здоровых женщин репродуктивного возраста; 28 женщин с СТ без ЗГТ. Проведены лабораторный генетический (длина теломер лейкоцитов) анализ крови. Экстракция ДНК – набором Qiagen DNA blood mini kit (ФРГ).

Результаты

По результатам исследования наибольшая длина теломер статистически значимо наблюдалась в группе пациенток репродуктивного возраста без эстрогенного дефицита



(9,8 [9,5–10,0] кБ, $p < 0,001$). На втором месте (в порядке убывания) – у пациенток с ПНЯ (9,8 [9,6–10,3] кБ, $p < 0,001$) на фоне ЗГТ ≥ 5 лет; на третьем месте с одинаковыми показателями расположились пациентки с физиологической менопаузой как получающие (10,0 [7,9–10,7] кБ, $p < 0,001$), так и не получающие (10,8 [10,0–13,1] кБ, $p < 0,001$) МГТ. Наименьшая длина теломер выявлена у пациентов с синдромом Тернера без ЗГТ (8,2 [6,8–9,2] кБ, $p < 0,001$). По результатам корреляционного анализа взаимосвязи ФСГ и длины теломер лейкоцитов получены данные, свидетельствующие за наличие умеренной обратной корреляционной зависимости ($\rho = -0,434$, $p < 0,001$).

Заключение

Приём МГТ ≥ 5 лет по поводу физиологической менопаузы ассоциирован с поддержанием длины теломер на уровне здоровых женщин репродуктивного возраста. Приём ЗГТ ≥ 5 лет по поводу ПНЯ также способствует поддержанию длины теломер на уровне здоровых женщин репродуктивного возраста. Пациентки с СТ (45, X0) без ЗГТ наиболее уязвимы с точки зрения репродуктивно-репликативного потенциала. Показано, что длина теломер и уровень фолликулостимулирующего гормона – статистически значимо коррелирующие между собой показатели репродуктивно-репликативного потенциала.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН

Мусакова М.В., Кисина В.И., Гущин А.Е., Хачатурян А.Ю., Каленов М.В.

г. Москва

ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ

Актуальность

Международные клинические руководства рекомендуют, в дополнение к обычному генитальному обследованию на ИППП, проводить тестирование женщин, практикующих оральные и анальные половые контакты, включая исследование ректальных и орофарингиальных образцов на *N. gonorrhoeae* и *S. trachomatis*, так как экстрагенитальные локусы являются скрытыми резервуарами для постоянной передачи и циркуляции ИППП.

Цель

Оценить частоту, характер и факторы риска экстрагенитальных форм ИППП у пациенток дерматовенерологических учреждений г. Москвы.



Материалы и методы

В период 2021–2023 гг. в нескольких филиалах ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ проведено обследование и анкетирование женщин, обратившихся для тестирования на ИППП к дерматовенерологу. Получение биологического материала осуществлялось у всех пациенток как из урогенитальных, так и из экстрагенитальных локусов (ротоглотка, аноректальная область, конъюнктива глаз) в отдельные пробирки одноразовыми инструментами. Для идентификации возбудителей ИППП применялся метод ПЦР. Анкета содержала в себе вопросы об интимной жизни пациенток, такие как, характер половых контактов, использование барьерных средств контрацепции, частоте смены половых партнеров, ИППП в анамнезе, семейном положении, наличии детей, уровне образования, наличие постоянной работы.

Результаты

Всего обследовано 220 женщин в возрасте от 18 до 77 лет. Основными причинами для обращения к дерматовенерологу стали: профилактическое обследование (51,3%) и наличие симптомов урогенитальных заболеваний (42,3%). Вирусные ИППП обнаружены у 11,4%, невирусные ИППП у 16% женщин. Только из экстрагенитальных локусов ИППП были выявлены у 8-ми женщин (3,6% из 220 обследуемых): *S. trachomatis* в ротоглотке – у 1, *S. trachomatis* в аноректальной области – у 3-х, *N. gonorrhoeae* в аноректальной области – у 3-х, *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* в аноректальной области и ротоглотке – у 1 пациентки. Одновременно из урогенитальных и экстрагенитальных локусов возбудители невирусных ИППП были выявлены у 5 -х из 220 обследованных женщин (2,3%). При этом, у 4-х женщин (1,8%) имелись субъективные симптомы поражения экстрагенитальных локусов (боль в горле, гиперемия конъюнктивы). С целью оценки социально-демографических и поведенческих факторов, способствующих развитию экстрагенитальных форм ИППП, пациентки условно были разделены на 2 группы: те, у кого обнаружены ИППП в экстрагенитальных очагах и те, у кого ИППП обнаружены только в урогенитальном тракте. В результате анкетирования установлено, что пациентки первой группы отличались меньшим процентом лиц с высшим образованием (22% против 60%), меньшим процентом лиц, имеющих постоянную работу (46% против 76%), статус замужней женщины (44% против 76%), детей (33% против 54%), менее частым использованием традиционных видов сексуальных контактов (33% против 65%) и, напротив, более частым использованием урогенитальных (56% против 27%) и любых видов половых контактов (11% против 3%), значительно более редким использованием средств барьерной контрацепции (33% против 76%).

Заключение

В заключение следует отметить, что полученные данные согласуются с зарубежными данными о распространенности экстрагенитальных форм ИППП и свидетельствуют о необходимости исследования биологического материала женщин на ИППП из экстра-



генитальных локусов с целью выявления, последующей эрадикации возбудителей ИППП и прерывания эпидемиологического процесса распространения инфекций.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВИРОВАННОЙ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Стародубцева Н.Л., Алиева Л.Э., Абакарова П.Р., Чаговец В.В., Франкевич В.Е.

Актуальность

Понимание роли персистенции вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска ВПЧ ВКР в развитии рака шейки матки (РШМ) и, особенно, как инфекция регулирует иммунную систему хозяина, вероятно, является ключом к поиску и разработке эффективных терапевтических средств, которые могли бы способствовать устранению вирусной инфекции. А. Fagoocqi и соавт. изучали влияние глицирризина на линию раковых клеток шейки матки, и показали, что его воздействие на клетки HeLa значительно снижало их жизнеспособность. Были обнаружены антипролиферативные и апоптотические свойства глицирризина. В связи с этим представляет научный интерес изучение протеомного состава цервикагинальной жидкости (ЦВЖ) методом масс-спектрометрии у пациенток с «малыми» поражениями шейки матки применяющих активированную глицирризиновую кислоту (АГК).

Цель исследования

Определение особенностей протеома ЦВЖ при применении активированной глицирризиновой кислоты в проспективной когорте ВПЧ-позитивных пациенток с LSIL.

Материал и методы

Для анализа особенностей состава и уровня экспрессии белков ЦВЖ использовались протеомные методы исследования. Были отобраны 10 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст 26 лет), с цитологическим заключением LSIL\ВПЧ+. Пациентки применяли интравагинально препарат (спрей) содержащий в своем составе активированную глицирризиновую кислоту (АГК) (Эпиген интим, согласно медицинской инструкции по применению препарата, ежемесячно 10-дневные курсы на протяжении 6 месяцев). Контрольные временные точки для протеомного анализа ЦВЖ были определены до начала терапии, через 6 и 12 месяцев. Выделялись белки ЦВЖ, проводился трипси-



нолиз с последующим анализом пептидов методом жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрии. Идентификация белков проводилась с использованием баз данных Swiss Prot.

Результаты

Динамический мониторинг молекулярного состава ЦВЖ проводился у 10 ВПЧ-позитивных пациенток с исходным цитологическим заключением LSIL и позволил сформировать 2 группы: 1 группа (n=5, ВПЧ элиминировался) – «положительная динамика»; 2 группа (n=5, персистенция ВПЧ) - группа «без динамики». Было выявлено, что уровень 48 белков ЦВЖ специфично изменялся при динамическом наблюдении. Уровень 27 белков повышался в группе с «положительной» динамикой, в то время как уровень 21 белка снижался относительно группы «без динамики». Из них 15 белков (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), а также процессе дегрануляции нейтрофилов (MPO, AZU1, LYZ, CD59, CRISP3, ELANE). Белки AZU1, ELANE имеют антимикробную активность. Второй большой белковый кластер из 12 белков (44%) образуют белки ассоциированные с процессами формирования ороговевающего эпителия (CSTA, SPRR1B, PPL, FLG, SPRR2F) и, собственно - кератины (K1C10, K1C13, K22E, K2C1, K2C4, K2C5, K2C6A). Из 21 белка, уровень которых достоверно снижен при элиминации ВПЧ, 11 белков (52%) также принимают участие в процессах иммунной системы (C3, IGJ, IL1RN, ORM1, S100A11, CSTB, LRG1, PKM, HBB, PI3R, SERPINA1) однако их снижение, по-видимому, обусловлено элиминацией вируса и снижением провоспалительной активности иммунных клеток в эпителии шейки матки. Был проведен сравнительный анализ полученных данных о динамике белкового состава ЦВЖ на фоне применения АГК с ранее полученными результатами динамического наблюдения пациенток с LSIL (контроль). В динамике статистически достоверно изменялся уровень белков HSPB1, IGHG2 и PI3R. Снижение уровня тяжелой цепи иммуноглобулина IGHG2 и иммуноглобулинового рецептора PI3R после применения АГК, возможно ассоциировано с уменьшением воспалительного процесса и элиминацией ВПЧ.

Выводы

Длительное местное применение АГК у части пациенток оказывает влияние на белковый состав ЦВЖ и играет ключевую роль в снижении уровня провоспалительных белков, элиминации вируса и снижении провоспалительной активности иммунных клеток в эпителии.



ВПЧ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОК С МОРФОЛОГИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМИ ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.

Назарова Н.М., Мухамбеталиева Д.Д., Сергеева А.А., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Кепша М.А., Асатурова А.В.

Актуальность

Проведение сравнительного анализа встречаемости ВПЧ канцерогенного риска у пациенток репродуктивного возраста с морфологически верифицированным диагнозом CIN различной степени тяжести и раком шейки матки (РШМ) согласно классификации Международного агентства по изучению рака (IARC), является актуальным с учетом ключевой роли ВПЧ в этиологии предрака и рака шейки матки.

Цель

Изучить частоту встречаемости ВПЧ канцерогенного риска у пациенток с цервикальными неоплазиями различной степени тяжести и РШМ в сравнительном аспекте.

Материалы и методы

В исследование были включены 167 пациенток (средний возраст 32,4±6,1 лет). В зависимости от результатов морфологических методов исследования сформированы 5 групп: 1 группа – ВПЧ негативные с цитологическим заключением NILM - 54 (32,3%) (контроль), ВПЧ –положительные пациентки в зависимости от гистологического исследования биоптатов шейки матки разделены на: 2 группа хронический цервицит – 31 (18,6%), 3 группа - LSIL – 31 (18,6%), 4 - HSIL – 37 (22,2%) и 5 - с раком шейки матки – 14 (8,4%).

Полученные результаты

Сравнительный анализ частоты встречаемости ВПЧ по группам (IARC) показал, что ВПЧ высокого канцерогенного риска (1 группа) встречались в 99 (88,4%) случаев, при HSIL – 42,4% и LSIL – 32,3% случаев. Вероятно, канцерогенный риск (группа 2 А) – 45%, возможно канцерогенного риска (группа 2 В) – 7,1% случаев. Достоверно чаще определялись ВПЧ группы А9 (66,1%), далее А7 (11,6%), А6 (4,5%), А5 (6,3%).

Группа 2А (ВПЧ 68 тип) встречалась только в группах HSIL и РШМ, что подчеркивает ее ключевую роль в развитии тяжелых поражений шейки матки.

Группа 2В (ВПЧ 53,66) чаще всего встречалась в группе LSIL и хронический цервицит – 7,1%. Среди исследуемых групп выявлена высокая частота ВПЧ 16 типа - достоверно чаще в группах HSIL (48,6%) и РШМ (42,8%), далее ВПЧ 33, 52, 58 типов.



При сравнительной оценке вирусной нагрузки по группам выявлено ее достоверное повышение в группе HSIL и PШМ.

Заключение

ВПЧ высокого канцерогенного риска (1-я группа) встречался в 88,4% случаев морфологически верифицированных CIN различной степени тяжести и PШМ.

Краткое резюме: Изучена частота встречаемости ВПЧ канцерогенного риска у пациенток с цервикальными неоплазиями различной степени тяжести и PШМ в сравнительном аспекте согласно классификации IARC. Сравнительный анализ частоты встречаемости ВПЧ по группам показал, что ВПЧ высокого канцерогенного риска (1 группа) встречались в 99 (88,4%) случаев, при HSIL (CIN II\III) – 42,4% и LSIL (CIN I) – 32,3% случаев.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Никитина Е.В.¹, Васильева Л.Н.¹, Лобачевская О.С.¹, Царева С.Н.¹, Капустина Е.Р.²

г. Минск, Беларусь

- 1. Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь*
- 2. ГКБ г. Минска*

Актуальность

Гнойно-воспалительные заболевания гениталий (ГВЗГ) у женщин во всем мире представляет собой сложную и недостаточно изученную проблему с серьезными медицинскими, социальными и экономическими последствиями.

Цель

Повышение эффективности лечения ГВЗГ у женщин репродуктивного возраста путем применения эфферентных методов лечения.

Материалы и методы

Обследовано 65 пациенток с ГВЗГ в возрасте от 18 до 49 ($33,2 \pm 0,4$) лет, находившихся на лечении в гинекологическом отделении 6 ГКБ г. Минска. Больные были разделены на 2 группы: основную (32) и группу сравнения (33 больных), контрольную группу составили 27 здоровых женщин. Больным основной группы в комплексной терапии для проведения эфферентных методов мы использовали отечественный аппарат для ультрафиолетового облучения крови «Гемоквант -0,4» (Беларусь) с длиной волны 280–370, 310–420 нм



и аппарат для внутривенного лазерного облучения «Родник-1» (Беларусь), имеющий длину волны $0,67 \pm 0,02$ мкм (красный спектр), мощностью 23 ± 2 мВт.

Результаты

В результате комплексного обследования были выявлены следующие формы заболевания: острый катаральный сальпингит – у 24, гнойный сальпингоофорит – у 20, параметрит – у 10 пациенток, а также пельвиоперитонит – у 11. У женщин обеих групп были отмечены проявления эндогенной интоксикации: общая слабость, тахикардия (пульс 100–120 ударов в мин), анемия (гемоглобин – $96,0 \pm 3,25$ г/л), лейкоцитоз ($14,0 \pm 0,8$ г/л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение уровня креатинина ($132,0 \pm 6,2$ ммоль/л), мочевины ($8,9 \pm 1,2$ ммоль/л), гипопроотеинемия ($56,5 \pm 1,5$ г/л), изменения в развернутой коагулограмме в сторону гиперкоагуляции (частично активированное тромбoplastиновое время – $21,6 \pm 2,4$).

При исследовании иммунного статуса у больных с наличием ГВЗГ мы наблюдали снижение Т-хелперов и Т-супрессоров. Длительное персистирование микроорганизмов в маточных трубах влияет на некоторые механизмы, стимулирующие выработку В-лимфоцитов. Концепция Ig M была достоверно выше у женщин исследуемых групп, что свидетельствовало об обострении воспалительного процесса. Выявленный повышенный уровень Ig M на фоне сниженных показателей Ig G характеризует ответ В-системы иммунитета на воспалительный процесс. Выявленное нами повышение Ig M на фоне сниженного Ig A свидетельствует об иммунодепрессии у женщин с ГВЗГ.

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что в I и II группах провоспалительные цитокины резко повышены: TNF – в 4 раза, IL 6 – в 5 раз по сравнению с показателями в контрольной группе. В то же время уровень IL 2 снижен у пациенток с ГВЗГ почти на 18%, что указывает на дисбаланс в иммунной системе.

Показатели гуморального иммунитета в обеих группах после проведенного комплексного лечения достоверно изменились (Ig A, Ig G) за исключением Ig M, который оставался повышенным по сравнению с контрольной группой ($1,59 \pm 0,07$ г/л и $1,81 \pm 0,13$ Г\Л, соответственно). Этот показатель характеризует обострение воспалительного процесса. Можно сделать заключение о том, что наша комплексная программа с включением в нее ЭМ быстрее купировала воспалительный процесс. В I группе этот показатель после лечения приближался к показателю в контрольной группе и достоверно не отличался от последнего.

Во II группе (сравнения) наблюдались послеоперационные осложнения: послеоперационные инфильтраты в области малого таза (7 случаев, т.е. 10,77%), которые сохранялись до 15 дней. У пациенток I группы в 2 раза быстрее, чем во II групп, удалось купировать проявления эндогенной интоксикации: уже в 1–2 сутки после ЭМ отмечалась нормализация температуры тела, гемодинамических показателей, на 2–3 сутки пришли к норме данные коагулограммы и биохимические показатели крови. У больных II группы была



необходимость назначения повторных курсов антибактериальной терапии. Применение данной методики способствовало сокращению объема медикаментозного лечения и сроков пребывания в стационаре.

Заключение

Предлагаемая комплексная терапия больных с ГВЗГ позволяет повысить эффективность терапии и сократить продолжительность лечения, уменьшить количество послеоперационных осложнений.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИЛЬНИЦ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Лобачевская О.С.

г. Минск, Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Актуальность

Роды, являясь стрессовой ситуацией для организма женщины, сопровождаются значительным напряжением функционального состояния различных физиологических систем, что может приводить к нарушению адаптации организма в целом. Оперативное родоразрешение значительно усугубляет психологическое состояние пациента дополнительным стрессом, самой операцией.

Цель

Целью настоящего исследования явилась оценка психологического состояния родильниц в акушерско-физиологическом отделении 6 городской клинической больницы г. Минска. Оценка качества жизни проведена у 68 родильниц во время пребывания в стационаре (3–5 сутки после родов). Анкета заполнялась пациентками собственноручно и при информированном согласии. Из них первую группу наблюдения составили 34 родильниц, которым оперативное родоразрешение проводилось в плановом порядке. Во вторую группу вошли 34 родильницы после родов через естественные родовые пути с рубцом на матке.

Материалы и методы

Для исследования качества жизни родильниц использовался стандартный опросник SF – 36, разработанный John E. Ware в Институте здоровья США (Thea Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts). Опросник SF-36 имеет 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, ин-



тенсивность боли, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню качеству жизни. Первые три шкалы имеют высокую корреляцию и измеряют физический компонент здоровья (Physical Component Summary = PCS). Следующие три шкалы имеют высокую корреляцию и измеряют психологический компонент здоровья (Mental Component Summary = MCS). Остальные шкалы имеют корреляции с обоими компонентами.

Результаты

Исследование физического компонента качества жизни рожениц с помощью анкеты SF-36 выявило снижение показателей по всем исследуемым шкалам опросника в двух исследуемых группах. Наиболее низкие показатели наблюдались по шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (Role Physical Functioning-RP). При этом в группе после кесарева сечения под спинальной данный показатель был в 2 раза ниже (10,5 баллов), чем во второй группе (21 балл). Данный показатель отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность. Низкие показатели свидетельствуют об ограничении повседневной деятельности физическим состоянием пациента после оперативного родоразрешения.

Показатель «физического функционирования» (Physical Functioning-PF), был достоверно ниже в 2 раза у женщин после оперативных родов в сравнении с женщинами после родов через естественные родовые пути. Низкие показатели говорят об ограничении физической активности пациента. Показатели «интенсивность боли» (Bodily pain-BP) и «общее состояние здоровья» (General Health-GH) были достоверно сопоставимы в первой и во второй группе.

Исследование психического компонента КЖ рожениц с помощью анкеты SF-36 выявило также снижение показателей по всем исследуемым шкалам опросника во всех исследуемых группах. В группе женщин после КС данный показатель был в два раза ниже (21,72 балла), чем в группе после родов (41,09 балла). Низкие показатели по данной шкале говорят об ограничении в выполнении повседневной работы, обусловленном ухудшением эмоционального состояния.

Показатель «жизненная активность» (Vitality-VT) был достоверно ниже у женщин после КС в сравнении с женщинами после естественных родов и составил 40,93 балла у женщин 1-й группы, 34,0 баллов у женщин 2-й группы. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента. Показатель «психическое здоровье» (Mental Health-MH) был низким в обеих группах. Данная шкала является общим показателем положительных эмоций, характеризует настроение, наличие депрессии. Низкие показатели говорят о наличии депрессивных тревожных переживаний.



Заключение

Таким образом, у родильниц, перенесших операцию кесарева сечения, страдают как физический, так и психический компоненты качества жизни. Таким образом, задачей лечащих врачей является реабилитация женщин, после операции кесарево сечения.

РИСКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Васильева Л.Н.

г. Минск, Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Актуальность

Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020 г. вспышку Covid-19 инфекции объявила пандемией, которая уже вошла в историю как ситуация мирового значения. Несмотря на то, что инфекция новая и исследования по изучению Covid-19 продолжаются, основные факторы риска тяжелых последствий для беременных и новорожденных уже определены. На фоне инфекции Covid-19 отмечено увеличение частоты преждевременных родов, несмотря на применение современных технологий пролонгирования беременности.

Цель

Изучить течение беременности, а также определить факторы риска преждевременных родов у беременных с Covid-19.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 75 историй преждевременных родов с 29 до 37 недели беременности за 2019–2022г. на базе УЗ «6 ГКРД» г. Минска. Родильницы в возрасте от 20 до 40 лет. Беременные были разделены на группы по степени недоношенности в зависимости от срока гестации: 1-ая группа – 29–31 неделя, 2-ая группа – 32–33 недели, 3-я – группа 34–36 недель периода новорожденности. Контрольную группу составили 50 женщин с преждевременными родами. Полученные результаты обработаны с использованием программы Microsoft Excel, статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ Statistica7.0.

Результаты

Коронавирусная инфекция проявляла себя, как правило, неспецифической симптоматикой – повышением температуры тела у 29 беременных, сухим непродуктивным кашлем



(50%), мышечными и суставными болями у 40 беременных. Повышенную утомляемость отмечали все пациентки.

В 1-й группе (29–31 нед.) преобладало родоразрешение путем кесарева сечения (100%). Перевод в отделение реанимации новорожденных составил 100% у родильниц с Covid-19, ввиду тяжести состояния новорожденных. Основанием для перевода являлись РДС и дыхательная недостаточность различной степени тяжести. При этом в 80% всех случаев проводился курс дексаметазона (24 мг за 2 суток) в качестве профилактики РДС плода.

В исследуемой группе основанием для раннего родоразрешения явилось:

- субкомпенсированное состояние плода ввиду нарушения маточно-плацентарного кровотока,
- преждевременное излитие околоплодных вод.

Рассмотрим 2-ую группу (32–33 нед.) В данной группе также преобладало родоразрешение путем кесарева сечения – 80% (n – 20). Перевод новорожденных в отделение реанимации составил 100% в подгруппе с Covid-19 инфекцией. Основанием для перевода явились: РДС новорожденного (80% (n – 20)), асфиксия новорожденного (20%). При проведении доплерометрии в 48% случаев (n – 12) фиксировалось нарушение фетоплацентарного кровотока 1а и 1б степени. У беременных отмечалось поражение инфекционными агентами во время беременности (56%), анемия (32%), угрозы выкидыша в ранние сроки (50%).

В группе 3 (34–36 нед.) родоразрешение путем кесарева сечения – 64% (n – 16). Перевод новорожденных в отделение реанимации составил 72%. Основанием для перевода явились: РДС новорожденного (56% (n – 14)), проявления дыхательной недостаточности различной степени.

Вместе с этим в структуре диагнозов новорожденных обращает на себя внимание диагноз – ЗВУР (задержка внутриутробного развития) в 28% случаев в подгруппе с Covid-19 инфекцией. Во время беременности помимо Covid-19 инфекции беременные перенесли – кольпит (88% (n-22), ИМВП (60% (n-15)). Анемия выявлялась у 52% (n-13) беременных женщин.

При анализировании результатов гистологического обследования плаценты отмечается преобладание инволютивно-дистрофических изменений на более поздних сроках, а в случае крайней степени недоношенности наблюдается преобладание нарушений созревания ворсинчатого хориона.

Заключение

Инфекция COVID-19 у матери является предиктором преждевременных родов и тяжелого состояния новорожденного.



ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Нургалиева Л.И., Бодыков Г.Ж., Сансызбаева Р.Ж., Нургалиева С.А., Щитанова А.К.

г. Алматы

Кафедра акушерства и гинекологии, Казахстанско-Российский медицинский университет

Актуальность

Персистенция вируса SARS CoV-2 сохраняется в современном мире, поэтому риск заражения беременных короновирусной инфекцией остается высоким, а перинатальные потери не будут уменьшаться.

Цель

Провести анализ течения и исхода беременности вследствие перенесенной короновирусной инфекции.

Материалы и методы

Проанализированы клинические данные, инструментально-лабораторные обследования и особенности исхода беременности у 52 женщин с короновирусной инфекцией за период с апреля по декабрь 2022 год.

Результаты

Всем беременным выполнен тест на содержание РНК коронавируса SARS CoV-2 методом полимеразной цепной реакции: вирус SARS-CoV-2 обнаружен в назофарингеальном материале. На стационарном лечении находились 12 (23%) беременных со средней и легкой степенью тяжести COVID-19, остальные на амбулаторном наблюдении – 40 (80%). Из симптомов COVID-19 чаще наблюдались головная боль (24–46%), боль в горле (18–35%), насморк (15–29%), подъем температуры тела (12–23%), а кашель у 26 (50%) и боль в груди у 10 (19%) беременных. В общем анализе крови у 18 (35%) беременных выявлена выраженная лимфоцитопения в диапазоне 4–15%, относительная лимфоцитопения от 16 до 20% у 7(13%) беременных. Уровень С-реактивного белка был повышен в пределах 8,1–106 мг/л у 19 (37%) беременных. Уровень печеночных ферментов и уровень ферритина был в пределах нормы. Из акушерских осложнений: ложные схватки до 37 недель у 22(42%), рвота беременных в различные сроки беременности у 17(33%), преэклампсия легкой у 9(17%) и тяжелой степени у 7(13%), маловодие у 5(10%), многоводие у 2(4%) беременных. Плацентарные нарушения 1А степени выявлены у 11(21%) беременных и недостаточный рост плода у 5(10%) беременных. Всего произошли 37(71%) самостоятельных родов, из них 9(17%) преждевременных. В родах чаще наблюдались преждевременный



и дородовый разрыв плодных оболочек (13–25%), гипоксия плода (3–6%). У 15(29%) беременных проведено кесарево сечение. Показаниями явились: у 7(13%) – преэклампсия тяжелой степени, по 3 случая (6%) рубец на матке и острая гипоксия плода, 2(4%) случая отслойка плаценты. Трое новорожденных родились с оценкой по Апгар 5–7 бб., остальные на 8/8 и 8/9 бб. Среди новорожденных не отмечен случай заражения коронавирусной инфекцией SARS CoV-2. Послеродовый период у 3(6%) родильниц осложнился субинволюцией матки и лохиометрой, которые были пролечены консервативно.

Заключение

Проведенный анализ исследования исхода беременности на фоне инфекции COVID-19 выявил низкий процент неблагоприятного исхода для самой беременной. В большинстве случаев COVID 19 среди беременных протекает в легкой или бессимптомной форме, что наблюдается в нашем исследовании и подтверждается исследованиями ВОЗ. Не было отмечено особого влияния течения COVID 19 на перинатальный исход среди исследуемой группы беременных. Важно, в зависимости от клинического течения COVID 19 и состояния плода, срок и метод родоразрешения у беременной должны определяться индивидуально.

ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ОТВЕТ ЯИЧНИКОВ НА ОВАРИАЛЬНУЮ СТИМУЛЯЦИЮ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОК ПРОГРАММ ЭКО

Острина С.Я., Серова О.Ф., Рудакова Е.Б., Федорова Е.А.

г. Москва

ГБУЗ МО МОПЦ

Актуальность

Наиболее эффективным методом лечения бесплодия является экстракорпоральное оплодотворение, ключевым звеном которого является овариальная стимуляция. Результативность программ ЭКО во многом зависит от овариального ответа. Овариальный ответ в протоколах ЭКО обладает различной вариабельностью среди пациенток. Низкая эффективность протоколов в ряде случаев связана с парадоксальным ответом («бедный» или гиперергический ответ), частота которого в различных возрастных группах и связь с полиморфизмов гена FSHR изучена недостаточно.



Цель

Определить удельный вес пациенток с парадоксальным ответом на овариальную стимуляцию в различных возрастных группах и выявить их связь с полиморфизмом гена FSHR.

Материалы и методы

На первом этапе было проведено ретроспективное исследование. Были обследованы 879 пациенток с бесплодием, прошедших программы ЭКО с января по декабрь 2021 года, которые были стратифицированы по возрасту в соответствии с эффективностью проведенных программ ЭКО, рассчитанной на цикл и на перенос.

В каждой группе были определены подгруппы в зависимости от вида овариального ответа на стимуляцию в соответствии с рекомендациями: 1 подгруппа – «бедный» ответ, 2 подгруппа – оптимальный ответ, 3 подгруппа – гиперергический ответ. В каждой возрастной группе определялся удельный вес пациенток с парадоксальным ответом на овариальную стимуляцию в сравнении с прогнозом.

На втором этапе, с января по сентябрь 2023 года, проводилось исследование частоты встречаемости полиморфизма гена FSHR при парадоксальном ответе на стимуляцию.

Результаты

Было выделено три основные возрастные группы пациенток в зависимости от эффективности программ ЭКО на цикл: I группа – пациентки до 35 лет (эффективность 24,8%), II группа – пациентки 36–39 лет (эффективность 23,3%), III группа – пациентки старше 40 лет (эффективность 11,5%), на перенос I группа – пациентки до 35 лет (эффективность 30,1%), II группа – пациентки 36–39 лет (эффективность 32,7%), III группа – пациентки старше 40 лет (эффективность 17,2%).

Оптимальные ответы составили абсолютное большинство во всех группах (365 из 879 обследованных и 49,6%), соответственно 48,1% в I возрастной группе (194) ($p < 0,05$), 47,2% во II возрастной группе (89) ($p < 0,05$) и 56,2% в III возрастной группе пациенток (64) ($p < 0,05$).

Парадоксальный ответ при прогнозе оптимального ответа выявлен у 67 из 365 пациенток и составило 10,3%, из них в I группе – 43 человек с парадоксальным овариальным ответом, во II группе – 15 человек, в III группе – 9 человек, что составило 19,9%, 18,2% и 16,7% соответственно. Максимальное количество парадоксальных ответов наблюдается в I возрастной группе – 23,4% ($p < 0,05$).

Первые результаты молекулярно-генетического исследования, проведенного в I группе пациенток показали, что вид парадоксального ответа ассоциирован с определенным полиморфизмом гена FSHR. При «бедном» ответе преобладает генотип G/G варианта с.2039G>A гена FSHR, а при гиперергическом ответе – A/A варианта с.2039G>A гена FSHR. и показали зависимость овариального ответа от полиморфизма гена FSHR в выделен-



ных группах с парадоксальным овариальным ответом. Частота парадоксального «бедного» ответа составила 15,6%, парадоксального гиперергического ответа – 27,8% ($p < 0,05$).

Заключение

Проведенный нами анализ показал, что парадоксальный ответ яичников на стимуляцию овуляции в программах ЭКО встречается в 20,7% случаев. Преобладание того или иного вида парадоксального ответа зависит от возраста пациентов и, по-видимому, ассоциировано с определенным полиморфизмом гена FSH, который отражают повышение или снижение активности рецептора в ответ на действие фолликулостимулирующего гормона, в связи с чем до сих пор остается открытым вопрос об индивидуальном овариальном ответе при стимуляции в программах ЭКО. Однако, необходимы дальнейшие исследования в области изучения молекулярно-генетических предикторов овариального ответа на стимуляцию, влияющих на реакцию яичников в протоколах ЭКО.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ “АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ГИНЕКОЛОГА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ”

Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Сибирская Е.В.², Сотников И.А.¹,
Константинова А.К.¹, Чудина О.С.³

г. Москва^{1, 2}, г. Санкт-Петербург³

1. ГБУЗ “Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы” 1 (главный врач – к.м.н. Горев В.В.)
2. ФГБОУ ВО “Российский Университет Медицины” (зав. кафедрой Заслуженный деятель науки Российской Федерации, академик РАМН Л.В. Адамян)
3. ГБУЗ “ДГМ КСЦ ВМТ”

Актуальность

Диагностика заболеваний, оказывающих неблагоприятное влияние на репродуктивную систему девочек, требуют усовершенствования алгоритма действия гинеколога.

Цель

Сформулировать концепцию формирования протокола стандартной операционной процедуры “амбулаторный прием гинеколога несовершеннолетних” (СОП) и разработать критерии его эффективности в аспекте персонализированной медицины.



Материалы и методы

Изучены принципы и структура создания СОП, Приказы Минздрава РФ, стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, регламентированная документация, правовые основы оказания помощи несовершеннолетним.

Результаты

Протокол амбулаторного приема несовершеннолетних девочек включает обязательное приветствие, установление контакта и доверительных отношений с законным представителем ребенка и ребёнком, получение информированного согласия пациента на выполнение медицинской помощи, оценку прививочного статуса, кормления ребенка и ухода в целях развития, сбор эпиданамнеза. Кроме того, специфика обращений к гинекологу может включать жалобы на острый абдоминальный болевой синдром, боли и объемные образования в молочных железах, патологическое отделяемое из сосков, выделения (кровянистые/гнойные) из половых путей, признаки преждевременного полового развития (телархе, пубархе, менархе). Интерпретация данных жалоб всегда соотносится с возрастным периодом девочки и сопровождается активным сбором анамнеза, постановкой конкретизирующих вопросов маме и ребенку. Обязательны: перинатальный анамнез, анамнез жизни, аллергологический анамнез, наследственность в отношении соматических, гинекологических, онкологических заболеваний. Объективный осмотр девочки включает: проведение антропометрии, включая расчет стандартных отклонений роста и индекса массы тела; определение стигм дисэмбриогенеза; исследование молочных желез методом пальпации; определение стадии полового развития по шкале Таннера; оценка степени гирсутизма по шкале Ферримана-Голлвея; оценку по органам и системам согласно правилам пропедевтики; по показаниям – термометрия. Гинекологический осмотр проводится с определением типа развития наружных половых органов (по женскому типу, по мужскому типу, по смешанному типу), окраску слизистых, признаки эстрогенизации, наличие синехий, гиперемии, характера выделений из половых путей. В ходе осмотра внутренних половых органов оценивается наличие и размеры матки, подвижность, болезненность, размеры яичников, болезненность в проекции придатков матки.

По результатам осмотра, анализа и интерпретации ранее проведенных обследований, заключений специалистов (при наличии) устанавливается предварительный диагноз либо окончательный диагноз с обоснованием, учитывающим индивидуальные особенности течения заболевания, намечается план ведения пациента, определяется вид лечения – амбулаторное или стационарное. При тяжёлых состояниях пациента госпитализируют экстренно. В качестве индикаторов эффективности целесообразно использовать: 1. Обеспечение оказания медпомощи в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, соблюдением этических и деонтологических норм. 2. Выявление заболевания на ранних этапах, постановка на диспансерный учет, своевременная маршрутизация в учреждения, оказывающие высокотехнологичную по-



мощь. 3. Стабилизация/улучшение состояния или выздоровление ребёнка. 4. Получение законным представителем ребенка персонализированных рекомендаций по нивелированию индивидуальных факторов риска и профилактике рецидивов заболевания. 5. Удовлетворенность законного представителя пациента и пациента качеством предоставленной медицинской помощи.

Заключение

СОП “амбулаторный прием гинеколога несовершеннолетних” не может содержать ответы на все возможные вопросы в процессе приема гинеколога, но призван четко и правильно оценить состояние ребенка, включая необходимость и содействие оказанию экстренной медицинской помощи, осуществлять эффективное взаимодействие с законным представителем ребенка по вопросам обследования, лечения, диспансерного наблюдения, нивелированию семейных и индивидуальных факторов риска.

РОДЫ С РУБЦОМ НА МАТКЕ: ПРЕДИКТОРЫ УСПЕХА

Покусаева К.Б., Каткова Н.Ю., Дзюба А.К., Скосырева М.Н., Безрукова И.М.

г. Нижний Новгород

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Актуальность

На протяжении последних десятилетий неуклонный рост частоты кесарева сечения был оправдан четкой корреляцией со снижением показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Однако уже сегодня мы наблюдаем слабую отрицательную связь высокой распространенности абдоминального родоразрешения с количеством перинатальных потерь, причем в большей степени она все еще сохранена в учреждениях 3 уровня и связана с развитием неонатальных технологий. Учитывая то, что в структуре показаний к оперативному родоразрешению контингент беременных с рубцом на матке занимает первое место, влагалищные роды после кесарева сечения являются важным резервом снижения необоснованной акушерской агрессии.

Цель

Выявление предикторов успешных влагалищных родов у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 140 истории родов пациенток, родоразрешенных на базе ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» в 2021–2022 гг. Основную группу



составили 91 беременная с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения, у которых планировалось влагалищное родоразрешение. В зависимости от исходов родов основная группа была разделена на 2 подгруппы: 78 пациенток с успешными родами через естественные родовые пути (подгруппа А) и 13 женщин с экстренным кесаревым сечением (подгруппу В). В контрольную группу были включены 49 пациенток без рубца на матке, выбранных сплошным слепым методом.

Результаты

Исходный метаболический профиль пациенток подгруппы А оказался более благоприятным в сравнении с подгруппой В, что нашло отражение как в более низком прегравидарном индексе массы тела – 24,0 кг/м² и 25,3 кг/м² соответственно ($p=0,03$), так и в распространенности ожирения, которое в 2,5 раза встречалось у пациенток с рубцом на матке, родоразрешенных путем операции кесарева сечения (8,9%) в сравнении с теми, кто в основной группе имел успешные влагалищные роды (23,07%) ($p=0,033$). Наличие родов через естественные родовые пути в подгруппе А – 15,6% ($n=32$) не имело статистических различий с подгруппой В – 16,6% ($n=5$) ($p>0,05$). Анализ предшествующего кесарева сечения у пациенток основной группы показал, что наиболее частыми показаниями к нему стали: клинический узкий таз – 17,9% ($n=14$), неправильное положение плода – 14,2% ($n=13$), слабость родовой деятельности – 13,1% ($n=12$), дистресс плода – 12,08% ($n=11$). При этом в подгруппе В наиболее частым показанием являлась слабость родовой деятельности – 30,76% ($n=4$). Нами не было установлено различий в частоте преиндукции, индукции родов и использовании эпидуральной аналгезии между подгруппами А и В ($p>0,05$). Однако при сравнении основной группы с контрольной наблюдается более частое использование окситоцина с целью индукции родов ($p=0,043$) и эпидуральной аналгезии ($p=0,021$), что, вероятно, связано с большим процентом программированных родов в группе женщин с рубцом на матке. Такие осложнения родов как аномалии родовой деятельности, кровотечения в раннем послеродовом периоде не имели статистических различий между основной и контрольной группами ($p>0,05$). Частота оперативного родоразрешения в основной группе (14,3%) и группе контроля (14,3%) не отличались ($p>0,05$). Вес новорожденных в подгруппе А был меньше (3098 г), чем в подгруппе В (3355 г) и в контрольной группе (3435 г).

Заключение

Предикторами успешных влагалищных родов у пациенток с рубцом на матке по данным нашего исследования стали нормальный индекс массы тела, отсутствие ожирения и небольшая предполагаемая масса плода. Напротив, наличие в анамнезе кесарева сечения, проведенного в связи со слабостью родовой деятельности, является прогностически неблагоприятным фактором для последующих родов через естественные родовые пути. Вопреки ожиданиям, анамнез естественных родов не увеличил вероятность влагалищных родов при наличии рубца на матке.



ДИНАМИКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Полухова Е.В., Фириченко В.И.

г. Москва

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Актуальность

От 20 до 40% женщин репродуктивного возраста испытывают в той или иной степени симптомы предменструального синдрома (ПМС). У 4–10% пациенток они носят выраженный характер и могут приводить к нарушению социальной и профессиональной адаптации.

Цель

Оценить динамику уровня социального и профессионального функционирования на фоне гормональной терапии и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при лечении тяжелых форм предменструального синдрома.

Материалы и методы

Проведены гормональные и экспериментально-психологические методы исследования. Среди 56 обследованных женщин в возрасте от 19 до 48 лет с подтвержденным диагнозом ПМС тяжелой степени только у 21(37,5%) выявлены гормональные нарушения: у 6 (10,7%) -гиперпролактинемия, у 3 (5,4%) – гиперэстрогения, у 5 (8,9%) – гипопрогестеронемия и у 7(12,5%)-изменения уровней ЛГ и ФСГ. Этим пациенткам для коррекции гормонального дисбаланса и устранения проявлений ПМС, в зависимости от выявленных гормональных нарушений, применяли гормональные средства: каберголин, дидрогестерон, комбинированные оральные контрацептивы на протяжении 3–6 менструальных циклов. Пациентки без гормональных нарушений получали антидепрессант флуоксетин в дозе 20 мг в сутки на протяжении 3 менструальных циклов. Уровень социальной адаптации оценивали с помощью Шкалы Оценки Социального и Профессионального Функционирования (SOFAS, DSM-IV).



Результаты

У 14 (25%) пациенток после завершения полного курса гормональной терапии было отмечено клиническое улучшение. Сравнительный анализ результатов тестирования по шкале SOFAS указал на повышение уровня социальной адаптации на 26% (с $58,8 \pm 0,8$ баллов исходно до $79,9 \pm 1,7$ балла, $p < 0,001$). Однако у 3 (5,4%) женщин не зарегистрировано никаких изменений в ответ на гормонотерапию, а у 4 (7,1%) отмечалось утяжеление симптомов ПМС, что потребовало отмены гормональных средств и назначения СИОЗС – флуоксетина. Эффективность терапии флуоксетином оценена у 42 (75%) пациенток, переносимость препарата была хорошей. Уже на 4 неделе терапии отмечено достоверное улучшение, выразившееся в повышении самооценки больных, существенном уменьшении межперсональных конфликтов, улучшении уровня социальной адаптации, что нашло отражение в динамике показателей по шкале SOFAS. Средний балл по этой шкале по окончании курса антидепрессивной терапии повысился на 29% и составил $81,1 \pm 1,8$ балла при исходном $57,7 \pm 0,8$ ($p < 0,001$), что подтверждает достаточно высокий уровень социальной активности.

Заключение

Таким образом, в результате исследования установлено, что серотонинергические антидепрессанты, флуоксетин в частности, и в меньшей степени гормонотерапия успешно купируют проявления предменструального синдрома и приводят к улучшению социальной и профессиональной активности больных.

РОЛЬ АНКЕТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ К БУДУЩЕМУ РЕБЕНКУ

Прилуцкая В.А., Дражина О.Г., Басалай Т.К., Булачкина Т.А.

г. Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «Городской клинический родильный дом № 2», г. Минск, Беларусь

Актуальность

Взаимоотношения между матерью и ребенком начинаются задолго до его рождения. По аналогии с материнской привязанностью к малышу в течении гестации формируется материнско-фетальная привязанность. Антенатальная привязанность связана с благоприятным поведением матери в отношении пренатального здоровья, неонатальных исходов и дальнейшего развития ребенка.



Цель

Оценить роль и возможности анкетирования беременных для оценки становления материнско-фетальной привязанности.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 57 беременных женщин в УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» Минска в 2023 году. Возраст участниц исследования колебался от 20 лет до 41 года с медианой 32 года, срок беременности – 108 до 291 дней. Медиана гестации составила 35 (30–36) недель. С учетом возраста женщин из группы обследованных выделено две группы: Группа 1 (Гр1) – 41 женщина младше 35 лет (30 (25–32) лет), Группа 2 (Гр2) – 16 женщин от 35 лет и старше (37 (35–40) лет). При анкетировании использовали руссифицированный валидированный опросник «Шкала антенатальной материнской привязанности» («Maternal antenatal attachment scale»), состоящий из 19 вопросов и позволяющий оценить два ведущих компонента антенатальной привязанности: «качество» и «интенсивность». Обработка полученных данных выполнялись с использованием статистических пакетов Excel, Statistica 10.0. Анализ количественных данных выполнен с помощью U-критерия Манна–Уитни, корреляционный анализ – коэффициента корреляции Спирмена (rs). Различия между показателями считали значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95,5% ($p < 0,05$).

Результаты

Женщины выделенных групп были сопоставимы по количеству беременностей (Гр1 – 2 (1–3), Гр2 – 1 (1–2), $U=11,5$; $p=0,113$) и гестационному сроку на момент анкетирования (35 (30–39) и 32 (29–39) недель соответственно, $U=172,5$; $p=0,167$). Нами установлены статистически значимые различия обоих ведущих компонентов: «качество привязанности» (Гр1 – 27 (24–30) балла, Гр2 – 30 (28–33) балла, $U=195,5$; $p=0,019$) и «интенсивность привязанности» (Гр1 – 50 (48–52), Гр2 – 52 (50–54) балла, $U=216,0$; $p=0,048$). Соответственно выявлено статистически значимо более высокое значение общего показателя материнско-фетальной у женщин 35 лет и старше ($U=178,5$; $p=0,008$). При корреляционном анализе установлено, что балльная оценка ряда вопросов коррелировала со сроком гестации: вопрос 3 – $rs=-0,31$, $p=0,028$, вопрос 9 – $rs=-0,30$, $p=0,037$, вопрос 3 – $rs=-0,32$, $p=0,024$, вопрос 17 – $rs=0,40$, $p=0,002$, вопрос 19 – $rs=0,27$, $p=0,047$.

Заключение

Анкета «Шкала антенатальной материнской привязанности» в руссифицированном варианте удобна для практического применения в амбулаторных условиях, позволяет объективно оценивать особенности и динамику формирования материнско-фетальной привязанности. Установлен ее статистически достоверный рост с увеличением срока беременности. Выявлены значимые различия шкал «качество привязанности» ($p=0,019$) и «интенсивность привязанности» ($p=0,048$) с учетом возраста женщин. Целесообразны



дальнейшие исследования для определения роли анамнеза и особенностей течения настоящей беременности в формировании материнской привязанности к будущему ребенку.

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА И ЕЕ ЗНАЧИМОСТЬ В ДИАГНОСТИКЕ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Пронина В.А.

г. Москва

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

Актуальность

На сегодняшний день этиология и патогенез эндометриоза до конца не установлены несмотря на наличие более 10 гипотез его возникновения. Одной из них является теория бактериального заражения, выдвинутая японскими исследователями в 2010 году. Известно двунаправленное влияние микробиома и эндометриоза друг на друга, однако, патогенетические механизмы этого взаимоотношения и возможные маркерные микроорганизмы до сих пор не установлены.

Цель

Проанализировать состав кишечной микробиоты у пациенток с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ), выявить значимые отличия при оценке с использованием группы сравнения.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование были включены 56 женщин (ср. возраст $31,5 \pm 6,21$ лет) с наличием признаков НГЭ по данным МРТ органов малого таза и 35 женщин группы сравнения (ср. возраст $30,8 \pm 5,34$ лет) с отсутствием эхографических признаков генитального эндометриоза. Применялись культуральные методы исследования с использованием расширенного спектра питательных сред и последующей видовой идентификацией микроорганизмов с помощью MALDI-TOF масс-спектрометрии.

Результаты

На первичном этапе проводилась оценка частоты встречаемости органической и функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациенток с НГЭ для определения целесообразности исследования кишечной микробиоты. Установлено, что ка-



ждая 4-я пациентка с НГЭ имела субъективные жалобы на дисхезию (15/56, 26,8%), а более 60% отмечали изменение характера стула в менструацию в виде его послабления или констипации (35/56, 62,5%). У 17/56 (30,4%) пациенток с эндометриозом имелось сопутствующее органическое заболевание ЖКТ, у 13/56 (23,2%) отмечалось наличие СРК.

В основной и группе сравнения выделены 656 и 477 штаммов микроорганизмов соответственно, микробное разнообразие представлялось 5 основными типами: Bacillota (бывш. Firmicutes), Bacteroidota (бывш. Bacteroidetes), Actinomycetota (бывш. Actinobacteria), Pseudomonadota (бывш. Proteobacteria) и Ascomycota. Превалирующими типами микроорганизмов в основной и группе сравнения были Bacillota (45,27% и 41,39%) и Bacteroidota (18,29% и 19,71% соответственно), при этом, у пациенток с НГЭ отмечался значимо больший индекс Bacillota/Bacteroidota в отличие от условно здоровых женщин ($p = 0,04806$). Было показано, что для пациенток с НГЭ характерно статистически значимо меньшее как видовое, так и таксономическое разнообразие микроорганизмов ($p < 0,01$).

Микробиологический состав кишечника пациенток с НГЭ характеризовался меньшим видовым и таксономическим разнообразием, в большей степени был представлен факультативно-анаэробными условно-патогенными микроорганизмами (УПМ) Streptococcus spp., Staphylococcus spp., Enterococcus spp., облигатно-анаэробными УПМ Clostridium spp., а также характеризовалась более низким количеством комменсальных микроорганизмов Bifidobacterium spp. и Weissella spp. в отличие от условно здоровых женщин. При этом, чем тяжелее форма НГЭ, тем ниже было альфа-разнообразие. У каждой 7-й пациентки с НГЭ высеивались бактерии E. avium (8/56, 14,9%), в то время как у условно здоровых женщин они отсутствовали ($p = 0,02$).

Заключение

В связи со столь значимой частотой встречаемости органической и функциональной патологии ЖКТ, а также кишечных симптомов у женщин с НГЭ, целесообразным является оценка состава кишечной микробиоты. Для пациенток с НГЭ в большей степени характерно снижение видового богатства, более высокое соотношение Bacillota/Bacteroidota, а также количество факультативно- и облигатно-анаэробных УМП при снижении относительного числа бактерий-комменсалов.

СИНТЕЗ КОЛЛАГЕНА В ШЕЙКЕ МАТКИ

Рамазанова М.Р., Андреева М.В.

г. Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия



Актуальность

Строение шейки матки человека вызывает огромный интерес у широкого круга исследователей из различных областей медицины, начиная с фундаментальных наук – нормальная и патологическая анатомия, гистология, физиология и, заканчивая клиническими дисциплинами – акушерство и гинекология, онкология, эндокринология и другие. Однако, как показывает анализ литературы, наибольшее количество работ посвящено изучению особенностей строения эпителиальной пластинки слизистой эндометрия цервикса и очень мало данных по строению его средней оболочки.

Цель

Изучить иммуногистохимические особенности накопления коллагенов I и III типов в шейке матки у женщин с элонгацией шейки матки.

Материалы и методы

Обследовано 34 пациенток в возрасте от 30 до 50 лет с элонгацией шейки матки, которым проводилась ампутация шейки матки. Контрольную группу составили 30 женщин в возрасте от 30 до 50 лет без признаков пролапса гениталий, которым проводилась гистерэктомия абдоминальным доступом по поводу миомы матки. Все пациентки были сопоставимы по паритету родов. От каждой пациентки был получен биоптат шейки матки. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону и фукселином по Вейгерту. Изготавливались дополнительные неокрашенные срезы на полилизиновых стеклах и проводились иммуногистохимические реакции по стандартной методике с тепловой демаскировкой антигенов с использованием первичных антител к коллагену I и III.

Результаты

При иммуногистохимическом анализе, в отличие от группы сравнения, у пациенток с ЭШМ наблюдаются резкие колебания в количественном содержании и распределении изученных типов коллагеновых белков. Пучки волокон, экспрессирующие коллагены I и III типов, в шейке матки имеют разнонаправленный ход. Как общую закономерность можно подчеркнуть лишь нарушение соотношения коллагенов I и III типа в сторону преобладания коллагена III типа.

Заключение

Коллаген VIII типа – так называемый эндотелиальный коллаген. В шейке матки его содержание невелико. Считается, что его функциональная значимость заключается в сохранении устойчивости дифференцированного фенотипа эндотелиоцитов, особенно при ангиогенезе. В шейке матки с проявлениями элонгации возникает коллагенопатия, ведущая к нарушению архитектоники, топографии тканевых структур. При дисплазии соединительной ткани имеет место нарушение соотношения различных типов коллагена.



Прогрессирование процесса связано с нарушением накопления и распределения коллагенов I, III и качественным нарушением коллагенообразования, что приводит к снижению опорной, формообразовательной, трофической функции соединительной ткани.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА

Савицкая В.М., Дражина О.Г., Карпович О.Н.

г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Актуальность

Контрацепция – это не только способ избежать нежелательной беременности, но и возможность сохранения и укрепления женского здоровья, чтобы родить здорового ребенка именно в тот момент, когда хочется. К методам контрацепции предъявляются следующие требования: они должны быть надежны, безопасны для здоровья женщины и партнера, не приводить к бесплодию после отмены их, не обладать тератогенностью, быть простыми в употреблении. Необходимость контроля за рождаемостью привела к созданию разнообразных методов контрацепции, которые применялись в первобытном обществе и существуют в настоящее время.

Противозачаточные гормональные таблетки можно назвать вторым по значимости событием в жизни женщины 20 века (после признания избирательного права).

Цель

Определить особенности индивидуального подхода в назначении комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

Материалы и методы

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 21 амбулаторной карты женщин, принимающих КОК.

Результаты

Оценка приемлемости КОК и выбор препарата – трудные и ответственные задачи. При назначении КОК мы изучили психосоциальные особенности личности пациентки, так как во время приема КОК требуется определенная собранность, ответственность и самодисциплина, стабильный и физиологический по времени суток трудовой режим.



Второй шаг – исследование семейного и личного анамнезов пациентки, антропометрических, гинекологических и медицинских параметров и характеристик, особенно возраста женщины. Здесь важно учесть особенности взаимодействия препаратов для ГК с другими лекарственными средствами и алкоголем.

Третье неперемное условие – строгое соблюдение принципов «good clinical practice», что предусматривает не только максимально полную оценку возможных рисков гормональной контрацепции для конкретной пациентки, но и ее обязательное информированное согласие на использование конкретного препарата.

На фоне приема гормональных контрацептивов мы наблюдали положительные изменения: менструальный цикл становился более регулярным и даже управляемым, уменьшалась менструальная кровопотеря, устранялся предменструальный синдром и дисменорея, снижалась частота воспалительных заболеваний органов таза и мастопатии, уменьшался риск остеопороза, облегчалось течение угревой сыпи, эндометриоза.

Для подростков характерно: умеренная насыщенность эстрогенами, высокая чувствительность рецепторного аппарата органов-мишеней, относительный дефицит прогестерона, физиологическая гиперандрогения. У них назначали КОК с низким содержанием этинилэстрадиола, прогестаген с выраженными гестагенными свойствами и обязательно должен быть антиандрогенный эффект препарата (такими свойствами обладают КОК, содержащие дроспиренон).

Для женщин позднего репродуктивного периода характерно: относительно высокая фертильность, увеличение количества экстрагенитальной/ генитальной патологии. Поэтому требования к КОК следующие: надёжность, лечебный эффект, минимальный риск метаболических нарушений. В этом случае также более физиологичны дроспиренон содержащие КОК, которые обеспечивают антиминералокортикоидный и антиандрогенный эффекты, и тем самым не способствуют увеличению массы тела. Могут применяться у женщин с различными метаболическими нарушениями (ожирение, гирсутизм, СПКЯ).

Заключение

Таким образом, выбор метода контрацепции должен проводиться с учетом таких основных факторов, как:

- контрацептивная эффективность
- приемлемость
- безопасность
- неконтрацептивные свойства метода, которые могут дать лечебный эффект
- возможность развития побочных реакций,
- степень риска в случае наступления нежелательной беременности



- восстановление фертильности
- планирование будущих беременностей

Обязателен индивидуальный подход к каждой пациентке!

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯИЧНИКОВ

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

Проведение программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в некоторых случаях приводит к различным осложнениям (синдром гиперстимуляции, внутрибрюшное кровотечение). С целью забора ооцитов в программах ЭКО проводится трансвагинальная пункция яичников, во время которой наносится травма ткани яичников, и в большинстве случаев объем кровопотери незначителен, однако в некоторых ситуациях необходимо проведение коррекции объема кровопотери. Многие авторы отмечают выраженный кровесберегающий эффект при использовании антифибринолитических препаратов, и в частности транексамовой кислоты (ТК).

Цель

Оценка эффективности использования транексамовой кислоты для снижения риска развития кровотечения и\или уменьшения объема кровопотери во время проведения трансвагинальной пункции яичников.

Материалы и методы

Проведен анализ истории болезни 257 пациенток, которым с профилактической целью вводился дицинон (этамзилат) перед процедурой ЭКО (1 группа) и 872 пациентки (2 группа), которым вводилась ТК за 30–40 минут до начала процедуры ЭКО в дозе 10 мг\кг массы тела (в разведении с изотоническим раствором натрия хлорида 0,9%-200,0 мл). При необходимости пациенткам 2 группы после процедуры ЭКО транексамовая кислота вводилась повторно в той же дозе. Длительность процедуры составляла 5–17 минут. У всех пациенток проводилось исследование гемостаза, причем, исходных нарушений свертывающей системы крови в обеих группах больных обнаружено не было. У всех пациентов отмечались стабильные показатели гемодинамики и газообменные функции легких в периоперационном периоде. Все пациентки не имели между собой статистически зна-



чимых различий в возрасте, весе, исходной патологии метаболизма, и особенно, системы гемостаза.

Результаты

Сравнительный анализ между группами установил, что у 12 больных 1 группы была необходимость после пункции яичников в проведении динамического наблюдения и обследования с постоянным контролем УЗИ, лабораторного мониторинга (общий анализ крови, параметры гемостаза и др.) и инфузионной терапии (стерофундин, растворы крахмала, свежезамороженная плазма) в течение 2–3 суток, причем у 2 пациентов потребовалось проведение диагностической лапароскопии с целью хирургического гемостаза, в связи с наличием внутрибрюшного кровотечения. У больных 2 группы у 18 женщин была необходимость в дополнительном введении ТК после процедуры ЭКО (через 15–20 минут) в дозе 10 мг\кг массы тела. Необходимо отметить, что большинство пациенток перед программой ЭКО получают длительную антикоагулянтную терапию, в связи с наличием у данной категории женщин тромбофилии, особенно если наблюдались предыдущие неудачные попытки ЭКО. Остальные пациентки 2 группы были выписаны в удовлетворительном состоянии уже через 2–3 часа после процедуры ЭКО.

Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что профилактическое использование транексамовой кислоты в дозе 10 мг\кг массы тела перед процедурой ЭКО позволяет эффективно устранить возможные риски кровотечения.

Резюме на русском языке. Проведена оценка эффективности использования транексамовой кислоты перед проведением трансвагинальной пункции яичников, что позволяет уменьшить риски кровотечения.

Резюме на английском языке. The effectiveness of the use of tranexamic acid was evaluated before transvaginal puncture of the ovaries, which reduced the risk of bleeding.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ

Саипова М.Л., Каримова Ф.Д., Рахманова С.Ш., Джураева Д.Л.

г. Ташкент

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность

Гестационные изменения, начинающиеся в организме женщины с самых ранних сроков беременности, напоминают процессы, наблюдаемые при метаболическом синдроме.



ме (МС), они направлены на формирование энергетических ресурсов у матери и плода. Прегестационная инсулинорезистентность (ИР) лежат в основе многих акушерских и неонатальных осложнений. Неполноценность второй фазы менструального цикла запускает универсальный механизм нарушения первой и второй волны инвазии трофобласта, десинхронизацию локальных процессов фибринолиза и образования фибрина, недостаточную продукцию протеаз, разрушающих внеклеточный матрикс эндометрия.

Цель

Разработать оптимальную программу медицинского обследования беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной системы в рамках прегравидарного метаболического синдрома, которая позволит прогнозировать влияние дисфункции вегетативной нервной системы, нарушений углеводного и липидного обмена, регуляции.

Материалы и методы

Исследование проводилось в период с 2021 по 2023 годы на базе 2 родильного дома г. Ташкента. Практическая составляющая представлена исследованием 237 беременных с нормальной массой тела, изолированным ожирением I, II степени.

Основные критерии включения в 1 и 2 группы: беременность одним живым плодом до 12 недель гестации, абдоминальная форма, преконцептуальное экзогенное ожирение I-II степени. Критериями включения в 3-ю группу было отсутствие данных о преконцептуальном ожирении и клинически значимой соматической или функциональной патологии. Критериями исключения из исследования для всех групп являлись выявление симптоматического характера ожирения, артериальной гипертензии и/или сахарного диабета, сахарного диабета 1 типа, многоплодной беременности, запланированного или самопроизвольного прерывания беременности.

Результаты

Анализ динамики массы тела у испытуемых показал, что к 24-й неделе гестации ее патологическое увеличение имелось у 68,8% женщин контрольной группы, 38,3% подгруппы с ожирением I стадии и у 36,0% женщин со II стадией. ожирение степени без ПМС, в 32,3% подгруппы с ожирением первой степени и в 33,3% с ожирением второй степени на фоне предменструального синдрома (ПМС).

Степень ожирения имела достоверно большее значение у женщин с сахарным диабетом 2 типа на фоне ПМС: если у женщин с ожирением I степени на фоне ПМС средний уровень глюкозы в крови натощак составлял $5,7 \pm 0,8$ ммоль/л, то через 1 час после пищевая нагрузка увеличилась до $10,0 \pm 1,1$ ммоль/л, а через 2 часа снизилась до $5,7 \pm 0,5$ ммоль/л, затем в подгруппе с ожирением II степени средние значения таковы: гликемия натощак и постпрандиальная гликемия были выше – $6,2 \pm 0,9$ и $6,5 \pm 0,8$ ммоль/л соответственно.



Самые низкие уровни общего холестерина, липопротеиды низкого и очень низкого плотности (ХС ЛПОНП) были у женщин с нормальной массой тела до беременности (контрольная группа) с относительно высокими значениями триглицерида (ТГ). На уровень холестерина липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), напротив, отрицательное влияние оказали степень ожирения и выраженность нарушений углеводного обмена, то есть минимальный уровень холестерина ЛПВП был у женщин с ожирением II степени в структуре ПМС ($1,10 \pm 0,38$ ммоль/мин). л), а максимальный – в контрольной группе ($1,81 \pm 0,55$ ммоль/л).

Заключение

Женщины с сочетанием патологической прибавки массы тела, дислипидемии, сахарного диабета, артериальной гипертензии, диагностированной во время беременности, представляют собой группу высокого риска развития осложнений во время беременности, сравнимого с таковым у женщин с ПСМ, а также данных синдромов трансформации при экзогенном ожирении. сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия в отдаленном периоде после родов. Чрезмерное повышение уровня ТГ, ХС ЛПОНП в сочетании со снижением ХС ЛПВП в условиях увеличения гестационного возраста у женщин с изолированным ожирением, сочетанием ожирения и гестационных нарушений углеводного обмена или ПМС является фактором риска трансформации физиологической дислипидемии в патологическую.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Сафарова С.С., Сафарова С.С., Султанова И.А.

г. Баку

Азербайджанский Медицинский Университет

Актуальность

Синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) часто сопровождается заболеваниями органов дыхания, в частности бронхиальной астмой. Как СПКЯ, так и астма, являются многофакторными, хроническими заболеваниями, характеризующимися рядом взаимосвязанных патогенетических механизмов, таких как нарушения обмена веществ, гормональный дисбаланс, воспалительный процесс и т.д. Несмотря на существование данных, свидетельствующих о склонности пациентов с СПКЯ к развитию астмы, вопрос о том, является ли одно заболевание независимым фактором риска развития другого, остается спорным.



Цель

Определить наличие взаимосвязи между астмой и СПКЯ у женщин в постменопаузальном периоде, выявить общие факторы риска, неблагоприятно влияющие на здоровье женщин.

Материалы и методы

За период с 2021–2022 гг. на базе терапевтической клиники университета было проведено проспективное исследование с участием 105 женщин ($51,7 \pm 1,9$ лет) в постменопаузальном периоде с диагнозом СПКЯ в анамнезе; контрольную группу составили 92 женщины ($50,4 \pm 3,7$ лет) без СПКЯ в анамнезе. У пациенток собирался анамнез на наличие астмы и применение противоастматических препаратов. У всех обследуемых были получены данные, включающие индекс массы тела (ИМТ), соотношение талии и бедер (ОТБ), данные УЗИ, а также артериальное давление. Проводилась иммуноферментная оценка в сыворотке крови свободного тестостерона, инсулина, 25 (ОН) витамина D, фолликулолестимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и липидного профиля. Рассчитывался индекс НОМА, проводился пероральный тест на толерантность к глюкозе с 75 г. Полученные данные были проанализированы с использованием программы SPSS для Windows (v 25.0).

Результаты

Результаты показали, что астма наблюдалась чаще у женщин с СПКЯ по сравнению с женщинами без СПКЯ в анамнезе (22% против 9% соответственно; $P=0,03$). Женщины с СПКЯ, страдающие астмой, имели тенденцию к более высокому ИМТ по сравнению с женщинами с СПКЯ без астмы ($32,9 \pm 0,9$ против $27,7 \pm 1,4$ кг/м²; $p=0,03$). Женщины без СПКЯ, страдающие астмой, также имели более высокий ИМТ по сравнению с женщинами без астмы (5/8). Повышенный индекс НОМА был фактором связанным с наличием астмы при СПКЯ и в группе контроля (22%, 6%; $p=0,003$). Среди метаболических компонентов ОТБ ($p=0,02$) и повышенный уровень глюкозы или предиабет ($p=0,01$) были связаны с выявлением астмы. Более раннее менархе или нерегулярные менструации в анамнезе женщин с СПКЯ, также указывали на повышенную восприимчивость к астме. Была выявлена связь между отклонениями уровней половых гормонов и астмой. По сравнению с женщинами не страдающими астмой, пациентки с астмой демонстрировали повышенный уровень свободного тестостерона ($p=0,02$). Пациентки с СПКЯ и астмой имели значимо более высокие значения общего холестерина и липопротеинов низкой плотности ($p<0,05$) и более низкий уровень 25 (ОН) витамина D ($p=0,003$) по сравнению с контрольной группой. Другие показатели не были значимо связаны с наличием астмы.

Заключение

У женщины с СПКЯ избыточный вес/ожирение, резистентность к инсулину и повышенный уровень свободного тестостерона были независимо связаны с астмой. Дальнейшее



изучение патогенетических механизмов связывающих СПКЯ с астмой может позволить оптимизировать стратегию профилактики и лечения данной категории пациенток.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Свиридова Н.И., Артюмакова А.Ю., Абраамян Л.К.

г. Волгоград

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава
РФ*

Актуальность

Смена репродуктивного поведения, отложенное деторождение стали неотъемлемыми признаками цивилизации во всем мире. Данный факт свидетельствует о высокой потребности наших соотечественниц в надежной контрацепции. Всесторонний учет потребностей женщины повышает приверженность выбранной терапии и позволяет принимать КОК длительно, вплоть до возраста естественной менопаузы с перерывами на реализацию репродуктивной функции.

Цель

Оценка особенностей психоэмоциональных и когнитивных показателей у женщин репродуктивного возраста на фоне приема КОК, содержащего Эстетрол в комбинации с Дроспиреноном.

Материалы и методы

Проведено обследование 64 пациенток, обратившихся для подбора контрацепции в Клинико-диагностическое отделение ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2». Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 45 лет; показания к применению препарата, содержащего Эстетрол / Дроспиренон, с целью пероральной контрацепции; информированное добровольное согласие пациенток на участие в исследовании. Критерии исключения: противопоказания к приему препарата, содержащего Эстетрол / Дроспиренон, в соответствии с локальной инструкцией по применению; любые медицинские и немедицинские причины, которые по мнению врача не позволяют пациентке принять участие в наблюдательном исследовании; планирование беременности в период проведения исследования.



Изучение психоэмоционального статуса и когнитивных особенностей обследуемых пациенток выполнялось исходно и через 3 месяца от начала приема КОК «Эстеретта».

Оценка психоэмоционального статуса и когнитивных показателей обследуемых пациенток проводилась по пяти доменам: Домен «Физическая активность» (Международный опросник для определения физической активности, International Questionnaire on physical activity – IPAQ); Домен психосоциальный (Тест на оценку уровня тревоги); Домен «Депрессия» (Опросник оценки уровня депрессии пациентки по 9 вопросам (The 9-question Patient Health Questionnaire (PHQ-9)); Домен «Ночной сон» (Шкала тяжести инсомнии для оценки степени нарушения сна); Домен когнитивный (Краткая шкала оценки психического статуса, (Mini-Mental State Examination, MMSE).

Результаты

Согласно результатам исследования, гиподинамия диагностирована у 56 (87,5%) женщин, в то время как адекватная физическая активность установлена лишь в 12,5% случаев. Высокий уровень тревоги отмечен у 48 (75%) женщин, средний уровень тревоги – в 15,6% случаев. В подавляющем большинстве случаев (68,8%) диагностирована умеренная депрессия, у каждой пятой пациентки (21,9%) – легкая депрессия, в то время как минимальный уровень депрессии (1–4 балла) отмечен лишь у 3 (4,7%) обследуемых. Проблемы со сном отсутствовали лишь у 7 (10,9%) женщин, в то время как в 89,1% случаев диагностированы различные степени тяжести инсомнии. У каждой третьей пациентки (37,5%) отмечены легкие когнитивные нарушения, проявляющиеся, забывчивостью, снижением памяти, трудностями концентрации внимания, а также повышенной утомляемостью при умственной работе.

Спустя три месяца от начала приема КОК, содержащего Эстетрол, отмечено положительное влияние на показатели психоэмоционального статуса и когнитивную функцию обследуемых пациенток, о чем свидетельствовало расширение объема физической активности пациенток; снижение уровня тревоги и депрессии; повышение удовлетворенности количеством и качеством сна.

Заключение

Имеющиеся на сегодняшний день данные относительно нейропротективного эффекта Эстетрола в отношении центральной нервной системы требуют дальнейшего изучения и осмысления.



ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Свиридова Н.И., Максимов С.Н., Пурясева К.А.

г. Волгоград

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава
РФ*

Актуальность

Проблема гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) является одной из актуальных проблем современной гинекологии. Неослабевающий интерес к ней определяется тенденцией ГПЭ к длительному, рецидивирующему течению, отсутствием специфических, патогномоничных симптомов, сложностью дифференциальной диагностики и выбора методов лечения. Несмотря на то, что гиперплазия эндометрия (ГЭ) рассматривается в качестве фактора риска или предшественника рака тела матки, данной проблеме уделяется достаточно скромное внимание. Вместе с тем, накопилось много нерешенных вопросов, которые требуют научного освещения и дальнейшей разработки.

Цель

Изучить особенности структуры и распространенности ГПЭ у пациенток репродуктивного возраста г. Волгограда и Волгоградской области.

Материалы и методы

Проведен анализ гистологических исследований соскобов эндометрия, полученных при диагностическом выскабливании стенок полости матки под контролем гистероскопии у 2604 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет за период с 2019 г. по 2023 г. на базах гинекологического отделения ГБУЗ ВОКПЦ №2 и гинекологического отделения ГБУЗ КБ СМП №7 г. Волгограда. Показанием к плановой госпитализации явилось наличие эхографических признаков ГЭ или полипов эндометрия (ПЭ) у 12,5% пациенток, для экстренной госпитализации – наличие аномальных маточных кровотечений (АМК) различного характера у 87,5% обследованных.

Результаты

В ходе исследования установлено, что в структуре морфологического состояния эндометрия преобладали воспалительные изменения слизистой оболочки матки. К ним следует отнести хронический эндометри (ХЭ), диагностированный у 482 (18,5%) больных, очаговую гиперплазию функционального и базального слоя эндометрия, выявленную у 323 (12,4%) пациенток, а также плазмоцитарную инфильтрацию стромы, обнаружен-



ную в 6,5% наблюдений. Наиболее часто встречались ПЭ – у 1198 пациенток (46,0%). При этом в 25,4% случаев, среди них преобладали полипы на фоне неизменного эндометрия. Однако, у 214 (8,2%) пациенток полипы диагностированы на фоне хронических воспалительных изменений в эндометрии. ПЭ в сочетании с очаговой ГЭ выявлены в 7,1% случаев. ГЭ без атипии диагностирована у 244 (9,4%) пациенток, в то время как атипичная гиперплазия эндометрия встречалась у 146 (5,6%) пациенток. В результате проведенного исследования, аденокарцинома эндометрия выявлена у 47 (1,8%) обследуемых.

Проведен анализ частоты выявления различных форм ГПЭ у пациенток репродуктивного возраста за период 2019–2023 гг. Следует отметить, что частота встречаемости ГЭ без атипии у данной когорты больных на протяжении последних лет имеет тенденцию к постепенному снижению: доля пациенток с ГЭ без атипии снижалась в среднем на 0,38% в год ($r=-0,686$, $p<0,05$). Это свидетельствует о появлении в гинекологической практике современных возможностей в лечении впервые возникшей ГЭ. Однако, частота выявления сочетанных форм ГЭ без атипии (ГЭ в сочетании с ХЭ или ПЭ), в патогенезе которых преобладают инфекционно-воспалительные и иммунологические нарушения, в течение последних лет увеличилась в 2,3 раза: отмечено повышение показателя в среднем на 1,99% в год ($r=0,996$, $p<0,01$). Это свидетельствует об отсутствии дифференцированных патогенетических методов лечения данной патологии у женщин репродуктивного возраста. Аналогичная тенденция отмечена и в отношении ПЭ.

Заключение

Таким образом, различные формы ГПЭ отличаются по распространенности и динамике выявляемости в репродуктивном периоде. Это отражает их существенные различия в этиопатогенезе и характере течения, что необходимо учитывать при планировании дифференцированного подхода к тактике ведения пациенток с пролиферативными изменениями в эндометрии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.

г. Волгоград

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава
РФ*



Актуальность

В последнее десятилетие отмечается значительный рост заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ). С этих позиций, особого внимания заслуживают цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN), которые предшествуют развитию инвазивного рака шейки матки. Как известно, жировая ткань является активным эндокринным органом. Повышенный уровень эстрогенов и адипокинов, вырабатываемых жировой тканью на фоне метаболического синдрома, а также рост концентрации провоспалительных цитокинов могут увеличивать риск персистенции ВПЧ.

Цель

Изучить особенности течения цервикальных интраэпителиальных неоплазий слабой степени у пациенток репродуктивного возраста с ожирением.

Материалы и методы

Нами проведено обследование 68 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет с морфологически верифицированной CIN I, обратившихся на этапе планирования беременности. Критерии включения в исследование: возраст пациенток от 18 до 35 лет, наличие гистологически верифицированной CIN I; цитологически подтвержденный диагноз LSIL; удовлетворительная кольпоскопическая картина; наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска; согласие использовать барьерный метод контрацепции в течение всего периода исследования. Критерии исключения: необходимость проведения аблационных или эксцизионных методов лечения; наличие терапии иммуномодулирующими препаратами в течение последних 6 месяцев; наличие острого или обострения хронического процесса органов малого таза; положительные тесты RW или ВИЧ; тяжелые формы экстрагенитальной патологии; нарушения свертываемости крови; злокачественные новообразования любой локализации; индивидуальная непереносимость используемых лекарственных препаратов; беременность; период грудного вскармливания.

Все пациентки случайным образом были распределены на две группы. Первую группу составили 34 пациентки, имеющие нормальную массу тела (индекс массы тела (ИМТ) составил 18,5–24,9 кг/м²). Во вторую группу вошли 34 пациентки, у 26 (76,4%) из которых диагностировано ожирение I степени и 8 (23,6%) с ожирением II степени.

Всем женщинам была выбрана тактика активного наблюдения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

Длительность наблюдения за пациентками составила 12 месяцев. Основой оценки эффективности лечения CIN I явился расчет доли пациенток с полной регрессией CIN I через 12 месяцев от начала активного наблюдения. Критерии полной регрессии CIN I: отсутствие признаков CIN I при проведении расширенной кольпоскопии; негативация ДНК-ВПЧ; отрицательный результат цитологического исследования цервикального соскоба; отсутствие морфологических признаков CIN I в биоптате.



Результаты

В ходе исследования установлено, что среди высокоонкогенных типов ВПЧ при CIN I у пациенток обеих групп преобладали: 16 тип (44,1% и 47,1% соответственно), 18 тип (20,6% и 17,6%), 31 тип (11,8% и 8,8%) и 51 тип (17,6% в обеих группах) в то время как среди низкоонкогенных типов ВПЧ преобладали: 6 тип (8,8% и 5,9% соответственно) и 11 тип (5,9% в обеих группах).

Анализ исходов плоскоклеточных интраэпителиальных поражений легкой степени через 12 месяцев показал, что в у пациенток ожирением регрессия CIN I наблюдалась у 44,1% пациенток, персистенция – в 47,% случаев, прогрессия в CIN II – в 8,8% случаев, в то время как в группе пациенток с нормальной массой тела регрессия CIN I отмечена в 67,6% случаев, персистенция – у 26,5% больных, а прогрессия в CIN II – в 5,9% случаев.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют рассматривать ожирение как фактор риска рецидива и прогрессии цервикальных интраэпителиальных неоплазий, ассоциированных с вирусом папилломы человека.

РОЛЬ ВРАЧА – ГИНЕКОЛОГА АМБУЛАТОРНО – ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Смольнова Т.Ю., Черемин М.М., Чупрынин В.Д., Чурсин В.В.

г. Москва

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

Актуальность

Немаловажная роль в выявлении и ведении пациенток с пролапсом гениталий (ПГ) принадлежит врачу акушеру-гинекологу амбулаторно – поликлинического звена и становится особенно актуальной при бессимптомном ПГ (50%) случаев и недержании мочи (НМ) – 80%. Вторым немаловажным аспектом является вопрос принятия решения о необходимости операции на данный момент или возможном консервативном ведении пациенток.

Цель

Оценить роль врача – гинеколога амбулаторно – поликлинического звена в ведении пациенток с пролапсом гениталий.



Материалы и методы

625 пациенток с ПГ. Средний возраст 55,8 лет. Анамнестические, физикальные и общеклинические методы УЗ визуализации, Различные хирургические методов лечения.

Результаты

Критериями к оперативному лечению ПГ являются: апикальная форма ПГ независимо от степени протрузии, раннее формирование ПГ после 1–2 неосложненных родов, быстрая манифестация ПГ в течение 3 лет независимо от фактора, вызвавшего пролапс, а также ПГ в сочетании с недержанием мочи. Из 625 пациенток с ПГ пациентки до 55 лет составили 82,9%. Из них до 45 лет – 55,4%, после 56 лет и более – 17,1%. Апикальные формы ПГ у пациенток до 55 лет достигали 47,1%, а в группе старше 55 лет – 22,4%. Для группы с апикальной формой ПГ были характерны диспластико-конституциональные черты: «моложавый вид», астенический долихостеномилический тип телосложения, наличие пролабирования клапанов сердца (98%), нередко с регургитацией, гипермобильность суставов (ГМС) до 4–6 баллов (даже у пожилых больных), признаки ортостатической флебопатии, плоскостопие 3 степени и т.д. Этой группе больных целесообразна хирургическая коррекция апикального ПГ не позже ближайших 3 лет после манифестации. Методом выбора могут служить абдоминальные гистеро- или вагинопексии с использованием сетчатых имплантов – «золотой стандарт у пациенток репродуктивного возраста, а в старшей возрастной группе (старше 50 лет) – сакроспинальные гистеро- или вагинопексии в различных модификациях. Основные этапы должны быть дополнены вспомогательными техниками: кольпоррафией, перинеолеваторопластикой, ТОТ. Пролапсы переднего и заднего компартмента (цисто-ректоцеле, «несостоятельность мышц тазового дна» (НМТД) или ее рубцовая деформация) отличаются «доброкачественным течением». Сформировавшись в молодом возрасте после родов в виде цисто-ректоцеле I-II степени, НМТД, рубцовой деформации шейки матки (в виде послеродовой деформации, гипертрофии передней губы, а в последующем элонгации до 4–5 см), данная форма ПГ не прогрессирует 15–20 лет. Именно элонгация шейки матки является критерием «состоятельного» связочного аппарата в условиях повреждения поддерживающих структур (леваторного плато). Сохранность связочного аппарата подтверждается и отсутствием ГМС – ГМС не превышает 1–2 баллов, а также сохранным подометрическим индексом стопы. Чем выше был свод стопы (т.е. чем менее выражено плоскостопие), тем более была представлена элонгация шейки матки ($-0,350^*$, $p=0,036$). Чем больше была элонгация шейки матки, тем больше был срок от момента родов и формирования ПГ до хирургического лечения ($0,335^*$, $p=0,035$), что подтверждает доброкачественное течение ПГ у пациенток с незначительными диспластико-зависимыми признаками. Данная группа пациенток обращается лишь в период менопаузы или постменопаузы с жалобами на прогрессирование цисто-, ректоцеле из II в III степень, а также усугубление недержания мочи с преимущественным стрессовым компонентом. Этим «феноменом» и объясняется преобладание именно «клоачных пролапсов» в возрасте старше 55 лет, в то время



как апикальные формы не превышают 22%. В этих случаях целесообразны следующие хирургические вмешательства: ТОТ, передняя и задняя кольпоррафия, леваторопластика, вагинальная гистерэктомия.

Заключение

Роль врача акушера – гинеколога поликлинического звена при ведении пациенток с ПГ является актуальной, т.к. именно врач первичного амбулаторного звена, по-сути, определяет показания к хирургической коррекции ПГ. Проблема неверной интерпретации ПГ может повлечь за собой неверную тактику лечения, несвоевременную хирургическую коррекцию, что приведет к неудовлетворенности пациентки результатами лечения, а также высокому риску рецидивов заболевания.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НА БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

г. Смоленск

*Смоленский государственный медицинский университет, кафедра акушерства
и гинекологии с курсом пренатальной диагностики*

Актуальность

Наличие инфекций мочевых путей у беременных может представлять серьезную акушерскую проблему с точки зрения возможного негативного влияния на течение беременности, родов и перинатальные исходы.

Цель

Изучение осложнений беременности, течения родов и перинатальных исходов у беременных с лабораторными и клиническими признаками инфекций мочевых путей.

Материалы и методы

В исследование было включено 53 беременные женщины, у которых были выявлены клинико-лабораторные признаки мочевого синдрома. Группа контроля включала 50 беременных женщин без признаков инфекций мочевых путей. Статистический анализ данных проводился в программе Microsoft Office Excel.



Результаты

У пациенток с лабораторными и клиническими признаками мочевого синдрома хроническая артериальная гипертензия была обнаружена в 3 случаях (5,7%; 95% ДИ: 1,2–15,7%), гестационная артериальная гипертензия у 6 (11,3%; 95% ДИ: 4,3–23,0%) женщин, у двоих пациенток (3,8%; 95% ДИ: 0,5–13,0%) – преэклампсия. Железодефицитная анемия легкой степени была выявлена в 19 случаях (35,8%; 95% ДИ: 23,1–50,2%), в двух случаях – анемия среднетяжелой степени (3,8%; 95% ДИ: 0,5–13,0%). Вагинит осложнял течение беременности почти у половины пациенток (49,1%; 95% ДИ: 35,1–63,2%), рвота беременных легкой и умеренной степеней тяжести встречалась у 14 (26,4%; 95% ДИ: 15,3–40,3%) беременных, истмико-цервикальная недостаточность была диагностирована у троих (5,7%; 95% ДИ: 1,2–15,7%). Угроза экстремально ранних преждевременных родов осложняла беременность у 5 (9,4%; 95% ДИ: 3,1–20,7%) пациенток, угроза ранних и поздних преждевременных родов – у 3 (5,7%; 95% ДИ: 1,2–15,7%). У подавляющего большинства беременных (90,6%; 95% ДИ: 79,3–96,9%) роды были своевременные, у двоих пациенток (3,8%; 95% ДИ: 0,5–13,0%) – поздние преждевременные роды, у троих пациенток (5,7%; 95% ДИ: 1,2–15,7%) – запоздалые роды. У 32 (60,4%; 95% ДИ: 46,0–73,5%) было своевременное излитие околоплодных вод, у 13 (24,5%; 95% ДИ: 13,8–38,3%) – преждевременное излитие околоплодных вод, у 8 (15,1%; 95% ДИ: 6,7–26,7%) – раннее излитие околоплодных вод. У 8 (15,1%; 95% ДИ: 6,7–26,7%) была выявлена слабость родовых сил, у двоих (3,8%; 95% ДИ: 0,5–13,0%) – чрезмерно сильная родовая деятельность, у одной (1,9%; 95% ДИ: 0–10,1%) – дискоординация родовой деятельности. 4 (7,5%; 95% ДИ: 2,1–18,2%) женщинам было проведено родовозбуждение, 14 (26,4%; 95% ДИ: 15,3–40,3%) пациенткам выполнено оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение. В 13 случаях (24,5%; 95% ДИ: 13,8–38,3%) было зафиксировано снижение адаптации плода по результатам КТГ-мониторинга, в 4 (7,5%; 95% ДИ: 2,1–18,2%) – хроническая гипоксия, в одном случае (1,9%; 95% ДИ: 0–10,1%) – умеренная асфиксия и в трех наблюдениях (5,7%; 95% ДИ: 1,2–15,7%) – внутриутробное инфицирование плода. Что касается перинатальных исходов, то у 32 (60,4%; 95% ДИ: 46,0–73,5%) новорожденных соответствовали гестационному возрасту, у троих (5,7%; 95% ДИ: 1,2–15,7%) была задержка внутриутробного развития, у 16 (30,2%; 95% ДИ: 18,3–44,3%) диагностировано обвитие пуповины и у двух (3,8%; 95% ДИ: 0,5–13,0%) – врожденные пороки развития. Беременность у женщин с инфекциями мочевых путей чаще, по сравнению с контрольной группой, осложнялась железодефицитной анемией и воспалением влагалища.

Заключение

Отмечается тенденция к повышению распространения железодефицитной анемии и вагинита у пациенток с клиническими и лабораторными признаками инфекций мочевых путей. Не отмечено статистически значимого влияния инфекций мочевых путей на течение родов и перинатальные исходы.



ПОЗДНЯЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА: АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНЫХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ

Столярова Е.В., Холин А.М., Ходжаева З.С., Гус А.И.

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

Актуальность

Задержка роста плода (ЗРП), осложняя до 10% беременностей, является ведущей причиной мертворождения, неонатальной смертности, а также источником развития краткосрочных и долгосрочных заболеваний. ЗРП имеет разрозненные диагностические критерии, относительно низкий уровень выявления и ограниченные возможности лечения и профилактики. За последнее время различными международными и национальными медицинскими общественными организациями наряду с РОАГ выпущен ряд клинических рекомендаций по ведению беременности, осложненной ЗРП. При их анализе отмечается вариабельность клинических подходов, что может быть следствием отсутствия согласованности между проведенными исследованиями и причиной неоптимального качества оказания медицинской помощи при ЗРП. В частности, наблюдаются противоречия по таким аспектам, как критерии диагностики ЗРП, частота мониторинга состояния плода, критерии госпитализации, время и метод родоразрешения.

Цель

Изучить и сравнить клинические рекомендации ведущих международных профессиональных организаций по диагностике и ведению беременности, осложненной ЗРП.

Методы

В PUBMED был выполнен поиск по запросу “Fetal Growth Restriction OR Intrauterine Growth Retardation AND Guideline”. В ходе поиска было обнаружено 76 статей, опубликованных в период с 2015 по 2021 год. В анализ вошли следующие 5 публикаций: протокол Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), протокол Международного общества ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии (ISUOG), протокол Общества медицины матери и плода (SMFM) и протокол Американской коллегии акушеров и гинекологов (ACOG), а также национальные клинические рекомендации РОАГ.

Результаты

Наблюдается значимая гетерогенность в опубликованных клинических рекомендациях по вопросам диагностики, классификации, ведения беременностей, осложненных ЗРП. Основными областями разногласий являются критерии диагностики при подозрении на



ЗРП, использование доплеровских параметров при мониторинге и в особенности принятия решения о родоразрешении, ценность кКТГ по сравнению с традиционной КТГ.

Выводы

В опубликованных клинических рекомендациях отмечается согласованность относительно тактики ведения беременных с ранней ЗРП. Основными областями разногласий является частота мониторинга состояния плода и срок родоразрешения беременных с поздним фенотипом ЗРП. Проведение рандомизированных контролируемых исследований для оценки влияния выжидательной тактики ведения и немедленного родоразрешения при ЗРП после 32 недели гестации позволит унифицировать тактику ведения и уменьшить частоту ятрогенной недоношенности и мертворождения.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК СО СВЕРХРАННИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., ВострокнUTOва А.Ю.,
Ягофарова А.Р.

г. Оренбург

*Оренбургская областная клиническая больница №2, Областной Перинатальный
Центр*

Актуальность

Практика врача акушера-гинеколога не обходится без оказания помощи пациенткам со сверхранными преждевременными родами. Рождение недоношенных с экстремально низкой массой тела несет в себе высокие риски неблагоприятного исхода как для самого новорожденного, так и для его матери. Выхаживание таких детей зачастую не перспективно и рушит надежды и планы на счастливое родительство.

Цель

Представить медико-социальную характеристику пациенток со сверхранными преждевременными родами. Определить возможные пути снижения рисков развития сверхранных преждевременных родов.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ случаев сверхранных преждевременных родов (СПР) в Оренбургской области за 2023 год на основе ретроспективного анализа данных еди-



ной информационной медицинской системы и системы регионального акушерского мониторинга.

Результаты

Общее число родоразрешений в Оренбургской области в 2023 году составило 15892 случая. На долю преждевременных родов в срок 22–36 недель +6 дней пришлось 6,4% от общего числа родов, а частота СПР составила 0,5% от общего числа родов и 7,8% от ПР в регионе. В реализации рисков СПР определенную роль играют социальные факторы. Уровень образования: без образования – 1,25%, общее – 3,75%, среднее – 42,5%, средне-профессиональное – 22,5%, высшее – 30%. Доля работающих пациенток составила 31,25%, 68,75% – не трудоустроено. В зарегистрированном браке состояли только 52,5% беременных, еще 47,5% были одиночками. Признанным фактом является важность ранней постановки на учет по беременности в целях своевременной диагностики, профилактики и лечения возможной акушерской патологии. Срок беременности при постановке на учет составил: ≤ 12 недель – 73,75%, 12 недель +1 день – 22 недели – 15%, $\geq 22+1$ недель – 7,5%. 3,75% пациенток не состояли на учете по беременности. В этиопатогенезе преждевременных родов особое внимание уделяется наличию у конкретной беременной специфических акушерско-гинекологических предикторов. Одним из них является возраст реализации репродуктивной функции. Ранний репродуктивный возраст был в 12,5% случаев, пациентки зрелого возраста составили 50%, 37,5% были из группы позднего репродуктивного возраста. Интересен тот факт, что среди пациенток раннего репродуктивного возраста минимальный возраст многорожавшей пациентки составил 22 года и это были 4 роды, а в группе позднего репродуктивного возраста 5 родильниц были первородящими. У 25% настоящие роды были первыми. На долю пациенток со вторыми родами пришлось 22,5%, третьи и более роды составили 52,5%. При изучении акушерско-гинекологического анамнеза у женщин обследуемой группы нами установлено, что у 20% был рубец на матке после предшествующего кесарева сечения (максимум – рубец на матке после 5 кесаревых сечений). В 3,75% настоящая беременность наступила с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. 17,5% пациенток в анамнезе делали медицинский аборт, еще у 18,75% пациенток выкидыш. 18,75% родильниц в прошлом уже имели преждевременные роды, а 5% пациенток в анамнезе имели мертворождение. У 3,75% беременных имелась аномалия развития матки. В 40% случаев настоящая беременность протекала на фоне инфекции мочеполовой системы. Предикторами СПР также являются осложнения текущей беременности. У 13,75% пациенток с СПР 1 триместр осложнился угрозой прерывания, в 27,5% случаев была истмико-цервикальная недостаточность. 38,75% беременных получали препараты прогестерона в 1 и 2 триместре беременности на этапе амбулаторного наблюдения. У 3,75% пациенток течение беременности осложнилось развитием преэклампсии, что стало показанием для досрочного родоразрешения.



Заключение

Подводя результаты ретроспективного анализа, становится очевидным, что риск СПР высок среди пациенток зрелого и позднего репродуктивного возраста, у которых имеет место высокая доля реализация предикторов ПР. В основе минимизации рисков неблагоприятных исходов – комплекс профилактических мероприятий на предгравидарном этапе в амбулаторно-поликлиническом звене медицинских учреждений, использование мультидисциплинарного подхода, а также во время беременности, своевременные диагностические и лечебные мероприятия по пролонгированию беременности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТИПОМ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В ПРОЦЕССЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕОПЛАЗИИ У ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Крылкова А. И., Прилепская В.Н., Бурменская О.В.

Актуальность

Высокоонкогенные типы вируса папилломы человека (ВПЧ) являются основными этиологическими факторами развития предраковых и злокачественных образований шейки матки. Определение типовой принадлежности ВПЧ и уровня вирусной нагрузки среди пациенток с «малыми» формами поражения шейки матки с дальнейшим прогрессированием патологического процесса в ходе динамического наблюдения в настоящее время является актуальной задачей.

Цель

Изучить наиболее часто встречаемые типы ВПЧ, проанализировать значимость вирусной нагрузки в формировании тяжелой дисплазии HSIL (CIN III) в ходе динамического наблюдения у пациенток с «малыми» формами поражения шейки матки.

Материалы и методы

В проспективное исследование было включено 350 женщин с наличием ВПЧ ВР в возрасте от 18 до 45 лет. Обследование заключалось в сборе анамнеза, гинекологического статуса, проведении цитологического исследования, молекулярно-генетических методов исследования (Real Time PCR для количественного определения и типирования 21 типа ВПЧ), кольпоскопии, прицельной биопсии шейки матки (по показаниям) с гистологическим исследованием патоморфологического материала.



Результаты

По результатам исследования было сформировано 3 группы: 1 группа - 155 (46,9%) женщин с цитологическим заключением NILM, 2 группа - 102 (28,1%) с ASCUS, 3 группа - 93 (25%) с LSIL. Динамическое наблюдение осуществлялось в течение 24 месяцев с промежутком в 6 месяцев. Прогрессирование неопластического процесса с формированием HSIL (CIN III) наблюдалось у 15 (4,6%) пациенток: в 1 группе - у 1 (0,6%) женщины, во 2 группе - у 6 (6,7%), в 3 группе - у 8 (10%) женщин ($p_{1-2} \geq 0,005$, $p_{1-3} \geq 0,005$). Прогрессирование неопластического процесса было обусловлено персистенцией таких типов ВПЧ как 16 (33,4%), 18, 39, 58 типы (13,3%), менее 7% - ВПЧ 33, 45, 56, 66, 68, 82 типов. Согласно классификации канцерогенного потенциала типов ВПЧ (Классификация Международного агентства по исследованиям рака, IARC) в формировании HSIL (CIN III) участвовали ВПЧ группы 1 (высокого канцерогенного риска) - 93%, группы 2A-2B (вероятно/возможно канцерогенного риска) - 20%. У пациенток с последующим прогрессированием неопластического процесса до HSIL (CIN III) уровень вирусной нагрузки оставался значимым исходно и в ходе динамического наблюдения 6,7 lg (5,7-7,1 lg).

Заключение

У пациенток с «малыми» поражениями шейки матки в прогрессировании процесса до HSIL преобладающую роль сыграла персистенция ВПЧ 16 и других высоких канцерогенных типов (группа 1). Уровень вирусной нагрузки был статистически выше среди пациенток с последующей прогрессией неоплазии ($p=3 \times 10^{-4}$). Таким образом, пациентки с «малыми» поражениями шейки матки находятся в группе риска по развитию предрака.

Краткое резюме

Изучены наиболее часто встречаемые типы ВПЧ, проанализирована значимость вирусной нагрузки в формировании тяжелой дисплазии HSIL (CIN III) в ходе динамического наблюдения у пациенток с «малыми» формами поражения шейки матки. Преобладающую роль сыграла персистенция ВПЧ 16 и других высоких канцерогенных типов (группа 1). Уровень вирусной нагрузки был статистически выше среди пациенток с последующей прогрессией неоплазии ($p=3,4 \times 10^{-4}$).



БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Торобаева М.Т., Буянова С.Н., Петракова С.А.

г. Москва

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский институт акушерства
и гинекологии»*

Актуальность

Рубец на матке, обусловленный анатомическим дефектом, ассоциирован с риском развития материнской заболеваемости. Несостоятельный рубец на матке (НРМ) протекает в отсутствие клинических проявлений и является случайной находкой. По последним данным, НРМ диагностируют в 60% наблюдений после кесарева сечения (КС). Лапаротомическая коррекция является классическим вариантом лечения НРМ и требует большого хирургического опыта.

Цель

Оценить эффективность метропластики у пациенток с НРМ без клинических проявлений.

Материалы и методы

Обследование 48 пациенток с НРМ без клинических проявлений проведено в отделении оперативной гинекологии ГБУЗ МО МОНИИАГ. Возраст пациенток составил 23–42 года. В работе использованы результаты клинических, морфологических, инструментальных (УЗИ, гистероскопия, гидосонография) и статистических методов исследования.

Результаты

При поступлении пациенткам проведено УЗИ, в 62,5% наблюдений толщина интактного миометрия – 1,0–2,0 мм, ниши объемом 16–25 мм² выявлены в 52,1%. В качестве специфической прегравидарной подготовки пациенткам произведена метропластика, средняя продолжительность которой составила 72,4±1,89 (50–120) минут, средний объем кровопотери-120,2±7,55 (50–300,0) мл. В тактику пред/послеоперационного ведения пациенток включены: антибактериальная профилактика, обезболивание наркотическими анальгетиками для обеспечения адекватного заживления. После метропластики для полной регенерации рекомендовано соблюдение строгой контрацепции в течение 6 месяцев. Динамическое наблюдение осуществлено путем проведения УЗИ и гистероскопии с гидосонографией. В среднем через 8,08±0,52 (6–12) месяцев наступила беременность в 37,5% (n=18/48) наблюдений. Исход наступившей в 37,5% беременностей: 72,2% – КС



в плановом порядке, 5,5% – КС в экстренном порядке (ПОНРП), 5,5% – самопроизвольные роды, 16,6% – неразвивающаяся беременность. У 9 из 48 пациенток, не реализовавших репродуктивную функцию в этом периоде, проведено ТВУЗИ, толщина миометрия в области рубца на матке составила $7,7 \pm 0,5$ мм. В 10,4% наблюдений оценка толщины миометрия в области рубца осуществлена при помощи гистероскопии с гидросонографией ($7,2 \pm 0,2$ мм).

В отдаленном периоде (≥ 12 месяцев) после метропластики беременность наступила в 33,3% (16/48) наблюдений в среднем через $16,5 \pm 3,2$ (13–36) месяцев: 62,5% – КС в плановом порядке; 12,5% – КС в экстренном порядке по причине, не связанным с состоянием рубца; 18,7% – неразвивающаяся беременность; 6,25% – прогрессирующая маточная беременность в сроке 23 недели, на данный момент толщина миометрия рубца 5,0 мм. У 22,9% пациенток, не реализовавших свою репродуктивную функцию, средняя толщина в области рубца на матке после метропластики $5,72 \pm 0,41$, (3,2–9,3) мм.

Заключение

Выработанный исследователями МОНИИАГ ход операции, заключающийся в иссечении рубца на всем протяжении до достижения неизмененных участков тканей, в введении двухпросветной силиконовой трубки в полость матки для обеспечения репарации в условиях «сухой раны», восстановлении разреза на матке 3 рядами отдельных викриловых швов (слизисто-мышечный, мышечно-мышечный, серозно-мышечный) и тактика ведения пациенток обеспечивают наступление беременности в 70,8%. ТВУЗ оценка толщины миометрия в проекции рубца после метропластики не имела достоверной разницы при оценке путем проведения гистероскопии с гидросонографией ($p \geq 0,05$).

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БЕРЕМЕННОСТЬЮ, В ГЕНЕЗЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П.

г. Москва

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Гипертензивные расстройства, развивающиеся во время беременности, включая преэклампсию, относятся к грозным осложнениям как со стороны матери, так и плода.



Коронавирусная инфекция-19 (COVID-19), в свою очередь, способствует нарушениям регуляции артериального давления и поражению сосудов.

Цель

Анализ частоты гипертензивных расстройств, обусловленных беременностью и способствующих ранней неонатальной смерти, в Российской Федерации в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы

Работа основана на анализе статистических форм А-05 Росстата за 2017–2022 гг, относящихся к ранней неонатальной смерти (РНС). Проведено сравнение частоты регистрации гипертензивных расстройств, которые согласно записям в медицинских свидетельствах о перинатальной смерти были связаны с настоящей беременностью и способствовали смерти новорожденного (МКБ-10 P00.0), в 2020–2022 годах (период пандемии COVID-19) и в 2017–2019 гг (контрольный период). Показатель РНС рассчитывали как количество умерших новорожденных в первые 168 часов жизни к общему числу детей, родившихся живыми, умноженное на 100000. Значимость различий оценивали при помощи критерия Хи-квадрат.

Результаты

Согласно данным Росстата в целом по Российской Федерации в 2020–2022 гг (период пандемии COVID-19) было зарегистрировано 6337 новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, что на 25,6% меньше по сравнению с 2017–2019 гг. При этом значение показателя РНС снизилось на 14,1% соответственно. Общее количество наблюдений заболеваний матери, связанных с настоящей беременностью и обусловивших смерть новорожденных в первые 168 часов жизни, снизилось на 19,7% при увеличении их доли среди всех случаев РНС с 18,2% в 2017–2019 гг до 19,7% в 2020–2022 гг. Количество же гипертензивных расстройств, развившихся во время беременности и расцененных как состояние, способствовавшее смерти новорожденного, в период пандемии COVID-19 снизилось на 23,5% при одновременном увеличении их доли среди всех случаев РНС на 2,8%. Значения показателя РНС в Российской Федерации от гипертензивных расстройств, связанных с беременностью, снизилось в 2020–2022 гг на 11,7% (с 8,4 до 7,4) по сравнению с контрольным периодом. Наиболее выраженное снижение показателей РНС от гипертензивных расстройств, связанных с беременностью, в 2020–2022 гг по сравнению с 2017–2019 гг отмечено в Приволжском и Южном федеральных округах (на 45,0% и 44,5% соответственно). В то же время в Северо-Кавказском и Сибирском федеральных округах показатели РНС от гипертензивных расстройств, связанных с беременностью, возросли в период пандемии COVID-19 на 32,8% и 12,6%.



Заключение

В 2020–2022 г (период развития пандемии COVID-19) установлено уменьшение по сравнению с 2017–2019 гг как абсолютного количества новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, так и показателей РНС по Российской Федерации в целом. Общее количество гипертензивных расстройств, развившихся во время беременности и способствовавших смерти новорожденного в первые 168 ч жизни, в период пандемии COVID-19 снизилось на 23,5% при одновременном увеличении их доли среди всех случаев РНС на 2,8%.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Абасова А.С., Гейбатова Л.Г.

г. Махачкала

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава
России*

Актуальность

Хирургическое удаление матки, даже с сохранением яичниковой ткани, сопровождается появлением нейро-вегетативных и обменно-эндокринных нарушений, что увеличивает риск сердечно-сосудистых и других заболеваний. Дефицит эстрогенов играет существенную роль в возникновении метаболических нарушений, в частности абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, компенсаторной гиперинсулинемии, дислипидемии и артериальной гипертензии.

Цель

Изучить динамику метаболических нарушений у пациенток с неврологическими расстройствами после гистерэктомии.

Материалы и методы

Обследовано 136 больных после гистерэктомии (средний возраст $44,7 \pm 1,3$ лет), у которых развились неврологические нарушения. Обследованные распределены на две группы методом случайной выборки. Основную группу составило 74 (54,4%) пациенток, которым после гистерэктомии в комплексе лечения неврологических расстройств назначали МГТ с антидепрессантами. В контрольную группу вошло 62 (45,6%) пациентки, применявшие МГТ после удаления матки. Оценка состояния липидного обмена обследованных больных производилось динамическим контролем уровня общего холестерина (ОХС), липо-



протеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) и индексом атерогенности (ИА).

Результаты

Определение данных липидного обмена производилось до операции, через 3, 6 и 12 месяцев наблюдения. При статистическом анализе установлено, что показатели липидного спектра крови достоверно отличались от исходных через 6 месяцев лечения. Это выражалось в снижении уровня ОХС на 16,1% в основной группе и на 14,4% в контрольной, к году от начала терапии снижение данного показателя составило 19,7% и 12,1% соответственно.

Снижение ЛПНП является важнейшим условием профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку данная фракция является атерогенной. Проведенное исследование выявило снижение ЛПНП после 6 месяцев комплексной МГТ с антидепрессантами на 14,1% и в контрольной группе на 13,2%. Статистически значимые изменения отмечены после года, когда произошло снижение уровня ЛПНП на 21,3% основной и 15,6% контрольной группе.

Отмечалось достоверное снижение показателя ЛПОНП на 27,6% в основной и на 24,3% в контрольной группе после 6 месяцев лечения. Через год наблюдения концентрация ЛПОНП продолжала снижаться в основной группе на 30,2% от исходного уровня. Пациенток контрольной группы концентрация данного показателя возросла и через 12 месяцев она достоверно не отличалась от исходного уровня, но была меньше его на 8,9%.

Одним из наиболее значимых показателей при анализе липидного спектра на фоне МГТ с антидепрессантами являются ЛПВП, значимых изменений которых не произошло. Отмечалось его повышение на 2,7% в основной и 3,4% в контрольной группе после 6 месяцев, после года на 1,7% и 1,6% соответственно.

Проведен динамический анализ показателя ИА, как наиболее значимого показателя, чем абсолютные значения липидов крови в отдельности. После 6 месяцев терапии статистически значимых изменений ИА не выявлено, но тенденция к снижению составила 13,0% в основной группе и на 10,2% в контрольной. Через год уровень ИА снизился на 19,2% в основной и на 16,8% в контрольной группе.

Заключение

МГТ в комплексе с антидепрессантами привела к изменению липидного профиля крови в антиатерогенном направлении. Принимая во внимание высокую распространенность гистерэктомии, ее следует рассматривать как значимый фактор риска развития метаболических нарушений, требующее активного наблюдения пациенток и осуществления профилактических мероприятий ряда заболеваний.



ИССЛЕДОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СПЕКТРА ЖЕНЩИН С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Гейбатова Л.Г., Абасова А.С.

г. Махачкала

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава
России*

Актуальность

В последнее десятилетие неуклонно растет число оперативного удаления матки, что влечет за собой рост функциональных осложнений. Наряду с развитием спаечного процесса, изменениями в иммунной системе, гормонального гомеостаза, наблюдаются нарушения гормонального статуса, в частности состоянии гипоталамо-гипофизарной системы. Все это диктует необходимость разработки и внедрения программ, направленных на реабилитацию репродуктивного здоровья и качества жизни этих пациенток.

Цель

Изучение нарушений гормонального спектра у женщин с неврологическими расстройствами после гистерэктомии.

Материалы и методы

Обследовано 136 пациенток с неврологическими расстройствами после гистерэктомии (средний возраст $44,7 \pm 1,3$ лет), которые распределены на две группы. Основную группу составило 74 (54,4%) больных, которым после гистерэктомии в комплексе реабилитационных мероприятий неврологических расстройств назначали МГТ с антидепрессантами. В контрольную группу вошло 62 (45,6%) пациентки, применявшие традиционную МГТ. Проведен сравнительный анализ гормональной функции различных звеньев репродуктивной системы: ФСГ, ЛГ, Е2 и Р до операции и последующем в динамике.

Результаты

В результате у 56 (75,7%) больных основной и 46 (74,1%) контрольной группы до операции выявлены овуляторные циклы, у остальных 18 (24,3%) и 16 (25,9%) соответственно ановуляторные. Содержание гормонов в обеих группах до оперативного лечения практически не отличались между собой, цикличность выделения гонадотропных гормонов сохранялась, содержание уровней Р и Е2 в течение всего менструального цикла находились в пределах возрастной нормы.



На 7 день после гистерэктомии проведенной в 1 фазу менструального цикла наблюдалось снижение уровня E2 в 1,8 раза у 26 (59,0%) больных основной и в 3,0 раза у 19 (55,9%) контрольной группы. При выполнении операции во 2 фазу снизился уровень E2 в 2,5 раза у 19 (63,3%) пациенток основной и в 2,9 раза у 19 (67,9%) контрольной группы.

При удалении матки во 2 фазу менструального цикла на 7 день после операции наблюдалось достоверное снижение уровня P в 3,0 раза в 25 (56,9%) наблюдениях основной и в 4,3 раза в 20 (71,4%) группе сравнения с дооперационным периодом. Уровни ФСГ и ЛГ оставались не изменились.

Немаловажное значение имеет и длительность выполнения операции, удлинение которого наблюдается при тотальной гистерэктомии и способствует повышению коагуляционного потенциала крови за счет всасывания факторов свертывания при травме тканей и сосудов, что не минуемо, отражается на микроциркуляторном русле.

Восстановление функциональной активности яичников происходило постепенно, в течение первых трех месяцев после операции, что подтверждают данные нашего исследования. Так через 30 дней после операции уровень E2 был в 1,1 раза ниже у 29 (66,0%) основной и в 1,7 раза ниже у 22 (64,8%) контрольной группы. Уровни ФСГ и ЛГ не изменены по сравнению с послеоперационным уровнем. Концентрация P была достоверно ниже у женщин после гистерэктомии проведенной во 2 фазу менструального цикла: в 1,9 раза ниже у 18 (60,0%) пациенток в основной и в 2,2 раза ниже у 20 (71,4%) больных в контрольной группе.

Заключение

В развитии клинических проявлений и гормональных нарушений у обследованных женщин после гистерэктомии ведущую патогенетическую роль играет эстрогендефицит. Снижение уровня эстрогенов приводит к неблагоприятным изменениям в системе гемостаза, увеличивающих риск тромбообразования, повышается резистентность к инсулину и тонус сосудов, что способствует развитию или быстрому прогрессированию атеросклеротических изменений.



БОЛЕЗНЬ ПОМПЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Уразбаева Г.Г., Курманова А.М., Салимбаева Д.Н., Зиябеков Д.М., Ниязова Р.Р.

г. Алматы

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы, Казахстан

Актуальность

Болезнь Помпе – редкое аутосомно-рецессивное заболевание, вызванное дефицитом кислотной альфа-глюкозидазы и накоплением гликогена в лизосомах мышц. Беременность у женщины с болезнью Помпе следует считать высоким риском, требующим тщательного мониторинга, так как беременность может ухудшить симптомы или вызвать прогрессирование начальных проявлений заболевания.

Цель

Представляем клинический случай ведения родов у пациентки с болезнью Помпе.

Материалы и методы

Молекулярно-генетический анализ – выявление гетерозиготной мутации в 4 экзоне гена КГА.

Результаты

Пациентка 29 лет была госпитализирована для родоразрешения, жалоб не предъявляла. Беременностей – 1 (данная). Выставлен диагноз: Беременность 37 недель 4 дня. Маловодие. Мышечная дистрофия. Болезнь накопления гликогена (сердечный гликогенез). Болезнь Помпе. Из анамнеза – с 13 лет отмечались жалобы на слабость и ограниченность движений в ногах при вставании со стула, подъёме по лестнице, в 15 лет – нарушение походки, падение при ходьбе, периодические головные боли. Интеллектуальное развитие соответствовало возрасту; когнитивные функции не нарушены, коммуникативная и эмоциональная сферы сформированы, черепные нервы без патологии. В 2015 году у пациентки (в 15 лет) и ее сестры (в 14 лет) диагностирована болезнь Помпе, подтверждённой молекулярно-генетическим анализом (28.05.15) была выявлена гетерозиготная мутация в 4 экзоне гена КГА (GAA, chr17:78081447G>A, rs201896815), приводящая к замене глутаминовой кислоты на лизин в 262 позиции аминокислотной последовательности белка (p.Glu262Lys, NM_000152.3). В связи с тем, что мутация в гене гетерозиготна, то у пациентки болезнь имела позднее начало, относительно благоприятное течение, с развитием только мышечной слабости и риском падений. По рекомендации невропатолога на протяжении беременности продолжала терапию препаратом Майозайм 1 инъекция каждые 2 недели. Во время беременности у пациентки наблюдалась бессимптомная бактериурия, олигогидрамнион, у плода выявлена левосторонняя пиелоекта-



зия. Учитывая срок беременности, крупный плод (более 3000 г), первый период родов, характер и тяжесть экстрагенитальной патологии, заключение невропатолога была проведена операция кесарево сечение в экстренном порядке. Осложнение при операции: образование гематомы на матке с последующими гемостатическими мероприятиями. Кровопотеря интраоперационно составила 500,0 мл. Новорожденный – мальчик, массой 3950,0 грамм, рост 55 см, с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов. Диагностирована гипоксическая ишемическая энцефалопатия.

Заключение

В данном клиническом случае описана благоприятное течение болезни Помпе, связанное с гетерозиготным состоянием. Тем не менее, течение беременности осложнилось бессимптомной бактериурией, реализация которой произошло на фоне снижения тонуса гладкой мускулатуры мочевыводящих путей; течение 1 периода родов – слабостью родовой деятельности, что явилось показанием к операции кесарева сечения; также имелись перинатальные осложнения у новорожденного – макросомия, пиелэктазия, гипоксическая ишемическая энцефалопатия. Однако, в случае гомозиготной мутации болезни Помпе мышечная атрофия более выраженная, что требует тщательного учёта риска развития реализации инфекционных осложнений, послеродового кровотечения в связи со слабостью родовой деятельности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Уринбаева Н.А., Баситханова С.Р., Рахманова С.Ш.

г. Ташкент

Республиканский перинатальный центр

Актуальность

Эндометриоз считается одним из наиболее распространённых гинекологических заболеваний, которым страдают около 10% женщин репродуктивного возраста. Среди пациенток с бесплодием частота выявления заболевания достигает 60%. В настоящее время в диагностике эндометриоза яичников используются как неинвазивные методы визуализации заболевания, так и инвазивные оперативные вмешательства. Данное заболевание важно не только вовремя правильно диагностировать для сохранения качества жизни и репродуктивной функции пациентки, но и определить, насколько активным оно является, степень его распространённости и способность к рецидивированию.



Цель

Оценить эффективность комбинированного лечения и установить частоту рецидивов эндометриоза яичников.

Материалы и методы

В проспективное наблюдательное исследование вошли 185 пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом эндометриоз яичников. Больным проведено хирургическое лечение с последующим назначением противорецидивной гормональной терапии. Оценивали первичный исход – частоту рецидивов эндометриоза, вторичные исходы: частоту синдрома тазовых болей, дисменореи, бесплодия. Эффективность комбинированного лечения оценивали через 3 года после лечения, частоту рецидивов – через 2 и 3 года.

Результаты

Информацию о жалобах, результатах обследования, продолжительности и эффекте терапии получали путем опроса пациентов.

Хирургическое лечение эндометриоза яичников с последующей гормональной терапией эффективно в отношении симптомов заболевания в 95% случаев.

Преобладающим вариантом противорецидивной послеоперационной терапии было назначение аГнРГ (47%) или аГнРГ с последующим назначением КОК (21%). Только 2% женщин получали диеногест или дидрогестерон, 5% использовали левоноргестрелсодержащие внутриматочные контрацептивы (ЛНГ-ВМС). Средняя продолжительность лечения составила $6,1 \pm 0,5$ мес.

Беременность наступила у 30,5% женщин с нарушением фертильности. Частота рецидивов эндометриоза яичников при комбинированном подходе через 2 и 3 года составляет 1,4% и 3,7% соответственно.

Заключение

Хирургическое лечение эндометриоза с последующим назначением гормональной терапии эффективно в отношении симптомов заболевания (хроническая тазовая боль, диспареуния, дисменорея) в 95% случаев. Частота рецидивов эндометриоза при комбинированном подходе через 2 и 3 года составляет 1,4% и 3,7% соответственно. Среди пациенток, перенесших хирургическое лечение эндометриоза яичников, 7,6% оперируются повторно, рецидив заболевания возникает в среднем через 5,3 года. Хирургическое лечение эндометриоза яичников с последующим назначением гормональной терапии эффективно в отношении симптомов заболевания в 95% случаев. Беременность наступила у 30,5% женщин с нарушением фертильности. Частота рецидивов эндометриоза яичников при комбинированном подходе через 2 и 3 года составляет 1,4% и 3,7% соответственно. Среди



пациенток, перенесших хирургическое лечение эндометриоза яичников, 7,6% оперируются повторно, рецидив заболевания возникает в среднем через 5,3 года.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

Фазлиддинова Ф.Н., Рахманова С.Ш.

г. Ташкент

Туркмед клиника

Актуальность

Во всем мире наружный генитальный эндометриоз диагностируется с большим опозданием. Первые симптомы заболевания (хроническая тазовая боль, дисменорея) появляются в раннем возрасте: до 20 лет – у 38% пациенток, в 20–24 года – у 21% пациенток. По данным Всемирного общества эндометриоза, наружный генитальный эндометриоз диагностируют через 6,7 года после появления первых симптомов заболевания. Поэтому важной задачей является выявление пациенток с высоким риском развития эндометриоза, но для этого необходимо знать факторы риска, способствующие повышению предрасположенности к эндометриозу. Однако, несмотря на высокую распространенность эндометриоза среди женщин репродуктивного возраста, факторы риска или маркеры развития заболевания остаются в значительной степени неизвестными.

Цель

Установить факторы риска наружного генитального эндометриоза и определить их значение в лечении.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе частной клиники в Turkmed. Дизайн исследования: ретроспективное исследование «случай-контроль». В исследовании приняли участие 154 женщины. В I группу вошли 77 женщин с наружным генитальным эндометриозом. Критерии включения в I группу: репродуктивный возраст (18–45 лет); гистологически подтвержденный наружный генитальный эндометриоз. Критерии исключения из I группы: возраст младше 18 и старше 45 лет. II группу составили 77 женщин, которым была проведена диагностическая и лечебная лапароскопия по поводу различных заболеваний органов малого таза, у которых наружный генитальный эндометриоз не выявлен. Критерии включения II группа: репродуктивный возраст (18–45 лет); согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения из группы II: наличие очагов наружного генитального эндометриоза при лапароскопии; возраст до 18 и старше 45 лет; отказ пациентов от участия в исследовании.



Результаты

В результате анализа социально-бытовых факторов выявлено, что у 23,3% больных с внешними при генитальном эндометриозе используют печное отопление (уголь, дрова), в контрольной группе этот показатель статистически значимо ниже и составляет 9% ($\chi^2 = 4,775$; $p = 0,029$). Употребление табака отмечают 28,5% пациентов I группы, что статистически значимо больше, чем во II группе – 12,9% пациенток женского пола ($\chi^2 = 5,68$; $p = 0,018$). Кроме того, пациенты I группы статистически значимо чаще являются пассивными курильщиками, проживающими с курящими родственниками – 49,3% против 20,7% в контрольной группе ($\chi^2 = 13,80$; $p < 0,001$). При изучении семейного анамнеза больных выявлена статистически значимая разница в заболеваемости раком молочной железы среди родственников женщин с наружно-генитальным эндометриозом по сравнению с пациентками II группы – 12,9% против 2,6% ($p=0,018$). В структуре гинекологических заболеваний у пациенток I группы статистически достоверно чаще встречалась миома матки по сравнению с пациентками II группы – 33,7% против 15,5% ($\chi^2 = 6,84$; $p = 0,009$). При рассмотрении особенностей менструальной функции выявлено, что возраст менархе в обеих группах статистически значимо различался ($p=0,001$). Средний возраст менархе у пациенток I группы составил $12,2 \pm 0,9$ года, II группы – $13,2 \pm 1,2$ года. В I группе пациенток продолжительность менструального кровотечения составила $5,4 \pm 1,2$ дня; II группа – $4,8 \pm 1,1$ дня ($p=0,001$). Продолжительность цикла была статистически значимо дольше в контрольной группе женщин. В среднем цикл женщин I группы составил $28,2 \pm 1,7$ дня, II группы – $29,7 \pm 5,3$ дня ($p=0,02$). Больные эндометриозом имели более ранний возраст начала половой жизни. Так, средний возраст коитархе у женщин I группы составил $17,2 \pm 1,2$ года, у женщин II группы – $18,3 \pm 1,9$ года.

($p = 0,001$).

Заключение

Таким образом, результаты исследования показали, что наиболее значимыми факторами риска развития эндометриоза являются раннее начало менархе (<11 лет), укороченный менструальный цикл с длительными менструациями, активное и пассивное курение и миомы матки, семейный анамнез рака молочной железы. Типичными жалобами больных эндометриозом являются боли в области таза, дисменорея и диспареуния. Необходимы дальнейшие исследования для изучения значения этих факторов в диагностике эндометриоза и понимании его этиологии.



ОЖИРЕНИЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ВЛИЯНИЕ НА МАТЬ И ПЛОД

Царева С.Н., Царев В.П., Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лабочевская О.С.

г. Минск

УО БГМУ

Актуальность

Ожирение у беременных считается неблагоприятным фоном для таких осложнений как гестозы, многоводие, фетоплацентарная недостаточность и макросомия плода. Абдоминальный тип ожирения является одним из обязательных компонентов метаболического синдрома, который приводит к нарушению обмена углеводов и сердечно-сосудистой патологии. У беременных преобладает ожирение 1 степени. Однако его влияние на течение беременности и состояние плода изучено недостаточно.

Цель

Оценить возможность диагностики ожирения 1 степени у беременных и изучить его влияние на состояние матери и плода.

Материалы и методы

Двукратно (в 1 и 3 триместрах беременности) обследовано 72 женщины. С учетом распределения и количества жировой ткани в организме все женщины были разделены на 3 группы: I – 22 беременных с нормальным содержанием жира (от 20 до 30%); II – 24 женщин с ожирением 1 степени и периферическим (глютерофеморальным) типом жиротложения; III – 26 женщин с ожирением 1 степени и абдоминальным типом жиротложения. Возраст обследованных – 22,9 (19,2; 24,1), 26,2 (21,0; 28,4) и 26,6 (22,1; 29,1) лет соответственно ($p > 0,05$).

Антропометрические исследования включали определение роста, веса, окружности живота (ОЖ), окружности бедер (ОБ), отношения ОЖ/ОБ, индекса массы тела (ИМТ). Абдоминальный тип ожирения диагностировали при величине отношения ОЖ/ОБ более 0,85 и размера ОЖ 88 см и более. Процентное содержание жира в организме определялось электрометрически на приборе «OMRON» BF 306 (Япония). Содержание жировой ткани от 20 до 30% принималось за норму, $\leq 20\%$ – низкое содержание жира, $\geq 30\%$ – избыточное содержание жира.

Акушерское обследование проводилось по общепринятым методикам с включением ультразвукового исследования (УЗИ) и кардиотокографии (КТГ) плода в 3 триместре беременности.



Результаты

Антропометрическое обследование беременных показало, что такие характеристики, как рост, вес, ОЖ, ОЖ/ОБ и ИМТ в 1 триместре беременности позволяют с высокой степенью достоверности распределить женщин по группам в зависимости от выраженности ожирения и характера жировоголожения. По нашим данным указанные антропометрические критерии диагностики ожирения в 3 триместре беременности, с учетом увеличения размеров живота беременных и веса плода, оказались не информативными. Для определения степени ожирения в 3 триместре беременности мы использовали электрометрическое исследование процентного содержания жира в организме. Измеренное таким образом количества жира у женщин в 3 триместре практически не изменилось: $26,6 \pm 2,7\%$, $35,9 \pm 2,9\%$ и $35,7 \pm 3,1\%$ в I, II и III группах беременных соответственно. Отмеченное статистически не значимое увеличение количества жира у беременных всех групп в этот период можно связать с особенностями гормональной регуляции. Представленные данные косвенно подтверждают наличие ожирения и тип жировоголожения у беременных женщин в 3 триместре беременности.

По данным акушерского обследования, у беременных с абдоминальным типом ожирения в 3 триместре осложнения беременности (преэклампсия, не вынашивание беременности и многоводие) встречались в 3 и более раз чаще, чем в контрольной группе

При этом у 42,3% беременных с абдоминальным типом жировоголожения по данным КТГ плода и УЗИ отмечалась хроническая плацентарная недостаточность с внутриутробной гипоксией у 7 беременных (26,9%) и задержкой развития плода у – 4 (15,4%).

Заключение

1. Такие данные антропометрического обследования как вес, ОЖ, ОЖ/ОБ и ИМТ не информативны для диагностики ожирения 1 степени в 3 триместре беременности, но могут использоваться при постановке на учет по беременности.
2. Для диагностики ожирения в 3 триместре беременности целесообразно использовать электрометрический метод определения количества жировой ткани.
3. У женщин с абдоминальным типом ожирения 1 степени в 3 триместре беременности чаще встречаются такие осложнения, как преэклампсия и фетоплацентарная недостаточность с внутриутробной гипоксией и задержкой развития плода.



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, СТРАДАЮЩИХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Царева С.Н., Царев В.П., Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лабочевская О.С.

г. Минск

УО БГМУ

Актуальность

Наличие инфекции COVID-19, если у женщины нет другой сопутствующей патологии, не является противопоказанием для продолжения беременности. У инфицированных коронавирусом SARS-CoV-2 женщин беременность и ожирение относятся к факторам риска тяжелого течения заболевания и угрожающих жизни осложнений. Однако по настоящее время в доступной литературе недостаточно сведений о течении беременности у женщин с ожирением и инфекцией COVID-19.

Цель

Изучить особенности течения беременности в третьем триместре у женщин с ожирением, страдающих инфекцией COVID-19.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 42 случаев заболевания инфекцией SARS-CoV-2 беременных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременных в период с 2021 г. по 2023 г. Медиана возраста женщин, включенных в исследование, составила 29,6 (26,0;31,6) лет. 19 (45,2%) беременных, страдавших ожирением 1–2 степени, составили основную группу и 23 (54,8%) женщин без ожирения – группу сравнения. Обе группы обследованных по возрасту статистически значимо не различались. Индекс массы тела (ИМТ) в основной группе составил 33,8 (30,4; 34,4) против 23,6 (18,2; 24,7) в группе сравнения ($p < 0,05$). Диагноз инфекции COVID-19 у всех женщин верифицирован с помощью ПЦР исследования. Степень тяжести инфекции COVID-19 и распространенность пневмонии по результатам компьютерной томографии оценивались в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава Республики Беларусь.

Результаты

В основной группе беременных с ожирением легкое течение заболевания отмечалось у 7 (36,8%) женщин, против 14 (60,9%) – в группе сравнения ($\chi^2 = 2,403$ при $p = 0,122$). Среднетяжелое и тяжелое течение диагностировано у 3 (15,8%) и 9 (47,4%) женщин основной группы против 5 (21,7%) и 4 (17,4%) у женщин группы сравнения ($\chi^2 = 0,239$ при $p = 0,626$ и $\chi^2 = 4,375$ при $p = 0,037$) соответственно. Самым частым и грозным осложнением течения беременности в третьем триместре у женщин с ожирением и инфекци-



ей SARS-CoV-2 является двухстороннее поражение легких с дыхательной недостаточностью. Однако при этом ни в одном из наших наблюдений данное осложнение не привело к смертельному исходу, как у матери, так и у плода. Можно констатировать, что, несмотря на повышенный риск поражения легких, трудности интубации трахеи и ИВЛ, риск смерти у беременных с ожирением 1 – 2 степени и инфекцией COVID-19 не увеличен. Из других осложнений беременности было отмечено статистически незначимое увеличение частоты анемии, преэклампсии и преждевременных родов.

В целом, эти осложнения у беременных с инфекцией COVID-19 и ожирением 1 – 2 степени встречались также статистически значимо чаще, чем при нормальном ИМТ: 17 (89,5%) против 13 (56,5%) соответственно, $\chi^2 = 5,536$ при $p = 0,019$.

Заключение

В третьем триместре беременности у 47,4% женщин, страдающих ожирением 1 – 2 степени, отмечается тяжелое течение сопутствующей инфекции COVID-19. Самым частым и грозным осложнением беременности в третьем триместре у женщин с ожирением 1 – 2 степени и инфекцией COVID-19 является двухсторонняя пневмония с дыхательной недостаточностью, которая отмечается у 94,7% женщин. В целом при ожирении 1 – 2 степени у беременных с COVID-19 наблюдается увеличение частоты таких осложнений, как преэклампсия, анемия и преждевременные роды.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Чурсина О.В.

г. Тула

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тульский государственный университет»

Актуальность

Проблема преждевременных родов (ПР) остается в числе наиболее значимых в современном акушерстве. На основе комплексной оценки шейки матки при ультразвуковом (УЗИ) скрининге в I триместре разработан алгоритм ведения беременности, позволяющий внедрить персонифицированный подход к профилактике преждевременных родов. В результате внедрения изменилась структура преждевременных родов и снизился показатель младенческой смертности.



The problem of premature birth remains among the most significant in modern obstetrics. Based on a comprehensive assessment of the cervix during ultrasound screening in the first trimester, an algorithm for pregnancy management has been developed that allows to introduce a personalized approach to the prevention of premature birth. As a result of the introduction, the structure of premature births has changed and the infant mortality rate has decreased.

Прогнозирование риска ПР, особенно в ранние сроки, имеет большое значение для снижения уровня младенческой смертности и инвалидности.

Цель

Разработка и оценка эффективности алгоритма прогнозирования ПР в I триместре беременности на основании комплексной УЗИ оценки шейки матки.

Материалы и методы

В проспективное исследование включены 1517 беременных, которым при УЗИ скрининге в сроке 11+0–13+6 недель проведено комплексное исследование шейки матки (цервикометрия и определение железистого индекса – гипоехогенная зона вокруг канала шейки матки).

Результаты

Частота ПР в группе исследования – 4,5%: из них ранние (22+0–31+6 недель) – 0,7%, поздние (32+0–36+6 недель) – 3,8%. Была рассчитана корреляционная связь наступления срока родов и каждого из изучаемых показателей (длина шейки матки, железистый индекс), а также сочетания 2 факторов.

Показатель длины шейки матки имеет обратную связь с вероятностью развития ПР. Разработанная модель имеет: специфичность 99,4%, при чувствительность – 38,2%. Отсутствие железистого индекса имеет специфичность – 98,9%, чувствительность 57,4%, диагностическую ценность – 97,0%. Созданная на основании двух УЗИ маркеров модель имеет специфичность – 99,1% и чувствительность – 42,6%. Площадь под ROC-кривой соответствующей взаимосвязи прогноза ПР и наличия одновременно двух факторов риска – укороченной шейки матки и отсутствия железистого индекса составила $0,902 \pm 0,022$ (95% ДИ: 0,860–0,945) ($p < 0,001$).

На основе полученных данных был разработан алгоритм ведения беременности, который может быть реализован в амбулаторных условиях. Разработанный алгоритм с 2016 года внедрен в Тульской области. Для каждой беременной рассчитывается группа риска с учетом результатов комплексной оценки шейки матки в I триместре. При высоком риске ПР рекомендуется медикаментозная коррекция. Это позволило стабилизировать показатель ПР – 4–5%, снизить частоту ранних ПР (22+0–27+6 недель) с 12,0% в 2017 году до 6,9% в 2020 году, и уменьшить показатель младенческой смертности – с 6,9‰ до 4,9‰, соответственно.



Заключение

Выявление ультразвуковых маркеров, которые указывают на преждевременное созревание шейки матки, позволяет стратифицировать риски невынашивания.

ПРЕИМУЩЕСТВО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Шатунова Е.П., Костина Е.А.

г. Самара

ГБУЗ СО СГКБ №2 им. Н.А. Семашко

Актуальность

Значительная частота кесарева сечения, которая составляет в последние годы до 30% и более, приводит к актуальной проблеме – увеличению числа женщин репродуктивного возраста, имеющих рубец на матке. Увеличение частоты кесарева сечения создает новую проблему, так как возрастает число женщин с оперированной маткой, а рубец на матке в дальнейшем нередко является единственным показанием к повторной операции. Выбор тактики ведения родов у таких женщин, в основном, зависит от состояния рубца на матке. Методы исследования состояния рубца на матке во время беременности весьма ограничены, и зачастую единственным является ультразвуковое исследование. Полученные при эхографии дополнительные сведения могут значительно помочь врачу акушеру гинекологу в выборе дальнейшей тактики.

Цель

Определить критерии эхографической картины рубца на матке у беременных после кесарева сечения и оценить эффективность ультразвукового исследования в диагностике несостоятельности рубца.

Материалы и методы

УЗИ было проведено 120 беременным женщинам с рубцом на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. Средний возраст женщин составил 28–39 лет, срок беременности – от 38 до 41 недель. Давность предыдущей операции кесарева сечения варьировала от 2 до 7 лет. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Samsung HS40, оснащенный конвексным датчиком 2–8 МГц при наполненном мочевом пузыре для лучшей визуализации передней поверхности стенки нижнего сегмента матки.



Результаты

Клинически признаки несостоятельности рубца в виде болей в области нижнего сегмента матки, локальной болезненности в нижних отделах живота определялись у 14 беременных (16,8%). В этих случаях клинические данные совпали с эхографической картиной несостоятельности рубца. При ультразвуковом исследовании миометрия в области нижнего сегмента матки рубец объективно оценивался по следующим признакам: измерение общей толщины, равномерность рубца, наличие участков истончения, структура рубца, наличие акустически плотных областей, которые свидетельствуют о соединительнотканном компоненте этой области, контуры рубца и его экзогенность. В качестве критериев состоятельности рубца на матке рассматривали следующие признаки: типичность положения рубца, отсутствие деформаций, «ниш», участков втяжения со стороны серозной оболочки и полости матки, толщину миометрия в области нижнего маточного сегмента; отсутствие гематом в структуре рубца, соединительнотканых включений, жидкостных структур, визуализацию лигатур в миометрии в зависимости от давности операции и использованного шовного материала, адекватный кровоток, состояние пузырно-маточной складки, дугласова пространства, параметриев. Признаки несостоятельности рубца во время беременности проявлялись в виде деформации наружного контура матки в нижнем сегменте и на уровне перешейка, втяжения серозной оболочки, резкого истончения миометрия, наличия «ниши» со стороны полости матки или деструктивных изменений зоны рубца с формированием множественных полостей в миометрии. Состоятельность рубца на матке считали сомнительной, если при УЗИ выявляли рубец толщиной менее 2 мм, равномерный по толщине на всем протяжении, с уплотненными участками фрагментарно или по всей толще.

Заключение

Достоверно известно, что выявление основных причин формирования несостоятельного шва на матке после кесарева сечения и раннее проведение современных диагностических мероприятий, при которых высокая достоверность данных ультразвукового исследования позволяет расценивать его как наиболее информативный метод оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения, и позволят улучшить репродуктивный прогноз у пациенток с тяжелыми послеродовыми осложнениями и реализовать детородную функцию.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Шатунова Е.П., Костина Е.А.

г. Самара

ГБУЗ СО СГКБ №2 им. Н.А. Семашко

Актуальность

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) это полиорганная и полисистемная патология с прогрессивным течением, в основе которой лежат дефекты синтеза или катаболизма компонентов внеклеточного матрикса или регуляторов морфогенеза соединительной ткани. ДСТ представлена двумя разновидностями – дифференцированной и недифференцированной формами. Дифференцированные дисплазии соединительной ткани (дДСТ) характеризуются определенным типом наследования, отчетливой клинической картиной, а в ряде случаев установленными и достаточно хорошо изученными генными или биохимическими дефектами (синдромы Марфана, Элерса – Данло, несовершенный остеогенез). В последние годы все большее значение в развитии патологических состояний и заболеваний отводится недифференцированным формам ДСТ (нДСТ), частота отдельных признаков которых, по данным разных авторов, колеблется в популяции от 26 до 80%. У женщин с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани течение беременности, родов и послеродового периода осложняется в связи с системным наследственным нарушением структуры соединительной ткани, а течение синдрома нДСТ может быть отягощено гестационным процессом.

Цель

Изучить течение и развитие беременности у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения с наличием и без признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы

В исследование были включены 120 беременных, обратившиеся для планового родоразрешения. По результатам осмотра, сбора анамнеза, анкетирования и проведения общеклинического обследования пациентки были разделены на две группы, в зависимости от наличия признаков нДСТ: 1 группа (основная) – 100 пациенток с выраженностью признаков нДСТ по классификации Т.И. Кадуриной не менее 6 баллов, а во 2 группу (сравнения) вошли 20 здоровых женщин без признаков ДСТ. Изучены анамнестические данные, особенности течения беременности, операции кесарева сечения, проведены ультразвуковые исследования рубцов на матке.



Результаты

Осложненное течение беременности было выявлено в половине случаев у беременных в первой группе и у 23,3% – во второй. По данным УЗИ перед родоразрешением признаки неполноценности в виде истончения рубца матки до 1,7 (0,9) мм выявлены в первой группе у 41 пациентки (41%), во второй группе толщина рубца составила до 4,1 (1,15) мм у 13 человек (43,3%), у остальных 17 женщин (56,7%) толщина рубца была до 3,2 (1,8) мм. Осложненное течение беременности было выявлено в половине случаев у беременных в первой группе, и у 23,3% – во второй. Осложнения в первом триместре беременности отмечены у 25 (25%) беременных, во втором – у 13 (13%), в третьем – у 12 (12%) основной группы и во 2 группе осложнения наблюдались у 3 (10,0%) обследуемых в первом триместре, во втором – 2 (6,6%), в третьем – 2 (6,6%) соответственно ($p < 0,01$). У женщин основной группы существенно чаще выявлены: угроза прерывания беременности – у 42 женщин (42%), (4 (13,3%) в группе сравнения), фетоплацентарная недостаточность – у 18 больных (18%), (3 (10%) в группе сравнения) ($p < 0,01$).

Заключение

Наличие ДСТ у женщин представляет собой большую проблему в акушерстве и гинекологии. Системный характер поражения соединительной ткани отрицательно сказывается на течении и развитии беременности, родов и послеродового периода. Наличие признаков нДСТ в основной группе пациенток с рубцом на матке объясняется более неблагоприятным течением у них беременности, что обуславливает более высокую частоту повторного абдоминального родоразрешения.

ПРИМЕНЕНИЕ ОНТОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Щеглов Б.О., Щеглова С.Н., Рева Г.В.

г. Владивосток

Медицинский комплекс Дальневосточного федерального университета

Актуальность

Совершенствование методов диагностики в области гинекологии привело к разработке множества методов, направленных на раннее выявление и лечение различных заболеваний. Центральное место в этом начинании занимает тест Папаниколау, названный в честь его изобретателя доктора Джорджа Папаниколау. Он представляет собой один из основных методов скрининга для диагностики широкого спектра гинекологических заболеваний, в частности, рака шейки матки (РШМ). Это злокачественное ново-



образование занимает четвертое место по распространенности среди женского населения во всем мире, что подчеркивает острую потребность в разработке объективных диагностических инструментов.

Цель

Демонстрация разработанного подхода к объективности диагностики клеточных изменений с помощью онтологической модели для обеспечения объективной основы выявления патологических изменений.

Материалы и методы

Разработка онтологии проводилась на платформе Института автоматизации и процессов управления г. Владивостока. Проведен анализ 35 литературных источников, имеющих отношение к объективизации теста Папаниколау, завершились установлением конкретных параметров, которые отчетливо характеризуют различные типы клеточных трансформаций.

Результаты

Полученная база знаний, основанная на классификации клеточных изменений в соответствии с системой Bethesda, сформулирована на базе 10 гипотез, каждая из которых описывает клеточные и ядерные свойства посредством 6 характерных параметров. Для повышения доступности базы знаний, решатель был спроектирован и реализован в виде веб-приложения, созданного с использованием языка программирования Python. В рамках проведенного исследования было реализовано веб-приложение, демонстрирующее применение теоретических моделей к практическим диагностическим приложениям. Текущие исследовательские усилия активно направлены на пополнение базы данных приложения дополнительными параметрами, направленными на всестороннюю количественную оценку присутствия различных внеклеточных элементов. Однако необходимо проведение дополнительных экспериментальных исследований для уточнения диапазонов значений различных атрибутов.

Заключение

Разработка ориентированной на знания модели диагностики клеточных трансформаций в гинекологии представляет собой пример в направлении объективизации диагностического процесса интерпретации клинического материала теста Папаниколау. Внедрение онтологии и создание базы знаний в сочетании с созданием ориентированного на пользователя веб-приложения подчеркивают возможность преодоления разрыва между теоретическими знаниями и практическими диагностическими приложениями для снижения субъективного фактора при оценке, а также для подготовки специалистов в сфере цитологии.



ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ В РАЗВИТИИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П.

г. Москва

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Преждевременная отслойка плаценты относится к грозным осложнениям беременности и родов, в том числе с летальным исходом. Коронавирусная инфекция-19 (COVID-19), в свою очередь, способствует развитию поражений плаценты и нарушений гемостаза.

Цель

Анализ частоты выявления преждевременной отслойки плаценты при мертворождении в федеральных округах Российской Федерации в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы

Работа основана на анализе статистических форм А-05 Росстата за 2020–2022 гг (период пандемии COVID-19) и за 2017–2019 гг (контрольный период), относящихся к мертворождениям. Оценивали частоту преждевременной отслойки плаценты, которая согласно записям в медицинских свидетельствах о перинатальной смерти обусловила мертворождение. Показатели мертворождаемости рассчитывали как отношение количества мертворожденных к общему числу всех новорожденных, родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 100000. Значимость различий оценивали при помощи критерия Хи-квадрат.

Результаты

Согласно данным Росстата в целом по Российской Федерации в 2020–2022 гг (период пандемии COVID-19) было зарегистрировано 23310 мертворожденных, что на 12,0% меньше по сравнению с 2017–2019 гг. При этом значение показатели мертворождаемости повысилось на 1,2% соответственно. Общее количество наблюдений поражений плаценты, пуповины и оболочек, расцененных в качестве состояний, обусловивших гибель плода и мертворождение, снизилось на 12,3% (с 12797 до 11221), тогда как их доля среди всех случаев мертворождения снизилась лишь на 0,2% (с 48,3% до 48,1%). Преждевременная отслойка плаценты, согласно записям в медицинских свидетельствах и перинатальной смерти, в период 2017–2019 гг фигурировала в 570 наблюдениях, а в период пандемии



COVID-19 ее частота снизилась до 387 (на 32,1%). При этом значение показателя мертворождаемости в Российской Федерации при преждевременной отслойке плаценты в 2020–2022 гг снизилось на 21,7% по сравнению с контрольным периодом (11,9 до 9,3). Наиболее выраженное снижение показателей мертворождаемости при преждевременной отслойке плаценты зарегистрировано в Северо-Кавказском и Приволжском федеральных округах (на 57,2% и 46,4% соответственно). В Южном федеральном округе, наоборот, отмечено повышение (на 12,5%) показателя мертворождаемости, обусловленной преждевременной отслойкой плаценты.

Заключение

В период пандемии COVID-19 (2020–2022 гг) по сравнению с предыдущим периодом (2017–2019 гг) в Российской Федерации отмечено снижение на 12,0% абсолютного количества мертворожденных при повышении на 1,2% показателя мертворождаемости. Одновременно установлено уменьшение количества мертворождений и показателя мертворождаемости, обусловленных преждевременной отслойкой плаценты, на 32,1% и 21,7% соответственно.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСЛЕРОДОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ПЕРЕНЕСШИХ КС

Эгамбердиева М.У., Абдуллаева Л.М., Эгамбердиев И.Ш.

г. Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность

Правильный подбор эффективного и безопасного контрацептивного средства у контингента женщин с избыточной массой тела должен основываться на понимании механизмов формирования избыточного веса и действия компонентов гормонального контрацептива на ключевые звенья пищевого поведения и липогенеза.

В настоящее время вопрос подбора эффективного и безопасного орального контрацептива у женщин с избыточной массой тела актуален в связи с ростом числа женщин с нарушением пищевого поведения и формированием ожирения, а также с тем значительным ущербом, которые оказывают искусственный аборт и избыточная жировая ткань на женское репродуктивное здоровье.

Избыточная масса тела и впоследствии ожирение, деформируя внешность, нередко приводят к формированию комплекса физической неполноценности, и как следствие, к сни-



жению сексуальной самооценки и безопасности. Согласно данным статистики, женщины с избыточной массой тела в 4 раза реже используют контрацепцию по сравнению с женщинами с нормальным весом, при этом количество абортов у лиц с ожирением и избыточным весом выше.

Аборт, проведенный у пациенток с избыточной массой тела, ожирением и метаболическим синдромом, имеет более плачевные последствия, чем у женщин с нормальной массой тела. Вышеуказанное диктует необходимость тщательного подбора эффективного и безопасного контрацептивного средства у женщин с избыточной массой тела.

Цель

Данное исследование является систематическим исследованием и метаанализом. Целью данного исследования было получение выводов из различных аналогичных исследований относительно влияния оральной контрацепции на ожирение у женщин детородного возраста. Исследования, в которых обсуждаются данные об ожирении, считаются важными.

Материалы и методы

Это был метаанализ и систематический обзор нескольких обсервационных исследований. Статьи были собраны из баз данных PubMed, Google Scholar и Springerlink, опубликованных в 2019–2023 годах. При сборе данных использовались критерии приемлемости, включая популяцию (P): женщины репродуктивного возраста, вмешательство (I): оральные контрацептивы, сравнение (C): без оральных контрацептивов и результат (O): ожирение. Отобранные статьи представляли собой полный текст обсервационного исследования. Эти статьи были отобраны с помощью блок-схемы PRISMA. Количественный синтез был проведен с использованием программы Review Manager 5.3.

Результаты

В общей сложности 3 статьи, рассмотренные в мета-анализе с анализом подгрупп с использованием модели когортного наблюдения, показали, что оральные контрацептивы увеличивают риск ожирения у женщин репродуктивного возраста (aOR= 1,14, 95% ДИ= 1,03–1,26, $p < 0,001$). Этот метаанализ объединяет первичные исследования из Центральной Азии, Кореи, Индии, Канады, Конго и Соединенных Штатов Америки.

Заключение

Оральные контрацептивы при правильном подборе и назначении не повышают риск ожирения.



К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИИ ДОКСИЛАМИНА СУКЦИНАТА И ПИРИДОКСИНА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ

Юзбекова Л.А., Юзбекова А.А., Абусуева З.А., Стефанян Н.А.

г. Махачкала

*ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава
России*

Актуальность

Рвота беременных является одной из актуальных проблем современного акушерства. Это чрезвычайно распространенное осложнение беременности, которое варьирует от легкой до тяжелой степени и является вторым по распространенности показанием для госпитализации во время беременности. Существует необходимость в разработке безопасных и эффективных средств для лечения данного состояния.

Цель

Изучить и описать эффективность комбинации доксиламина сукцината и пиридоксина гидрохлорида в форме таблеток «Навидоксин» («Воминор») в лечении рвоты у беременных.

Материалы и методы

Были проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 60 беременных женщин с умеренной и тяжелой рвотой, госпитализированных в ГБУ РД «МРД №2» города Махачкалы в отделение консервативной гинекологии. Проведена оценка метаболического статуса, биохимических показателей крови, системы гемостаза, мониторинг электролитов.

Пациентки были разделены на две группы. I группа (контрольная) получала инфузионную терапию для коррекции электролитных расстройств, дегидратации, антиэметическую терапию и витаминотерапию. II группа (основная) – в дополнение вышеуказанной терапии получала препарат «Навидоксин» («Воминор») в дозе 25 мг./1 раз в день.

Результаты

У I группы (контрольной) на основании проведенной терапии эффективность составила 85%, лабораторные показатели улучшились через неделю, но периодическая рвота возобновилась у 30% пациенток уже на 3-и сутки после прекращения терапии. У пациенток II группы эффективность составила 90% и отмечалось более раннее клиническое улучшение, нормализация лабораторных показателей заболевания.



Заключение

Проведенное исследование подчеркивает потенциальную перспективу использования препарата «Навидоксин» («Воминол») в лечении умеренной и тяжелой рвоты у беременных, предоставляя новый подход к современным методам решения данной проблемы в области акушерской практики.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО

Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П., Дамиров М.М.

г. Москва

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

Актуальность

Аннотация.

Проведён ретроспективный анализ частоты и структуры внутриматочной патологии у пациенток репродуктивного возраста за 2021–2022 гг., проспективный анализ за 2023 г. Отмечено превалирование количества больных с полипами эндометрия.

Abstract.

We present to your attention a retrospective analysis of the frequency and structure of intrauterine pathology from 2021 till 2022 and prospective analysis for 2023 detected in a group of women 18–49 age old. The prevalence the number of patients with endometrial polyps was noted.

Внутриматочная патология продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре нозологий, наиболее часто выявляемых врачом акушером-гинекологом на этапе амбулаторного и стационарного звена.

Цель

Определение структуры и частоты встречаемости внутриматочной патологии у пациенток репродуктивного возраста в условиях многопрофильного стационара.



Материалы и методы

Проведён анализ 288 историй болезни пациенток репродуктивного возраста с внутриматочной патологией за 2021–2022 г.: 129 пациенток, проходивших лечение в 2021 году, и 159 женщин – в 2022 году. При анализе показателей частоты встречаемости различной внутриматочной патологии за 2021 год установлено явное преобладание частоты выявления гиперплазии эндометрия без атипии в репродуктивном возрасте, которая была патоморфологически подтверждена у 63% пациенток, в сравнении с полипами эндометрия, которые обнаружены у 26% женщин с внутриматочной патологией. У оставшихся 11% пациенток диагностированы другие виды внутриматочной патологии. Несколько иные данные были получены при анализе заболеваемости в 2022 году. Согласно полученным данным, в структуре внутриматочной патологии преобладали полипы эндометрия, частота которых составила 71,5%, тогда как частота гиперплазии эндометрия без атипии была диагностирована только у 11,1% больных. Также отмечено увеличение частоты сочетания полипов и гиперплазии эндометрия – 16,1%. Значительно реже была диагностирована другая патология: хронический эндометрит в сочетании с полипами эндометрия – в 13% случаев, гиперплазия эндометрия с атипией – 3%.

Результаты

Анализ данных, полученных при проспективном исследовании в 2023 году, показал, что наиболее часто встречались пациентки с полипами эндометрия (51,8%), что является продолжением тенденции, отмеченной нами по данным анализа в 2022 году. В исследуемой группе, полип эндометрия был диагностирован у 28 (51,8%) пациенток, значительно реже встречалась другая патология: субмукозная миома матки – у 11 (20,4%) женщин, гиперплазия эндометрия без атипии – у 6 (11,1%) пациенток, аденомиоз – у 4 (7,4%) и с другой внутриматочной патологией – 5 женщин (9,3%).

Заключение

Таким образом, анализ полученных данных показал устойчивую тенденцию преобладания частоты выявления полипов эндометрия в структуре внутриматочной патологии, что является обоснованием к более детальному изучению патогенеза данной патологии.



Содержание

ЦЕНТРАЛЬНЫЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	3
<i>Абсатарова Ю.С., Андреева Е.Н., Евсева Ю.С., Шереметьева Е.В., Григорян О.Р., Михеев Р.К.</i>	
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РУТИННОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ НА ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В Г. СМОЛЕНСК	4
<i>Авчинникова Д.А.¹, Покусаева В.Н.¹, Эйдельштейн И.А.²</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ	6
<i>Агабекян В.С., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Печкуров С.А., Арабаджан С.М.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ И РАЗВИТИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ	7
<i>Агабекян В.С., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Гасанов Н.П., Печкуров С.А., Арабаджан С.М.</i>	
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ.....	9
<i>Айсаева Б.М., Дикке Г.Б., Абусуева З.А., Эфендиева Р.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЕЁ АСПИРИНОПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	10
<i>Алексеева М.В., Козловская Н.Л., Апресян С.В., Демьянова К.А., Коротчаева Ю.В., Луговой А.О., Чегодаева А.Г.</i>	
ЗАВИСИМОСТЬ ОНКОПРОГРЕССИИ ШЕЙКИ МАТКИ ОТ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВПЧ	12
<i>Андреева М.В., Захарова-Козьян К.И.</i>	
ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО СКРИНИНГА У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	13
<i>Андреева М.В., Тугай Е.А., Заболотнева К.О.</i>	
СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ.....	15
<i>Артемьева К.А.¹, Степанова И.И.¹, Пономаренко Е.А.¹, Низяева Н.В.¹, Тихонова Н.Б.¹, Куликов И.А.²</i>	



ПЛАЦЕНТАРНЫЕ БЕЛКИ КАК БИОМАРКЕРЫ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	17
<i>Артемяева К.А.¹, Степанова И.И.¹, Пономаренко Е.А.¹, Низяева Н.В.¹, Шамаракова М.В.²</i>	
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ДНЕВНИК БЕРЕМЕННОСТИ: СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ.....	18
<i>Артемяева К.А.*, Степанова И.И., Низяева Н.В., Кузнецова Е.В., Пономаренко Е.А.</i>	
БИОХИМИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ПРЕДИКЦИИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	19
<i>Ахмадиев Э.Э.</i>	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЧЕТАНИЯ БИОМАРКЕРОВ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ И ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ	21
<i>Ахмадиев Э.Э., Асатова М.М.</i>	
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СИНТАЗЫ АЗОТА 3 ТИПА И ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ АТОНИИ МАТКИ У ЖЕНЩИН Ы УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....	22
<i>Ашурова У.А., Нажмутдинова Д.К., Абдуллаева Л.М.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТКО С ОНВИРА СИНДРОМОМ	24
<i>Батырова З.К., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д., Кумыкова З.Х., Кругляк Д.А., Мамедова Ф.Ш., Кулабухова П.В.</i>	
ТЯЖЁЛЫЙ ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД У ПАЦИЕНТКИ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	26
<i>Беккер Р.А., Быков Ю.В.</i>	
СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ COVID-19 И МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	27
<i>Бембеева Б.О., Денисов П.А., Изюмов Р.В., Нечаева О.В., Припутневич Т.В.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА.....	29
<i>Болдырева Ю.А., Цхай В.Б.</i>	



ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ НЕУДАЧАХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА: ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ	30
Боровиков И.О., Булгакова В.П., Боровикова О.И.	
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕРОДОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ О МЕРАХ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	32
Будникова К.А., Гугуева Е.А., Синяткина В.В., Манучева Т.Г., Геворкян Д.О.	
ПЕРВИЧНЫЙ АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА ТЯЖЁЛЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТКИ	33
Быков Ю.В., Беккер Р.А.	
АНТИ-NMDA РЕЦЕПТОРНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ (ЭНЦЕФАЛИТ ДАЛМАУ) У БЕРЕМЕННОЙ	35
Быков Ю.В., Беккер Р.А.	
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	36
Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С.	
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ	38
Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Царева С.Н., Борис И.В.	
ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ	40
Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Царева С.Н., Писаренко Е.А.	
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИНЫ В ДЕНЬ ПУНКЦИИ И СХОДЫ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	41
Ващилина Т.П., Виктор С.А., Дусь И.Л., Манукян А.В.	
ВЛИЯНИЕ МНОГОВОДИЯ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	43
Виктор С.А., Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А.	
РОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НА ФЛОРУ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ СВЕРХРАНИХ	



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.....	44
<i>Виктор С.А., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Васильева Е.Н.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ.....	46
<i>Вишневская Ю.Г.¹, Касян Г.Р.²</i>	
ДИАЛОГ МЕЖДУ ЭМБРИОНОМ И МАТКОЙ: ЧТО ПОМОЖЕТ ИМ ДОГОВОРИТЬСЯ? (СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕУДАЧ ИМПЛАНТАЦИИ В ВРТ)	47
<i>Владиминова И.В.</i>	
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДА	49
<i>Волков В.Г., Кастор М.В.</i>	
СКРИНИНГ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОИМПЕДАНСНОГО МАММОГРАФА	51
<i>Гаврилова Н.П.¹, Селиверстов П.В.², Шаповалов В.В.³</i>	
РОЛЬ ЭНДОКРИННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА У БЕРЕМЕННЫХ	53
<i>Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н., Габор Н.В.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПЛАНАМИ	54
<i>Глоба Ю.С., Дубинин А.А.</i>	
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД У ЖЕНЩИН С ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	56
<i>Гошкевич Е.А., Пересада О.А., Ващилина Т.П.</i>	
ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ С ПОМОЩЬЮ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ	57
<i>Гущина М.Ю., Жуманова Е.Н., Корчажкина Н.Б., Колгаева Д.И.</i>	



ИССЛЕДОВАНИЕ АПОПТОЗА КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОМ ТЕЛА МАТКИ	59
<i>Дамиров М.М., Иерусалимский А.П., Олейникова О.Н., Боровкова Н.В.</i>	
ОЦЕНКА ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА ПОЛОВОГО ТРАКТА ПАЦИЕНТОК С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ	60
<i>Дамиров М.М., Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П.</i>	
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ И МЕХАНИЗМ НАРУШЕНИЕ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	62
<i>Дамиров М.М., Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П., Боровкова Н.В.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ АКУШЕРСКОГО РАЗГРУЗОЧНОГО ПЕССАРИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	63
<i>Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНОГО АНГИОГЕНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	65
<i>Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.</i>	
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК, ИСПОЛЗУЮЩИХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	67
<i>Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.Н., Данькин К.В.</i>	
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВИТАМИНА D ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ.....	68
<i>Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Виноградова И.В., Грузинова Е.Н., Сидорова Т.Н.</i>	
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	70
<i>Денисова Т.Г., Грузинова Е.Н., Тюрникова С.Р., Садардинова Р.Р., Денисова Е.А.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОИМПЕДАНСНОГО МАММОГРАФА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОК С ЭСТРОГЕНЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	71
<i>Добренькая Г.С., Добренькая Е.М.</i>	



ВЛИЯНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕНЕСЕННЫХ В 3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО АДАПТАЦИОННОГО ПЕРИОДА	73
<i>Жолудева П.А., Каледина Е.Я., Хороших Н.В.</i>	
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ	75
<i>Кирюхин О.Л., Кирюхина Л.Б., Мартынова Е.О.</i>	
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	76
<i>Ковалева Ю.В., Карпова А.А.</i>	
ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ И УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ	78
<i>Колесникова А.М., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Таланова И.Е.</i>	
КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПОПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ	80
<i>Креер С.А., Михалевич С.И., Полешко А.Г., Дражина О.Г.</i>	
ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ И ПРЕЭКЛАМПСИЯ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В АКУШЕРСТВЕ.....	82
<i>Лаврик М.В., Куземина Е.А., Казакова А.С., Ильина М.П.</i>	
ПАРАУРЕТРАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ. ОПЫТ УРОЛОГОВ	84
<i>Лазарева Е.К., Гвоздев М.Ю.</i>	
ПРЕДИКЦИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ ГЕПАТОЗЕ.....	85
<i>Линева О.И., Казакова А.В., Романова Е.Ю.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СПКЯ.....	87
<i>Лобачевская О.С., Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Царева С.Н., Кучинская Т.П.</i>	
ДИАГНОСТИКА ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ.....	89
<i>Логинова О.П.</i>	



РН-МЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОТОПА	90
<i>Логинова О.П., Медведева Ж.Н.</i>	
S.AGALACTIAE – ПРИЧИНА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ	92
<i>Логинова О.П., Шевченко Н.И.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ РОЖДАЕМОСТИ	94
<i>Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.</i>	
МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В ЦФО РФ. ТЕНДЕНЦИИ 2023 ГОДА.....	95
<i>Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В., Лицова А.О.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИСКУССТВЕННЫХ АБОРТОВ.....	96
<i>Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В., Панова И.А., Лицова А.О., Маслова Н.Л.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	98
<i>Матюшонок Е.Н., Густоварова Т.А., Смирнова Т.И.</i>	
ОЦЕНКА ПРОФИЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПОДКОЖНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ИМПЛАНТАТ, СОДЕРЖАЩИЙ ЭТОНОГЕСТРЕЛ. РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА.....	99
<i>Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Кепша М.А., Ильясова Н.А., Мгерян А.Н., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Назарова Н.М.</i>	
СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН ВУЛЬВЫ. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ	101
<i>Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Кепша М.А., Юрова М.В., Абакарова П.Р., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ДЕФИЦИТА VII ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА	102
<i>Милош Т.С.</i>	



ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ	104
<i>Минакова А.Д., Джигладзе Т.А., Зуев В.М., Хохлова И.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)	106
<i>Минченкова Е.А., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С.</i>	
ГЕРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ПОЛОВЫМИ СТЕРОИДАМИ У ЖЕНЩИН С НЕЯТРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА	108
<i>Михеев Р.К., Мельниченко Г.А., Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Абсатарова Ю.С., Ужегова Ж.А.</i>	
К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН.....	109
<i>Мусакова М.В., Кисина В.И., Гущин А.Е., Хачатурян А.Ю., Каленов М.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВИРОВАННОЙ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ	111
<i>Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Стародубцева Н.Л., Алиева Л.Э., Абакарова П.Р., Чаговец В.В., Франкевич В.Е.</i>	
ВПЧ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОК С МОРФОЛОГИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМИ ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.	113
<i>Назарова Н.М., Мухамбеталиева Д.Д., Сергеева А.А., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Кепша М.А., Асатурова А.В.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	114
<i>Никитина Е.В.¹, Васильева Л.Н.¹, Лобачевская О.С.¹, Царева С.Н.¹, Капустина Е.Р.²</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИЛЬНИЦ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ.....	116
<i>Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Лобачевская О.С.</i>	



РИСКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19.....	118
Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Васильева Л.Н.	
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	120
Нургалиева Л.И., Бодыков Г.Ж., Сансызбаева Р.Ж., Нургалиева С.А., Щитанова А.К.	
ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ОТВЕТ ЯИЧНИКОВ НА ОВАРИАЛЬНУЮ СТИМУЛЯЦИЮ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОК ПРОГРАММ ЭКО	121
Острина С.Я., Серова О.Ф., Рудакова Е.Б., Федорова Е.А.	
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ “АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ГИНЕКОЛОГА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ”	123
Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Сибирская Е.В.², Сотников И.А.¹, Константинова А.К.¹, Чудина О.С.³	
РОДЫ С РУБЦОМ НА МАТКЕ: ПРЕДИКТОРЫ УСПЕХА.....	125
Покусаева К.Б., Каткова Н.Ю., Дзюба А.К., Скосырева М.Н., Безрукова И.М.	
ДИНАМИКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....	127
Полухова Е.В., Фириченко В.И.	
РОЛЬ АНКЕТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ К БУДУЩЕМУ РЕБЕНКУ.....	128
Прилуцкая В.А., Дражина О.Г., Басалай Т.К., Булачкина Т.А.	
ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА И ЕЕ ЗНАЧИМОСТЬ В ДИАГНОСТИКЕ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ	130
Пронина В.А.	
СИНТЕЗ КОЛЛАГЕНА В ШЕЙКЕ МАТКИ	131
Рамазанова М.Р., Андреева М.В.	
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА	133
Савицкая В.М., Дражина О.Г., Карпович О.Н.	



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯИЧНИКОВ	135
Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Левченко М.В., Золотых О.С., Арабаджан С.М.	
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ	136
Саилова М.Л., Каримова Ф.Д., Рахманова С.Ш., Джураева Д.Л.	
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	138
Сафарова С.С., Сафарова С.С., Султанова И.А.	
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	140
Свиридова Н.И., Артюмакова А.Ю., Абраамян Л.К.	
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	142
Свиридова Н.И., Максимов С.Н., Пурясева К.А.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ	143
Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.	
РОЛЬ ВРАЧА – ГИНЕКОЛОГА АМБУЛАТОРНО–ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ.....	145
Смольнова Т.Ю., Черемин М.М., Чупрынин В.Д., Чурсин В.В.	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НА БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	147
Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.	
ПОЗДНЯЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА: АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНЫХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ.....	149
Столярова Е.В., Холин А.М., Ходжаева З.С., Гус А.И.	



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК СО СВЕРХРАННИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	150
Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Вострокнутова А.Ю., Ягофарова А.Р.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТИПОМ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В ПРОЦЕССЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕОПЛАЗИИ У ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ	152
Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Крылкова А. И., Прилепская В.Н., Бурменская О.В.	
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ.....	154
Торобаева М.Т., Буянова С.Н., Петракова С.А.	
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БЕРЕМЕННОСТЬЮ, В ГЕНЕЗЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	155
Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П.	
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ	157
Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Абасова А.С., Гейбатова Л.Г.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СПЕКТРА ЖЕНЩИН С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ	159
Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Гейбатова Л.Г., Абасова А.С.	
БОЛЕЗНЬ ПОМПЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ	161
Уразбаева Г.Г., Курманова А.М., Салимбаева Д.Н., Зиябеков Д.М., Ниязова Р.Р.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....	162
Уринбаева Н.А., Баситханова С.Р., Рахманова С.Ш.	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА.....	164
Фазлиддинова Ф.Н., Рахманова С.Ш.	
ОЖИРЕНИЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ВЛИЯНИЕ НА МАТЬ И ПЛОД	166
Царева С.Н., Царев В.П., Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лабочевская О.С.	



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, СТРАДАЮЩИХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19.....	168
<i>Царева С.Н., Царев В.П., Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лабочевская О.С.</i>	
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	169
<i>Чурсина О.В.</i>	
ПРЕИМУЩЕСТВО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ.....	171
<i>Шатунова Е.П., Костина Е.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	173
<i>Шатунова Е.П., Костина Е.А.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ОНТОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ	174
<i>Щеглов Б.О., Щеглова С.Н., Рева Г.В.</i>	
ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ В РАЗВИТИИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	176
<i>Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСЛЕРОДОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ПЕРЕНЕСШИХ КС	177
<i>Эгамбердиева М.У., Абдуллаева Л.М., Эгамбердиев И.Ш.</i>	
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИИ ДОКСИЛАМИНА СУКЦИНАТА И ПИРИДОКСИНА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ.....	179
<i>Юзбекова Л.А., Юзбекова А.А., Абусева З.А., Стефанян Н.А.</i>	
СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО	180
<i>Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П., Дамиров М.М.</i>	



СПИСОК АВТОРОВ

- 3 Абсатарова Ю.С., Андреева Е.Н., Евсеева Ю.С., Шереметьева Е.В., Григорян О.Р., Михеев Р.К.
- 4 Авчинникова Д.А.¹, Покусаева В.Н.¹, Эйдельштейн И.А.²
- 6 Агабекян В.С., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Печкуров С.А., Арабаджан С.М.
- 7 Агабекян В.С., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Гасанов Н.П., Печкуров С.А., Арабаджан С.М.
- 9 Айсаяева Б.М., Дикке Г.Б., Абусуева З.А., Эфендиева Р.М.
- 10 Алексеева М.В., Козловская Н.Л., Апресян С.В., Демьянова К.А., Коротчаева Ю.В., Луговой А.О., Чегодаева А.Г.
- 12 Андреева М.В., Захарова-Козьмян К.И.
- 13 Андреева М.В., Тугай Е.А., Заболотнева К.О.
- 15 Артемьева К.А.¹, Степанова И.И.¹, Пономаренко Е.А.¹, Низяева Н.В.¹, Тихонова Н.Б.¹, Куликов И.А.²
- 17 Артемьева К.А.¹, Степанова И.И.¹, Пономаренко Е.А.¹, Низяева Н.В.¹, Шамаракова М.В.²
- 18 Артемьева К.А.*¹, Степанова И.И., Низяева Н.В., Кузнецова Е.В., Пономаренко Е.А.
- 19 Ахмадиев Э.Э.
- 21 Ахмадиев Э.Э., Асатова М.М.
- 22 Ашурова У.А., Нажмутдинова Д.К., Абдуллаева Л.М.
- 24 Батырова З.К., Уварова Е.В., Чупрынин В.Д., Кумыкова З.Х., Кругляк Д.А., Мамедова Ф.Ш., Кулабухова П.В.
- 26 Беккер Р.А., Быков Ю.В.
- 27 Бембеева Б.О., Денисов П.А., Изюмов Р.В., Нечаева О.В., Припутневич Т.В.
- 29 Болдырева Ю.А., Цхай В.Б.
- 30 Боровиков И.О., Булгакова В.П., Боровикова О.И.
- 32 Будникова К.А., Гугуева Е.А., Синяткина В.В., Манучева Т.Г., Геворкян Д.О.
- 33 Быков Ю.В., Беккер Р.А.
- 35 Быков Ю.В., Беккер Р.А.
- 36 Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С.
- 38 Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Царева С.Н., Борис И.В.
- 40 Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Царева С.Н., Писаренко Е.А.
- 41 Ващилина Т.П., Виктор С.А., Дусь И.Л., Манукян А.В.
- 43 Виктор С.А., Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А.
- 44 Виктор С.А., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Васильева Е.Н.
- 46 Вишневская Ю.Г.¹, Касян Г.Р.²
- 47 Владимирова И.В.
- 49 Волков В.Г., Кастор М.В.
- 51 Гаврилова Н.П.¹, Селиверстов П.В.², Шаповалов В.В.³



- 53 Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н., Габор Н.В.
- 54 Глоба Ю.С., Дубинин А.А.
- 56 Гошкевич Е.А., Пересада О.А., Ващилина Т.П.
- 57 Гущина М.Ю., Жуманова Е.Н., Корчажкина Н.Б., Колгаева Д.И.
- 59 Дамиров М.М., Иерусалимский А.П., Олейникова О.Н., Боровкова Н.В.
- 60 Дамиров М.М., Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П.
- 62 Дамиров М.М., Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П., Боровкова Н.В.
- 63 Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.
- 65 Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин К.В.
- 67 Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.Н., Данькин К.В.
- 68 Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Виноградова И.В., Грузинова Е.Н., Сидорова Т.Н.
- 70 Денисова Т.Г., Грузинова Е.Н., Тюрникова С.Р., Садардинова Р.Р., Денисова Е.А.
- 71 Добренькая Г.С., Добренькая Е.М.
- 73 Жолудева П.А., Каледина Е.Я., Хороших Н.В.
- 75 Кирюхин О.Л., Кирюхина Л.Б., Мартынова Е.О.
- 76 Ковалева Ю.В., Карпова А.А.
- 78 Колесникова А.М., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Таланова И.Е.
- 80 Креер С.А., Михалевич С.И., Полешко А.Г., Дражина О.Г.
- 82 Лаврик М.В., Куземина Е.А., Казакова А.С., Ильина М.П.
- 84 Лазарева Е.К., Гвоздев М.Ю.
- 85 Линева О.И., Казакова А.В., Романова Е.Ю.
- 87 Лобачевская О.С., Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Царева С.Н., Кучинская Т.П.
- 89 Логинова О.П.
- 90 Логинова О.П., Медведева Ж.Н.
- 92 Логинова О.П., Шевченко Н.И.
- 94 Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.
- 95 Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В., Лицова А.О.
- 96 Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В., Панова И.А., Лицова А.О., Маслова Н.Л.
- 98 Матюшонок Е.Н., Густоварова Т.А., Смирнова Т.И.
- 99 Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Кепша М.А., Ильясова Н.А., Мгерян А.Н.,
Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Назарова Н.М.
- 101 Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Кепша М.А., Юрова М.В., Абакарова П.Р., Назарова Н.М.,
Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н.
- 102 Милош Т.С.
- 104 Минакова А.Д., Джигладзе Т.А., Зуев В.М., Хохлова И.Д.
- 106 Минченкова Е.А., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С.
- 108 Михеев Р.К., Мельниченко Г.А., Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Шереметьева Е.В.,



- Абсатарова Ю.С., Ужегова Ж.А.
- 109 Мусакова М.В., Кисина В.И., Гушин А.Е., Хачатурян А.Ю., Каленов М.В.
- 111 Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р., Стародубцева Н.Л., Алиева Л.Э., Абакарова П.Р., Чаговец В.В., Франкевич В.Е.
- 113 Назарова Н.М., Мухамбеталиева Д.Д., Сергеева А.А., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Кепша М.А., Асатурова А.В.
- 114 Никитина Е.В.¹, Васильева Л.Н.¹, Лобачевская О.С.¹, Царева С.Н.¹, Капустина Е.Р.²
- 116 Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Лобачевская О.С.
- 118 Никитина Е.В., Лобачевская О.С., Васильева Л.Н.
- 120 Нургалиева Л.И., Бодыков Г.Ж., Сансызбаева Р.Ж., Нургалиева С.А., Щитанова А.К.
- 121 Острина С.Я., Серова О.Ф., Рудакова Е.Б., Федорова Е.А.
- 123 Паренкова И.А.¹, Короткова С.А.¹, Полякова Е.И.¹, Сибирская Е.В.², Сотников И.А.¹, Константинова А.К.¹, Чудина О.С.³
- 125 Покусаева К.Б., Каткова Н.Ю., Дзюба А.К., Скосырева М.Н., Безрукова И.М.
- 127 Полухова Е.В., Фириченко В.И.
- 128 Прилуцкая В.А., Дражина О.Г., Басалай Т.К., Булачкина Т.А.
- 130 Пронина В.А.
- 131 Рамазанова М.Р., Андреева М.В.
- 133 Савицкая В.М., Дражина О.Г., Карпович О.Н.
- 135 Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Левченко М.В., Золотых О.С., Арабаджан С.М.
- 136 Саипова М.Л., Каримова Ф.Д., Рахманова С.Ш., Джураева Д.Л.
- 138 Сафарова С.С., Сафарова С.С., Султанова И.А.
- 140 Свиридова Н.И., Артюмакова А.Ю., Абраамян Л.К.
- 142 Свиридова Н.И., Максимов С.Н., Пурясева К.А.
- 143 Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.
- 145 Смольнова Т.Ю., Черемин М.М., Чупрынин В.Д., Чурсин В.В.
- 147 Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.
- 149 Столярова Е.В., Холин А.М., Ходжаева З.С., Гус А.И.
- 150 Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., ВострокнUTOва А.Ю., Ягофарова А.Р.
- 152 Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Крылкова А. И., Прилепская В.Н., Бурменская О.В.
- 154 Торобаева М.Т., Буянова С.Н., Петракова С.А.
- 155 Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П.
- 157 Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Абасова А.С., Гейбатова Л.Г.
- 159 Умаханова З.Р., Магомедова Т.С., Гейбатова Л.Г., Абасова А.С.
- 161 Уразбаева Г.Г., Курманова А.М., Салимбаева Д.Н., Зиябеков Д.М., Ниязова Р.Р.
- 162 Уринбаева Н.А., Баситханова С.Р., Рахманова С.Ш.
- 164 Фазлиддинова Ф.Н., Рахманова С.Ш.



- 166 Царева С.Н., Царев В.П., Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лабочевская О.С.
- 168 Царева С.Н., Царев В.П., Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Лабочевская О.С.
- 169 Чурсина О.В.
- 171 Шатунова Е.П., Костина Е.А.
- 173 Шатунова Е.П., Костина Е.А.
- 174 Щеглов Б.О., Щеглова С.Н., Рева Г.В.
- 176 Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П.
- 177 Эгамбердиева М.У., Абдуллаева Л.М., Эгамбердиев И.Ш.
- 179 Юзбекова Л.А., Юзбекова А.А., Абусуева З.А., Стефанян Н.А.
- 180 Юрченко О.Б., Олейникова О.Н., Иерусалимский А.П., Дамиров М.М.