

26–28 СЕНТЯБРЯ 2018 ГОДА
Москва, МВЦ «Крокус Экспо»



XIX ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ
Мать и Дитя

и VI СЪЕЗД АКУШЕРОВ - ГИНЕКОЛОГОВ РОССИИ

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА



М+Э МЕДИ Экспо

МАТЕРИАЛЫ

XIX Всероссийский научно-образовательный форум "Мать и Дитя - 2018"

М., 2017 – 241 с.

Главные редакторы:

Сухих Г.Т.

Серов В.Н.

Научные редакторы:

Баранов И.И.

Зубков В.В.

Нестерова Л.А.

ISBN 978-5-906484-43-7

© «МЕДИ Экспо», 2018

Акушерство

ДИСЛИПИДЕМИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ МАКРОСОМИИ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Алексеевкова Е.Н., Капустин Р.В., Рзаева Р.Н., Аржанова О.Н., Мозговая Е.В., Оноприйчук А.Р.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сахарный диабет во время беременности является важным фактором развития перинатальных осложнений, среди которых ведущее место занимает диабетическая фетопатия. Известно, что в патогенезе данного состояния ключевую роль играют фетальная гипергликемия и гиперинсулиемия. В дополнение к этим метаболическим нарушениям, дислипидемия у матери может выступать не менее значимым фактором в развитии фетопатии.

ЦЕЛЬ

Выявить связь между нарушениями липидного обмена у матерей с различными типами сахарного диабета и риском развития макросомии плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное когортное исследование у 213 беременных, выделено 4 группы сравнения: I группа – женщины с сахарным диабетом 1 типа (СД1; n=10); II – с сахарным диабетом 2 типа (СД2; n=5; из них 2 – на инсулинотерапии); III – с гестационным сахарным диабетом (ГСД; n=99; из них 33 – на инсулинотерапии); IV группа (контрольная) – без нарушений углеводного обмена (n=99). Критериями исключения являлись гипертоническая болезнь и стеатоз печени, выявленные до беременности. В периферической крови оценивалось содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП). Статистическая обработка данных проводилась при помощи SPSS 23.0, метода ANOVA с указанием 95% ДИ, корреляционный анализ методом Спирмена (r). Уровень значимости принимался при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние показатели плазменного содержания ТГ у пациенток различались: в группе СД1 – 3,91 ммоль/л (2,23–5,59); СД2 – 4,94 ммоль/л (1,43–8,46); ГСД – 2,87 ммоль/л (2,62–3,11); в контрольной группе – 2,99 ммоль/л (2,68–3,30) ($p=0,006$). Содержание уровня ХС составило в I группе – 7,07 ммоль/л (5,17–8,97); II – 6,34 ммоль/л (4,35–8,33); III

– 6,53 ммоль/л (6,27–6,80), в IV – 6,51 ммоль/л (6,19–6,83) ($p=0,724$). Среднее содержание ЛПНП не различалось: в группе СД1 – 4,02 ммоль/л (3,03–5,01); СД2 – 2,97 ммоль/л (2,05–3,90); ГСД – 3,23 ммоль/л (3,07–3,40); в контрольной – 3,30 ммоль/л (3,10–3,49) ($p=0,077$). При оценке содержания ЛПОНП получены следующие показатели: в I группе – 1,55 ммоль/л (0,53–2,56); II – 1,33 ммоль/л (0,84–1,82); III – 1,21 ммоль/л (1,08–1,33); в IV – 1,12 ммоль/л (1,02–1,23). Различия были недостоверны ($p=0,235$). Показатели плазменного содержания ЛПВП различались во всех группах ($p=0,049$), и составили: в группе СД1 – 1,59 ммоль/л (1,33–1,85); СД2 – 1,62 ммоль/л (1,16–2,09); ГСД – 1,71 ммоль/л (1,62–1,80); в контрольной – 1,88 ммоль/л (1,77–1,99). Вес доношенных новорожденных составил в группе матерей с СД1 – 3850 г (3384–4316); с СД2 – 3002 г (2023–3981); в группе ГСД – 3517 г (3407–3627); в контрольной – 3318 г (3232–3404) ($p=0,001$). При проведении корреляционного анализа в группе пациенток с ГСД установлена прямая корреляционная связь между массой плода и уровнем ТГ ($r=0,215$, $p=0,032$). В остальных группах данная взаимосвязь не наблюдалась, что может быть обусловлено немногочисленностью выборки, и менее выраженной дислипидемией в контрольной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При исследовании параметров липидного обмена у беременных с различными типами СД выявлены следующие нарушения: повышение плазменного уровня ТГ, ХС, ЛПОНП, и снижение ЛПВП. Установлена прямая корреляционная связь между сывороточным уровнем ТГ и массой новорожденных в группе пациенток с ГСД. Дислипидемия у матери может играть роль в развитии макросомии плода, однако, необходимы дальнейшие исследования.

РОДОСТИМУЛЯЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ЗАВЕРШЕНИЯ РОДОВ В ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ВСТАВЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫМ РОДОРАЗРЕШЕНИЕМ

Артн О.С., Болотских В.М., Дадаева Д.Г.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Роды в заднем виде затылочного вставления сопровождаются более частыми осложнениями для матери и плода по сравнению с родами в переднем виде. Особого внимания заслуживает частота кесарева сечения. Исход родов отличается в зависимости от того, будет ли осуществлен поворот в передний вид в родах или нет. В нашем исследовании роды в заднем виде завершились экстренным кесаревым сечением в 72,4% случаев, при осуществлении поворота в передний вид частота операции составила 12,8 % ($p < 0,01$). При родах в заднем виде затылочного вставления выявлена более высокая частота таких осложнений, как первичная и вторичная слабость родовой деятельности по сравнению с родами в переднем виде [1–3], в связи с чем закономерно более частое применение окситоцина.

ЦЕЛЬ

Учитывая, что исход родов зависит от осуществления поворота в передний вид, актуальным является детерминация влияния применения окситоцина как фактора сохранения заднего вида.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 105 рожениц в сроке 37–41 недель. Критерии включения: нормальные размеры таза, доношенная одноплодная беременность, планирование родов через естественные родовые пути. Критерии исключения: рубец на матке, разгибательные вставления головки плода, тазовое предлежание, показания для планового абдоминального родоразрешения. Были выделены 2 группы: основная – 58 женщин, роды которых произошли в заднем виде; группа контроля – 47 женщин, у которых в родах произошел поворот плода в передний вид. С целью родостимуляции применяли раствор окситоцина.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота родостимуляции окситоцином выше в группе женщин, родивших в заднем виде (43,1%), чем в переднем виде (29,8%), достоверных различий не обнаружено ($p > 0,05$). При этом эффективность окситоцина оказалась ниже в основной группе. В большинстве случаев применение окситоцина сочеталось с завершением родов в заднем виде экстренным кесаревым сечением (88,0%), в отличие от родов, в группе контроля (7,1%), различия достоверны ($p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Т.о. коррекция аномалий родовой деятельности оказалась менее эффективной в основной группе, чем группе контроля. Очевидно, необходимо рассматривать влияние препарата с точки зрения фактора сохранения заднего вида в родах. Влияние окситоцина на поворот головки плода в передний вид: при использовании окситоцина в 56,9% случаев поворот в передний вид не происходит, в то же время в более 70% случаев поворот в передний вид осуществляется, если терапия не проводится, ($p < 0,01$). Введение окситоцина отрицательно влияет на осуществление поворота в родах, являясь фактором сохранения заднего вида. Однако применение окситоцина нельзя рассматривать как самостоятельный фактор и учитывать его независимо от других, так как введение его проводится строго по показаниям. Тем не менее его влияние следует учитывать, рассматривая с учетом временного фактора.

РАЗРАБОТКА НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Афанасьева М.Х.*, Болотских В.М.**, Полякова В.О.**, Дадаева Д.Г.**

*СПб ГУЗ Городская поликлиника 44. Женская консультация №19,

**ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта»,
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) является одним из наиболее распространенных осложнений беременности как при доношенном (9,1-19,6%), так и при недоношенном сроке (5-35%). ПИОВ способствует росту осложнений в родах и послеродовом периоде со стороны матери, плода и новорожденного. Разработка методов прогнозирования данной акушерской патологии на разных сроках беременности является чрезвычайно актуальной.

ЦЕЛЬ

Разработка биомаркеров неинвазивного прогнозирования ПИОВ путем верификации ключевых сигнальных молекул, обеспечивающих целостность плодных оболочек, в буккальном эпителии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ФГБНУ НИИАГиР им. Д.О. Отта (г. Санкт-Петербург) проведено обследование 47 пациенток со сроком беременности 37-40 недель, соответствующих критериям угрозы ПИОВ: угроза прерывания беременности на разных сроках; анемия беременных; гестоз; повторнородящие; имеющие в анамнезе два и более искусственных или самопроизвольных аборта. При поступлении в родоразрешительное отделение проводилось взятие буккального эпителия. После родов эти пациентки были распределены на 3 подгруппы: с преждевременным излитием околоплодных вод (38 пациенток), ранним излитием околоплодных вод (3 пациентки), своевременным излитием околоплодных вод (6 пациенток). В полученных образцах буккального эпителия проведено изучение экспрессии матричной металлопротеиназы 9 (ММП9), эндотелиального фактора роста (VEGF), коннексина 37, коннексина 40, эндорфина, энкефалина, актина, миозина. Проведён сравнительный анализ экспрессии указанных молекул во всех трёх группах.

Исследование буккального эпителия проводилось с помощью первичных моноклональных

мышиных антител к ММП9 (1:60 «Novocastra»), к эндорфину, энкефалину, VEGF, актину, миозину, коннексинам 37,40 («Dako»). В качестве вторичных антител использовался универсальный набор, содержащий биотинилированные антимышьи иммуноглобулины. Изучение препаратов проводилось в конфокальном микроскопе OLYMPUS FLUOVIEW FV 1000 при увеличении $\times 400$ и $\times 1000$ с использованием системы MRC-1024, укомплектованной программой компьютерной обработки OLYMPUS FLUOVIEW 5.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении сравнительной оценки оптической плотности экспрессии сигнальных молекул установлено, что оптическая плотность экспрессии ММП9 достоверно больше в подгруппе с ПИОВ по сравнению с подгруппой со своевременным излитием околоплодных вод ($1,79 \pm 0,01$ у.е. и $1,10 \pm 0,07$ у.е.), $p < 0,001$. Также, оптическая плотность ММП9 в подгруппе с ранним излитием околоплодных вод достоверно больше по сравнению с подгруппой со своевременным излитием околоплодных вод ($1,64 \pm 0,02$ у.е. и $1,10 \pm 0,07$ у.е.), $p < 0,01$. В наших исследованиях не удалось получить статистически достоверных отличий оптической плотности экспрессии VEGF, актина, миозина, коннексина 37, коннексина 40, эндорфина и энкефалина при сравнении подгруппы со своевременным излитием околоплодных вод, ранним излитием околоплодных вод и подгруппы с ПИОВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтверждает значимость ММП9 для прогнозирования ПИОВ. Необходимо дальнейшее изучение экспрессии сигнальных молекул в буккальном эпителии на разных сроках беременности с целью разработки неинвазивных методов прогнозирования ПИОВ при недоношенной беременности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРЕГНАКЕА+® (PREGNACARE+®) ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Баклейчева М.О., Беспалова О.Н., Калугина А.С., Ковалева И.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Здоровье всей нации – залог процветания любой страны, оно зависит как от здорового образа жизни в целом, так и от профилактики болезней в частности. А здоровье каждого человека закладывается еще до рождения – внутриутробно.

Инновационный подход в улучшении здоровья населения включает в себя 4П-медицины. В основе ее лежат четыре основополагающих принципа: персонализация, предикция, превентивность и партисипативность. Во время гестации главную роль играет третий принцип 4П-медицины – превентивность. Только следуя данному принципу проспективно возможно профилактировать осложнения беременности и формировать рождение здорового поколения в будущем.

Профилактика витаминной недостаточности у беременных женщин направлена на обеспечение полного соответствия между потребностями в витаминах и их поступлением с пищей. Достоинством витаминно-минеральных комплексов является то, что они содержат все необходимые витамины и микроэлементы в достаточном количестве.

Таким образом, обязательным условием физиологического протекания беременности является постоянный прием витаминно-минеральных препаратов.

ЦЕЛЬ

Целью работы явилась сравнительная оценка эффективности витаминно-минерального комплекса Прегнакеа+® и биологически-активной добавки Фемибион® на всех этапах беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено проспективное исследование среди беременных, где женщины были распределены на 2 группы: в 1-й группе (n=14) использовали препарат Прегнакеа+®, по 1 капсуле в день ежедневно; во 2-й группе (n=15) использовали биологически-активную добавку Фемибион I-II® по 1 таблетке в день ежедневно. Критерии включения:

одноплодная беременность, прием витаминно-минерального комплекса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки 2-х групп были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, частоте невынашивания беременности и бесплодия в анамнезе. Среди акушерских осложнений в I триместре угрожающий выкидыш в 4 раза реже наблюдался в группе пациенток, принимавших Прегнакеа+®, чем у женщин, принимавших биологически-активную добавку (21,43% и 80,00%, $p < 0,01$). При использовании Прегнакеа® в течение всей беременности преэклампсия развилась в 3 раза реже, по сравнению с женщинами, принимающими биологически-активную добавку ежедневно, что подтверждено статистически (14,28% и 46,67%, $p < 0,05$). В обеих группах недостаток витамина D (<30 нг/мл) был диагностирован с одинаковой частотой в обеих группах (78,5% и 80,0% соответственно). В группе приема Прегнакеа+® отмечена положительная динамика прироста содержания витамина D в крови матери благодаря наличию 100 МЕ (2,5мкг) витамина D3 в каждой капсуле (I триместр 24,2 нг/мл, II -25,6 нг/мл, III -27,1 нг/мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплекс Прегнакеа+® показал свою эффективность при использовании в постоянном режиме на протяжении всей беременности. 17 компонентов, входящих в состав комплекса Прегнакеа+® снижают риск развития преэклампсии, самопроизвольного прерывания беременности в I, II и III триместрах и плацентарной недостаточности. Препарат Прегнакеа+® отвечает основным принципам клинической фармакологии, безопасности и эффективности. Таким образом, здоровье будущей матери на протяжении всего периода гестации – залог успеха при рождении здорового ребенка, и витаминно-минеральный комплекс Прегнакеа+® способен его обеспечить.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛЕКСАН У БЕРЕМЕННЫХ С ГОМОЗИГОТНЫМИ МУТАЦИЯМИ ГЕНОВ PAI-1 (СЕРПИНА) И ИНТЕГРИНА АЛЬФА 2 И ВЫСОКИМ ПАРИТЕТОМ РОДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Бегова С.В. , Эседова А.Э., Бегов А.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

При высоком паритете родов возрастает в десятки раз риск развития как акушерских, так и экстрагенитальных осложнений. Причинами таких осложнений могут быть полиморфизмы генов тромбофилии, в том числе интегрин и серпина. ITGA2-a2 - интегрин-тромбоцитарный рецептор к коллагену (807 C>T (Phe224Phe)). Изменение свойств рецептора при варианте T влечет за собой увеличение скорости адгезии тромбоцитов, что повышает риск возникновения тромбофилии. PAI-1 - серпин (serpin-1,PAI-1) - ингибитор активатора плазминогена (-675 5G>4G). Мутации снижают активность тромболитической системы, участвующей в деградации тромба, повышая, таким образом, риск тромбообразования. Гомозиготная мутация G/4G полиморфизма -675 4G/5G является фактором риска для развития тромбозов и инфаркта миокарда.

ЦЕЛЬ

Цель исследования явилось изучение эффективности применения низкомолекулярного гепарина (НМГ) – Клексана у беременных с высоким паритетом родов, а также носительниц гомозиготных мутаций генов PAI-1 (серпина) и интегрин альфа 2 и с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У беременных с высоким паритетом родов, а также носительниц гомозиготных мутаций генов PAI-1 (серпина) и интегрин альфа 2 и с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) проведено изучение эффективности низкомолекулярного гепарина (НМГ) –Клексана. Нами были обследованы 133 многорожавших женщин (МРЖ) с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) и гомозиготными мутациями генов PAI-1 (серпина) и интегрин альфа 2. В анамнезе преобладали несостоявшиеся аборт - 33, 2%, преэклампсия средней и тяжелой степени – 21,6%, антенатальная гибель плода после 20 недель - 18,6%, ПОНРП - 7,2%, преждевременные роды (после 28 нед) – у 8,8% пациенток. Концентрация Д - димера определялась с помощью иммунотурбидиметрии, фибриноген и АЧТВ

- с помощью метод детекции бокового светорассеяния, антитромбин III - колориметрический методом, плазминоген - кинетическим колориметрическим методом, РФМК - с помощью реакция агглютинации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании системы гемостаза были выявлены следующие нарушения: повышение концентрации фибриногена ($6,2 \pm 1,1$ г/л), снижение АТ III ($89,3 \pm 1,3\%$), Д-димера – $989 \pm 12,8$ Мкг/л, ускорение АЧТВ ($23,2 \pm 0,3$ секунд), повышение РФМК ($26,0 \pm 1,9$ Мг/100 м), снижение плазминогена ($68,4 \pm 1,9\%$). При проведении доплерометрии в 43,5% случаев выявлено нарушение кровотока I А ст, в 17,6% случаев - I В ст. Нами применялся НМГ –Клексан по 0,4мл – 0,8мл с учетом массы тела и тяжести гемостазиологических нарушений один – два раза в сутки подкожно в течение всей беременности до срока родов. Эффективность терапии оценивалась по показателям гемостаза каждые 3-7 дней, по частоте развития осложнений (тромботических, геморрагических), а также по данным доплерометрии. Использование Клексана позволило улучшить показатели гемостаза. При проведении лечения у беременных отмечалось снижение концентрации фибриногена до $4,1 \pm 0,9$ г/л, Д-димера – до $237 \pm 3,91$ Мкг/л, РФМК – до $6,3 \pm 1,62$ Мг/100 м, повышение концентрации АТ III – до $102,7 \pm 3,6\%$, удлинение АЧТВ – до $31,3 \pm 1,5$, повышение уровня плазминогена до $128,4 \pm 2,1\%$

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования показали, что применение Клексана у беременных с высоким паритетом родов, а также носительниц гомозиготных мутаций генов PAI-1 (серпина) и интегрин альфа 2 и с ОАА является патогенетически оправданным в связи с наличием у препарата противотромботических свойств, что позволило улучшить показатели гемостаза, состояния маточно-плацентарного кровотока, избежать осложнений.

ЭКО КАК ФАКТОР РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беспалова О.Н., Косякова О.В., Саргсян Г.С., Иванова А.О.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день ведение беременности после ЭКО является актуальной проблемой, поскольку известно, что данные беременности отличаются рядом особенностей и характеризуются более осложненным течением гестации. Это объяснимо, так как женщины, прибегающие к экстракорпоральному оплодотворению, имеют изначально неблагоприятный фон для наступления беременности и более высокую вероятность наступления многоплодной беременности.

Многоплодие в свою очередь относится к группе беременностей высокого риска акушерских осложнений, наиболее частым из которых являются спонтанные преждевременные роды. При этом, недоношенность остается основной причиной плохих перинатальных исходов при многоплодии. При рождении недоношенные близнецы подвержены высокому риску развития неврологических и нервно-психических расстройств которые в дальнейшем служат причиной их инвалидизации и социальной дезадаптации.

В тоже время несмотря на принимаемые меры согласно данным различных источников процент преждевременных родов при многоплодии достигает 30-40 % и продолжает расти, что по мнению некоторых авторов связано с широким применением вспомогательных репродуктивных технологий. На ряду с этим вопрос о влиянии применения ЭКО на частоту развития преждевременных родов при многоплодии в настоящее время остается открытым и служит предметом научных дискуссий.

ЦЕЛЬ

Оценить наличие связи применения ЭКО с увеличением частоты преждевременных родов при многоплодной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели ретроспективный анализ течения 323 беременностей (спонтанные - 88, полученные в результате ЭКО – 235) дихориальной двойней в период с 2011 по 2017 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из общего числа беременностей двойней 119 (42%) завершились преждевременно. В группах

ЭКО и спонтанной беременности двойней частота преждевременных родов составила 64,8% и 62,5% (RR - 0,45 (CI 0,29-0,68; p<0,05)). В исследовании не было определено достоверной связи с увеличением частоты преждевременных родов при беременностях двойней и применением ЭКО. В тоже время анализ данных не учитывал большую частоту госпитализаций, раннее начало сохраняющей терапии, в том числе прогестероновой поддержки при беременности в результате ЭКО.

На ряду с этим при дифференцированной оценке родов по срокам гестации, в категориях сверхранних и поздних преждевременных родов процент был сопоставим в группах ЭКО и спонтанных беременностях двойней и составил 7,9 и 12,3%; 60,3 и 64,5% соответственно. При этом в группе ЭКО почти в 2 раза больше в сравнении с группой спонтанной беременностью двойней было ранних преждевременных родов (20,6% и 38,1%).

Так же было отмечено, что в группах ЭКО при спонтанном развитии родовой деятельности чаще выполнялось кесарево сечение (57,1% и 39,7%). Основными показаниями к оперативному родоразрешению послужили неправильное положение плодов – 20%, хроническая плацентарная недостаточность -18%, нарушение функционального состояния одного из плодов – 15%, нарастание степени тяжести гестоза-12%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, многоплодные беременности, полученные в результате ЭКО, требуют особого внимания. Необходим комплексный подход к их ведению, включающий не только назначение адекватной и своевременной коррекции развившихся осложнений гестации, но и что наиболее важно персонализированный этиопатогенетически обоснованный подход к прогнозированию осложнений в каждом отдельном случае, что позволит профилактировать их развитие и поможет улучшить перинатальные исходы при многоплодии после применения ЭКО.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В СОСТОЯНИИ ГИПОКСИИ В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Богомазова И.М., Козлова Г.И., Игнатко И.В., Белоусова В.С., Силаева Т.М., Желябина Е.С.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гипоксия плода – патологическое состояние, наблюдающееся при кислородном голодании, не является самостоятельным заболеванием, а развивается как следствие различных патологических процессов в системе мать-плацента-плод. Длительность, сроки возникновения и характер течения гипоксии определяют возможные последствия, как для внутриутробного развития, так и для неонатальной адаптации.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилось изучение факторов риска и особенностей ранней неонатальной адаптации детей, родившихся в состоянии гипоксии различной степени тяжести в доношенном сроке беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено изучение историй развития беременности и родов 47 пациенток, а также карт развития детей, родившихся в сроках 37-41 неделя в состоянии гипоксии. 85,1% родильниц находились в интервале от 18 до 35 лет, 14,9% - от 36 до 45 лет. 38,3% пациенток были первородящими, 59,6% - повторнородящими. У 89,4% женщин беременность была одноплодной, у 10,6% - многоплодной (двойни). Соматический анамнез отягощен у 78,7% пациенток с наиболее частым выявлением заболеваний крови (40,4%), сердечно-сосудистой (29,8%) и мочевыделительной систем (21,3%). У 36,2% женщин выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. У 74,4% пациенток настоящая беременность протекала с осложнениями, из которых заслуживают внимание преждевременное излитие околоплодных вод (40,4%), угроза прерывания беременности на различных сроках (34%), гипертензивные расстройства, в том числе – преэклампсия и ее осложнения (12,6%), плацентарная недостаточность (12,7%), ранний токсикоз (19%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя масса новорожденных составила 3436,7 г, средний рост – 52,1 см. Мальчиков было 61,5%, а девочек – 38,5%. 70% детей родилось на

сроке 37-40 недель беременности, а 30% - 40-41 неделя. При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар у детей, родившихся на сроке 37-40 недель, в 66,4% на первой минуте и в 16,9% на пятой минуте диагностирована гипоксия легкой степени. У детей, родившихся на сроке 40-41 неделя, на первой минуте в 33,1% диагностирована среднетяжелая гипоксия, а в 44,6% - гипоксия легкой степени. На пятой минуте гипоксия легкой степени диагностирована в 66,5%. Остальные находились в удовлетворительном состоянии. Среди осложнений раннего неонатального периода детей, родившихся с 37 по 40 неделю, заслуживают внимание: синдром церебральной депрессии – 20%, ВУИ – 17%, преходящее тахипноэ – 15%, врожденная пневмония – 12%, желтуха – 5%. Ранняя неонатальная заболеваемость детей, родившихся на сроке 40-41 неделя, представлена: синдромом церебральной депрессии – 25%, врожденной пневмонией – 17%, ВУИ – 17%, меконеальной аспирацией – 9%, синдромом церебральной возбудимости – 8%, желтухой – 8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, структура ранней неонатальной заболеваемости меняется в зависимости от сроков родоразрешения. Синдром церебральной депрессии, врожденная пневмония и желтуха чаще диагностировались в сроках 40-41 неделя. В этом же интервале выявлялись такие осложнения, как синдром меконеальной аспирации и церебральной возбудимости, которых не было в сроках 37-40 недель. Знание особенностей течения раннего неонатального периода позволит разработать дифференцированный подход к ведению осложненной беременности и тактике родоразрешения в зависимости от гестационного срока, а также разработать и внедрить оптимальные методы коррекции возможных осложнений родов и аномалий родовой деятельности.

ОПЫТ РОДРАЗРЕШЕНИЯ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ВЫПОЛНЕНИЕМ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

Веккер И.Р., Савилова Т.В., Кастрова Е.П., Давыдова Ю.Д., Рожков В.О., Твердохлиб Н.В., Воронов Н.А., Шамов А.Л.

ГАУЗ ООКБ №2, Областной перинатальный центр, Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Снижение материнской смертности является приоритетной национальной задачей. Тема материнской смертности от сердечно-сосудистой патологии (ССП) является открытой (WHO, 2018 г.). Тяжесть ССП препятствует физиологическому прогрессированию беременности и представляет угрозу для жизни матери и плода, поэтому вопрос о тактике родоразрешения и сроках коррекции экстрагенитальной патологии является актуальным (ACC, AHA, ESC 2012 г.).

ЦЕЛЬ

Обобщить опыт проведения симультанных операций беременным с сопутствующей тяжелой ССП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 3 случаев выполнения симультанных операций у беременных пациенток с сопутствующей патологией клапанного аппарата сердца, сопровождающейся декомпенсированной сердечной недостаточностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 3 пациентки, проходившие стационарное лечение в условиях областного перинатального центра г. Оренбурга в 2017-2018 году. Средний возраст женщин составил 30, 5 лет. Медиана срока беременности составила 28 недель. Беременность по счету повторная (100%). У двух пациенток была установлена ревматическая болезнь сердца, у одной – ВИЧ-инфекция, 4б стадия. Тяжесть состояния всех пациенток была обусловлена хронической сердечной недостаточностью IIБ стадии, ФК III вследствие патологии клапанного аппарата сердца: критический стеноз

левого атрио - вентрикулярного отверстия (S=0,9 мм²); недостаточность трикуспидального клапана III степени с наличием свежих вегетаций на створках клапана; недостаточность митрального клапана III степени с развитием отека легких.

Учитывая критическое состояние пациенток, были выполнены симультанные операции: одномоментно досрочное родоразрешение кесаревым сечением и протезирование клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения. У одной пациентки проведено протезирование митрального клапана. У другой - митрального и аортального клапанов искусственными протезами. У третьей пациентки осуществлены частичная резекция створок трикуспидального клапана, вегетэктомия, аннулопластика трикуспидального клапана по Де-Вега. После проведенных операций все пациентки и их новорожденные дети живы и выписаны из стационара на амбулаторный этап лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получен благополучный исход для матери и плода в трех случаях при критических жизнеугрожающих поражениях клапанов сердца путем родоразрешения операцией кесарево сечение с одновременным проведением симультанных операций на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Воронин С.В., Воронина В.Г., Ибрагимова Е.М., Шутка Е.В.

ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» Департамента здравоохранения Приморского края, Владивосток

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врожденные пороки развития, тяжелые формы хромосомной и наследственной патологии новорожденных занимают лидирующие места в структуре младенческой смертности и являются одной из основных причин репродуктивных потерь в течение беременности, при этом возможности их диагностики в регионах Дальнего Востока имеют значимые отличия.

ЦЕЛЬ

Целью данной работы было проведение ранжирования наиболее значимых причин и проблем профилактики и диагностики наследственной и врожденной патологии, а также определение наиболее перспективных направлений их снижения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения анализа использовались информация о патологии плода и факторах ее возникновения по заключениям пренатального консилиума, данных извещений и разборов случаев рождения ребенка с ВПР и наследственной патологией, проведения выездных проверок ЛПУ акушерско-педиатрического профиля за период 2010–2017 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных 1710 пренатальных консилиумов показала полное отсутствие прегравидарной подготовки у 91,3% беременных, у 5,6% проведены отдельные элементы обследования, коррекции выявленных нарушений. Только 3,1% из женщин с выявленной патологией плода проходили прегравидарную подготовку в полном объеме. Имелась сильная корреляционная связь между социальным статусом, территорией проживания и уровнем прегравидарной подготовки. Выявлена тенденция увеличения возраста беременных старше 35 лет (являющаяся значимым фактором риска хромосомных отклонений у плода) с 3,0% в 1980-х гг. до 16,1% в 2017 г. На территории Дальнего Востока не оказалось ни одной клиники проводящей ЭКО с ПГД, что привело к подсадке эмбрионов с неизвестным кариотипом или набором генов и снижению эффек-

тивности ЭКО до 2-х раз. Удельный вес прошедших ЭКО с ПГД или ПГС был менее 2%. Уровень хромосомных aberrаций при замерших беременностях или самопроизвольных абортах был более 54,5%. Уровень выявленных возможных терратогенных факторов (в первую очередь TORCH-инфекций) составил 82,3%. 1,7% беременных с врожденными аномалиями плода страдали гипотиреозом. Только 69% патологии плода были диагностированы внутриутробно, что связано как с низкой обеспеченностью врачами УЗИ в регионах (менее 50%), так и недостаточной квалификацией многих специалистов, особенно по вопросам диагностики пороков сердца и отсутствием возможности проведения телемедицинских исследований в большинстве регионов. При этом возрос уровень своевременно выявленной тяжелой патологии. Уровень младенческой смертности от ВПР в Приморском крае сократился и составил в 2017 г. 8,3 на 100 новорожденных с ВПР, что ниже, чем в предыдущие годы (в 2016 г. показатель летальности на 100 детей с ВПР составил 10,5, в 2015 г. – 14,9). В структуре ВПР у новорожденных у первые четыре ранговых мест занимали ВПР системы кровообращения, ВПР и деформации КМС, ВПР мочевой системы, ВПР половых органов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной причиной младенческой смертности и фетофетальных потерь от врожденной и наследственной патологии являлось отсутствие прегравидарной подготовки с увеличением ее удельного веса при проживании беременных в сельской местности и имеющих низкий социальный уровень, вторым по значимости фактором было наличие терратогенных факторов (в т.ч. неустраненных из-за отсутствия прегравидарной подготовки) во время беременности, невозможность или крайняя затрудненность проведения преимплантационной диагностики у супружеских пар группы высокого и повышенного риска по хромосомной и моногенной патологии, а также пренатальной диагностики таких отклонений.

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ЯИЧНИКАМИ

Говоруха И.Т., Демина Д.В., Вустенко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с ростом количества овариальной патологии в структуре гинекологических заболеваний у женщин, требующей оперативного вмешательства, особый интерес представляет изучение, в последующем, ее репродуктивной функции для вынашивания беременности. Согласно литературным данным, у пациенток с операциями на яичниках чаще регистрируется осложненное течение беременности, в том числе, за счет невынашивания, особенно в первом триместре, при котором гормональный баланс поддерживается яичниковой системой.

ЦЕЛЬ

Оценить гормональный профиль в первом триместре у беременных с оперированными яичниками в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 60 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет в первом триместре беременности. Первую группу (n=30) составили беременные с оперативным вмешательством на яичниках в анамнезе, вторую (n=30) – с интактными яичниками. В последующем – первая группа разделена на три подгруппы, в зависимости от выполненного объема операции - после цистэктомии, после резекции яичников, после овариоэктомии. Оценка в сыворотке крови уровня прогестерона, эстрадиола, дегидроэпиандростерона - сульфата определялась иммуноферментным методом в сроке гестации 5-6 недель. Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета статистического анализа данных программы Microsoft Office Excel-2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе проведенного исследования установлено, что у женщин с оперированными яичниками средний уровень прогестерона был статистически значимо ниже и составил – 25,31±3,01 нг/мл, в отличие от пациенток без вмешательств на яичниках,

где этот показатель достигал 35,31±2,12 нг/мл (p <0,05). Концентрация прогестерона была наименьшей у пациенток после овариоэктомии – 20,68±2,26 нг/мл, а у женщин после резекции и цистэктомии составила – 24,68±1,82 нг/мл и 27,84±2,77нг/мл соответственно (p >0,05). Выявлено достоверное повышение уровня дегидроэпиандростерона - сульфата у беременных с оперированными яичниками – 1,17±0,45мкг/мл, в сравнении с пациентками без вмешательств на гонадах – 0,32±0,43 мкг/мл (p < 0,05), что, вероятно, связано с наличием в первой группе, женщин с синдромом поликистозных яичников. В подгруппах достоверных различий в содержании дегидроэпиандростерона – сульфат не отмечено: после цистэктомии – 0,85±0,07нг/мл, после резекции-1,32±0,23нг/мл; после овариоэктомии-1,35±0,35нг/мл (p >0,05), хотя и имеется тенденция к повышению этого гормона у пациенток после овариоэктомии и резекции яичников. Концентрация эстрадиола у беременных с операцией на яичниках превышала данный показатель в группе с интактными яичниками и составляла 993,2±64,3 нг/мл и 770,8±78,5 нг/мл соответственно (p <0,05). В подгруппах получены следующие результаты: 1192±111,6 нг/мл - после цистэктомии; 959,2±71,75нг/мл - после резекции; 782,1±67,75нг/мл - после овариоэктомии (p <0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У женщин с оперированными яичниками в анамнезе, при наступившей беременности в первом триместре отмечаются нарушения эндокринного статуса – достоверное снижение содержание прогестерона и повышение дегидроэпиандростерона - сульфата, требующие лабораторного мониторинга и гормональной коррекции.

ЮНОЕ МАТЕРИНСТВО И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Говоруха И.Т., Железная А.А., Яковлева Э.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы наметилась тенденция к нарастающей частоте родов в юном возрасте, которая составляет 50-70:1000. Либерализация половых отношений среди подростков при низком уровне полового воспитания, отсутствие представлений о современных методах контрацепции определяет не только медицинский, но и социально-психологический аспект изучаемой проблемы. Полиморфизм изучаемой проблемы предопределяется рядом нерешенных вопросов, обусловленных большим удельным весом осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде среди данной возрастной группы.

ЦЕЛЬ

Изучить здоровье юных матерей в послеродовом периоде и ближайшие 6-12 месяцев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 40 юных родильниц, поступивших в Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства из родильных домов области на 4-7 сутки после родов. Роды у всех были патологическими: преждевременные 7 (17,5%), преждевременное излитие околоплодных вод – 9 (22,5%), первичная слабость родовой деятельности – 12 (30%), кровотечение с ручной ревизией полости матки – 5 (12,5%), травмы мягких родовых путей – 19 (47,5%), кесарево сечение – 6 (15%), акушерские щипцы – 2 (5%), вакуум экстракция плода – 3 (7,5%). Продолжительность родов варьировала от 2 часов 20 минут до 15 часов 30 минут (в среднем $12,41 \pm 1,1$ ч), продолжительность первого периода составила $11,7 \pm 0,35$ часа, второго $2,0 \pm 1,0$ часа. Беременность у всех была повторной (1-3 искусственных прерывания). В центре клинически и лабораторно обследованы: общий анализ крови, биохимические анализы крови и мочи, УЗИ внутренних органов, кроме этого изучены показатели альдостерона, кортизола, эстриола (в крови, моче).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечается высокая частота травмы родовых путей с частичным расхождением швов промежности у родильниц с бактериальным вагинозом. Разрыв шейки матки был у каждой второй, субинволюция матки у 7 (17,5%). У 4 (10%) родильниц диагностирован перитонит. У 3 (7,5%) расхождение швов после операции кесарево сечение. У всех родильниц было депрессивное состояние, которое объяснялось социально-психологическим стрессом, вследствие отсутствия нормальных жизненных условий, неудовлетворительного социального положения и несбывшейся мечте о браке. 15 (37,5%) родильниц оставили детей в роддомах. После выписки из центра в течение 6-12 месяцев состояние хронического стресса было подтверждено данными лабораторного исследования (альдостерон, кортизол, эстриол), а клинически проявлялось развитием после родов нарушений жирового обмена, менструальной функции у каждой второй пациентки. В центре разработана система наблюдения за юными пациентками: консультация специалистов 1 раз в 6 месяцев, где проводится беседа о контрацепции, обучение ведению менструального календаря и обязательная консультация психолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, беременность у юных матерей развивается на фоне физиологической незрелости организма, дает много осложнений как во время беременности, так и в послеродовом периоде, что требует разработки медико-социальных систем профилактики, наблюдения и лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РУКОВОДСТВА ПО ЗДОРОВЬЮ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Джонова Б.Ю.

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», Республика Таджикистан, Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Введение. Здоровье матери и ребенка остается приоритетным направлением деятельности системы здравоохранения Республики Таджикистан. В 2017 году в Республике Таджикистан начато внедрение Руководства по здоровью матери и ребенка (Рохнамо) в 12 пилотных городах и районах. Рохнамо является эффективным инструментом повышения информирования и знаний матерей о своем здоровье и здоровье своего ребенка; инструментом повышения медицинских знаний со стороны семей/сообщества о здоровье матери и ребенка; инструментом мониторинга для медработников и инструментом перенаправления между ПМСП и госпитальной службой.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность и качество использования Рохнамо со стороны медицинских работников и представителей общин/матерей/семей; выявить достижения и слабые стороны в использовании Рохнамо; определить потребности в обучении со стороны медицинских специалистов и населения для эффективного использования Руководства по здоровью матери и ребенка (Рохнамо).

Данное исследование было проведено в рамках проекта «Улучшение здоровья матерей и детей» при поддержке Японского агентства международного сотрудничества (JICA).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалы и методы исследования. В рамках исследования по специально разработанным анкетам проведено анкетирование медицинских работников на уровне Районного центра здоровья и 4-х Сельских центров здоровья района Рудаки (20 человек) и интервью с беременными женщинами, матерями/членами семей (80 человек).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования показали, что на уровне района Рудаки налажена четкая система оценки потребностей, регистрации и распределения руководств. Руководства предоставляются беременным женщинам в день взятия на антенатальное наблюдение. В Рохнамо регистрируется информация об антенатальных визитах, родах и

вакцинации, контактная информация на экстренные случаи.

В тоже время, результаты исследования показали, что имеют место случаи предоставления Рохнамо без качественного консультирования, отсутствие консультирования по Рохнамо на последующих визитах. В большинстве случаев медицинские работники не регистрируют данные о весе и росте ребенка в Рохнамо. Женщины не приносят Рохнамо с собой на все визиты в медицинское учреждение. Медицинские работники выдавали Рохнамо с рекомендацией прочитать самостоятельно как обычный буклет. Несмотря на отсутствие консультирования по Рохнамо, положительным моментом является то, что женщины самостоятельно, в ряде случаев с семьями (мужьями, сестрами, свекровью) изучали Рохнамо, разглядывали картинки. Интервью с матерями показало, что женщины преимущественно интересовались разделами о развитии и питании ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование выявило, что Рохнамо достаточно хорошо используется медицинскими работниками, получены положительные отзывы о руководстве со стороны медицинских работников и матерей пользователей Рохнамо (женщины/семьи/сообщество). В тоже время в процессе имплементации Рохнамо выявлены ряд слабых сторон: не всегда проводится консультирование по Рохнамо; женщины не приносят Рохнамо на последующие визиты; в Рохнамо не фиксируется развитие ребенка, что препятствует эффективному использованию данного руководства. По результатам исследования рекомендуется провести обучающий семинар для медицинских работников ПМСП района Рудаки и информационные сессии по эффективному использованию Рохнамо для населения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

Зиганшин А.М., Масленников А.В., Кулавский Е.В., Шайхиева Э.А.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) представляют собой наиболее распространенные бактериальные инфекции у женщин, особенно в период беременности. Актуальность обусловлена высокой частотой распространенности данного заболевания, которая в России составляет около 1000 случаев на 100 тыс. населения в год. Наиболее частыми ИМП у беременных являются бессимптомная бактериурия (ББ) - 2-13%, острый цистит - 1-2% и пиелонефрит - 2-10%. Считается, что при двукратном положительном результате (>105 КОЕ/мл) должна проводиться антибактериальная терапия (АБТ), так как у 20-40% женщин с ББ во время беременности развивается пиелонефрит, лечение способно снизить этот риск. Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности: увеличивая частоту преэклампсии, угрозы прерывания, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности, задержки развития плода и хронической гипоксии. Хотя лечение ББ не представляет трудностей, фактором осложняющим выбор антибиотика, является ограниченный спектр препаратов безопасных для матери и плода, но обладающих при этом высокой эффективностью. По данным отечественных авторов, АБТ ББ и острого цистита может проводиться в амбулаторных условиях, путем перорального приема амоксициллина/клавуланата (АМК) в дозе 500 мг/125 мг 3 раза в день, 875 мг/125 мг 2 раза в день в течение 7 дней либо фосфомицина трометамола (Овеа) в дозе 3 г однократно.

ЦЕЛЬ

Изучение эффективности, безопасности и переносимости применения препарата Овеа при лечении ББ по сравнению с эффективностью терапии АМК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

После проведения клинического и лабораторного обследования отобраны 88 беременных жен-

щин II-й половины беременности с ББ. Беременных разделили на 2 равные группы, где в 1-й группе назначили однократно прием Овеа, во 2-й АМК в стандартной дозе. В исследование включены беременные с отсутствием клинических признаков инфекции и с бактериурией, ≥ 105 КОЕ/мл в двух последовательных пробах мочи с интервалом 24 часа, до и после завершения терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты микроскопии после проведенного лечения выявили, что оба исследуемых препарата обладали высоким показателем эрадикации возбудителя, но элиминация возбудителя в I-й группе произошла через сутки, во II-й группе через 7 дней, повторное обследование на 10 сутки выявило персистенцию возбудителя у 1(2,2%) больной I-й и у 5(11,3%) II-й группы. Отличительной особенностью приема Овеа явилось отсутствие нежелательных лекарственных реакций (тошноты, диареи, единичных эпизодов рвоты), которое наблюдалось у 8(18%) больных после приема АМК. Клинико-лабораторная эффективность терапии больных с ББ препаратом Овеа составила 97,8%, АМК – 88,6%. Высокий уровень безопасности, лучшая переносимость и комплаентность препарата Овеа дает возможность рекомендовать его для лечения беременных женщин с ББ, желательнее со II-го триместра гестации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная диагностика и адекватная антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременных женщин может снизить частоту осложнений периода гестации и улучшить перинатальные исходы.

ГЛИКОФЕНОТИП ПЛАЦЕНТЫ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ МАНИФЕСТАЦИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Зиганшина М.М., Куликова Г.В., Сеницына В.А., Мантрова Д.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Долгополова Е.Л., Щеголев А.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие внутриутробной задержки роста плода (ЗРП) связано с формированием патологии плаценты. ЗРП характеризуется недостаточностью процессов метаболизма и газообмена в плаценте и гипоксией в тканях плода, что клинически проявляется в отклонении фетометрических показателей от нормативных значений. Постнатальные исследования плаценты свидетельствуют о наличии морфологических изменений, однако молекулярные механизмы развития синдрома недостаточно изучены.

За последние годы акцент исследований патогенеза акушерских осложнений постепенно смещается в область гликопатологии. При ЗРП имеются ограниченные данные о гликопатологии плаценты, однако изменение углеводного фенотипа плаценты вследствие развития ЗРП закономерно, поскольку известно, что в норме напряжение кислорода в тканях регулирует экспрессию гликанов в плаценте человека.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилось изучение гликома синцитиотрофобласта и эндотелия сосудов терминальных ворсин плаценты при ранней и поздней формах ЗРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одномоментное исследование были включены 36 пациенток, разделенных на три группы, по 12 пациенток в каждой: с ранней манифестацией клинических симптомов ЗРП (до 34 недель), с поздней (после 34 недель) и контрольная группа с физиологическим течением беременности. Методом лектиновой гистохимии изучалось связывание лектинов Con A, UEA-I, ECL, MAL-II и SNA с тканью плаценты пациенток исследуемых групп. В качестве контроля использовалось связывание лектинов тканью после обработки нейраминидазой. Количественный анализ интенсивности гистохимических реакций выполняли с помощью компьютерной программы NISElements Advanced Research и микроскопа Nikon Eclipse 80i.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По сравнению с нормальной беременностью, интенсивность окрашивания эндотелиального гликокаликса лектином MAL-II значительно возрастает при обеих формах ЗРП, тогда как лектином UEA-I только при ранней ЗРП. Значимое снижение содержания углеводных остатков в составе гликоконъюгатов гликокаликса эндотелия отмечалось при ранней ЗРП (окрашивание лектинами Con A, ECL и SNA) и поздней ЗРП (Con A) по сравнению с нормальной беременностью. В синцитиотрофобласте при ранней ЗРП выявлено как значимо повышенное содержание гликанов, детектируемых лектинами Con A и MAL-II, так и сниженное – детектируемое лектинами UEA-I и ECL. При поздней форме ЗРП в синцитиотрофобласте терминальных ворсин выявлено повышение гликоконъюгатов, детектируемых лектинами Con A, MAL-II, SNA и ECL, а также выявлены изменения субтерминальных гликанов по связыванию лектинов после обработки ткани плаценты нейраминидазой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранняя форма ЗРП характеризуется выраженными изменениями состава терминальных гликанов в гликокаликсе эндотелия сосудов терминальных ворсин плаценты: выявлено как снижение содержания б'-сиалозидов, олиго-N-ацетиллактозаминовых фрагментов и маннозобогатых цепей, так и повышение остатков фукозы и 3'-сиалозидов. При поздней форме ЗРП выявлены изменения субтерминальных структур гликанов в гликокаликсе структур плаценты, образующих плацентарный барьер: синцитиотрофобласте и эндотелии фетальных сосудов.

Работа была выполнена благодаря финансовым средствам государственного задания «Изучение диагностической и прогностической роли молекулярно-генетических, иммунологических, биохимических, митохондриальных факторов в задержке роста плода».

ПОЗДНЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ: РОЛЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ

Ибрагимова С.М., Тимохина Е.В., Гитель Е.П., Самойлова Ю.А.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия представляет собой серьезное осложнение беременности во всем мире, характеризующееся недостаточной плацентацией, вызывающей сосудистую дисфункцию. Матриксные металлопротеиназы (ММП) проявляют протеолитическую активность, связанную с эффективностью вторжения трофобласта в стенку матки, а также играют роль на этапе гестационной перестройки спиральных артерий и развитии эндотелиальной дисфункции, как процесс реализации оксидативного стресса. Таким образом, ММП играют роль в патогенезе ПЭ на двух ее этапах ее развития. Имеют значение как в патогенезе ранней, так и поздней ПЭ.

ЦЕЛЬ

Определить уровень ММП-2 при преэклампсии тяжелой и умеренной степени с поздним дебютом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Определен уровень ММП-2 в венозной крови у женщин с тяжелой ПЭ методом ИФА. Исследование проводилось в ГКБ имени С.С.Юдина. Уровень ММП определялся в ЦДЛС Сеченовского университета. Критерий включения: ПЭ, диагностированная после 34 недель беременности. Контрольную группу составили женщины с физиологическим течением беременности и родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин с поздней ПЭ составил $33,8 \pm 3,7$ лет. Первородящие при поздней ПЭ составили 14,2%, при ранней - 55,5%, ПЭ в анамнезе имели 14,2% женщин. Анамнез женщин был отягощен хронической артериальной гипертензией (28,5%), сахарным диабетом (6,2%), генетической тромбофилией (18,1%). Около 15% беременностей, которые осложнились поздней ПЭ,

наступили в результате ЭКО. Срок беременности на момент родов составил $36,5 \pm 1,3$ недель. Масса детей при рождении - $2400 \pm 181,5$ г. Оценка по Апгар 5 мин - 6,5 баллов. Тяжесть состояния детей была обусловлена недоношенностью в 44,1% случаев (38,4% - тяжелая ПЭ, 7,6% - умеренная ПЭ), СЗРП (14,2%), дыхательной недостаточностью (57,1%), церебральной депрессией (57,1%), ВУИ (28,5%) тяжелой асфиксией (14,2%), врожденным тахипноэ (42,8%). Материнские осложнения: ПОНРП (9%), HELLP-синдром (9,0%), ГУС, ТМА, эклампсия, отек мозга (4,5%). Среднее значение ММП-2 у женщин с тяжелой ПЭ составил $50763,2 \pm 3222,2$ нг/мл, в контрольной группе $27281,3 \pm 1456,2$ нг/мл. Среднее значение ММП-2 у женщин с тяжелой поздней ПЭ составил $49106,4 \pm 3372,0$ нг/мл, при физиологически протекающей беременности на сроке более 34 недель уровень ММП составил $24238,3 \pm 1422,9$ нг/мл. У женщин с умеренной поздней ПЭ ММП-2 составила $29214,2 \pm 893,1$ нг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, повышение уровня ММП-2 отмечено при тяжелой ПЭ как с ранним дебютом, так и поздним. При умеренной ПЭ уровень ММП-2 достоверно не отличается от контрольной группы. Таким образом, ММП-2 может выступать в качестве диагностического для позднего развития тяжелой ПЭ.

ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА ПЛОДА В РАМКАХ СКРИНИНГА I ТРИМЕСТРА

Камалидинова Ш.М., Нормурадова Н.М., Азимова Г.А., Намазова Н.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский центр «Скрининг матери и ребенка», Республика Узбекистан, Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Исследование сердца плода – один из наиболее важных этапов ультразвукового исследования во второй половине беременности. Однако возможности современных приборов стали позволять более детально изучать и оценивать сердце плода уже в конце I триместра беременности. Увеличение воротникового пространства более 3 мм, экстракардиальные аномалии плода становятся все более распространенными показаниями для проведения ранней эхокардиографии плода. Эти обстоятельства диктуют необходимость разработки протокола ультразвукового исследования сердца плода в конце первого триместра беременности.

ЦЕЛЬ

Разработать протокол ультразвукового исследования сердца плода у женщин группы высокого риска врожденных пороков развития, в рамках скрининга первого триместра.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2014-2017гг в программе «фетальное сердце в первом скрининге» в Республиканском центре «Скрининг матери и ребенка» (Узбекистан) было проведено 142 исследования сердца плода (расширенная эхокардиография) в 12-14 нед беременности у женщин с высоким риском хромосомных аномалий. Протокол полной фетальной эхокардиографии включал срез через четыре камеры, срез через левый и правый выходные тракты, дугу аорты в В-режиме и в режиме цветового картирования (ЦДК), проводили измерение правого и левого желудочков, предсердий, диаметр аорты, легочной артерии. Оценивали также частоту сердечных сокращений, сердечный ритм. Ультразвуковые исследования осуществлялись на приборах Philips Clear Vue 550 и 650, с использованием конвексного, линейного и вагинального датчиков, частотой 3,5–10,0 МГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сердечная патология была обнаружена у 32 (22,5%) из 142 плодов. 19 из них были повторно осмотрены в 20 недель беременности и у 3 пациенток при дальнейшем обследовании патология сердца была исключена. Применение высокочастотных датчиков позволило детально изучить структуры сердца, несмотря на малые размеры. Самым информативным был четырехкамерный срез сердца. Вывести этот срез и оценить в В-режиме было возможно во всех 100% случаях. Адекватно оценить левый выходной тракт представлялось возможным лишь в 39,4% случаях. Срез через три сосуда и правый выходной тракт в В-режиме определялся в 90,1% случаях. Применение цветового доплеровского картирования позволило во всех случаях оценить магистральные сосуды. Срез через дугу аорты удалось вывести во всех случаях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование показало, что ранняя эхокардиография плода, выполненная в сроке от 12 до 14 недель гестационного возраста, технически возможна при использовании высокочастотных датчиков, соблюдения протокола ультразвукового исследования сердца и может идентифицировать широкий спектр значимых сердечных аномалий, особенно пороков, сопровождающихся с изменениями в четырехкамерном срезе.

АНАЛИЗ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Камилова Н.М., Султанова И.А., Сафарова Р.Б.

Азербайджанский Медицинский Университет, Республика Азербайджан, Баку

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из основных проблем акушерства является течение беременности и родов, состояние здоровья потомства у беременных старшей возрастной группы. Большинство исследователей считают, что неблагоприятным фактором течения беременности и ее исходов для матери и новорожденного является не сам возраст, а «сопряженная» с ним экстрагенитальная патология, частота которой увеличивается с возрастом. К позднему репродуктивному возрасту женщины переносят до 5 и более соматических, а также воспалительных заболеваний половых органов и приобретают не менее 2–3 хронических соматических болезней. С увеличением возраста повышается частота невынашивания беременности, гестозы, преждевременные роды, что ухудшает здоровье будущих поколений.

ЦЕЛЬ

Сравнительная оценка течения беременности, родов и состояния новорожденных у группы беременных старше 35-ти лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели нами был проведен анализ течения беременности, родов и исходов для плода в двух клинических группах. В первую группу вошли 60 пациенток с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, в контрольную группу вошли 30 пациенток (здоровые и условно-здоровые). Всем пациенткам, согласно существующим стандартам акушерского обследования, произведены клинические и лабораторные исследования с учетом нозологии имеющейся патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациенток обеих групп находился в пределах от 35 до 45 лет. Обе группы по возрасту, социальному фактору, паритету беременности были сопоставимы. Сравнительный анализ экстрагенитальной патологии выявил, что в обеих группах доминирующим являлись железодефицитная анемия (86,6% и 50% соответственно), заболевания сердечно-сосудистой системы

(48,3%, 36,7%), патология эндокринной системы имела место у 31,6% и 3,3% пациенток соответственно. Часто имело место сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний. Спектр гинекологической заболеваемости среди пациенток старше 35 лет так же был довольно широк: эрозия шейки матки выявлена в 40%, хронический эндоцервицит - в 35%, хронический сальпингоофорит - в 51,6% ($p < 0,001$), в 56,6% у пациенток отмечаются 2 нозологические единицы, а у 25% 3 и более заболевания.

У 9 (15%) пациенток роды были физиологическими, соответственно в 19 (31,6%) - преждевременными. Преждевременное излитие околоплодных вод встречалось в 43,3% (26 беременных) случаев, при этом в 8,3% (5) отмечалась примесь мекония в околоплодных водах. Плоский пузырь диагностирован у 6 (10%) пациенток. Наиболее часто встречающимся осложнением в процессе родов явились аномалии сократительной активности матки, которые диагностировали у каждой второй женщины (14-23,3%). Оперативное родоразрешение произведено у 9 беременных обеих групп в среднем из-за 29 показаний, т.е. на каждую приходилось 3,2 показаний.

В основной группе родились всего 17 детей (28,3%), состояние 8 (13,3%) новорожденных была не ниже 8/8-8/9 баллов по шкале Апгар. Средний вес составил 2760 ± 124 г, девять новорожденных были маловесными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, практически все беременные в возрасте 35 лет и старше имеют неблагоприятный фон экстрагенитальной и гинекологической патологии.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Карась И.Ю., Зинец М.С., Черных Н.Б., Карасева Ю.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой», Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, связанное с периферической резистентностью тканей к инсулину, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленное во время беременности, но не соответствующее критериям «манифестного» СД, развивающееся на фоне гормональных изменений во время беременности. ГСД связан с большим числом акушерских осложнений и неблагоприятными последствиями для здоровья матери и плода.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение сопутствующих экстрагениальных заболеваний (ЭГЗ) и течения беременности при гестационном сахарном диабете. В поликлинике ОКПЦ ведется прием беременных с ЭГЗ врачом акушером-гинекологом, совместно с терапевтом, эндокринологом и офтальмологом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2015-2017гг. под нашим наблюдением находилось 188 женщин с ГСД. Диагностика нарушений углеводного обмена проводилась в 2 фазы – до 24 нед. и в сроке 24-28 нед. беременности, согласно клиническим протоколам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Так как Перинатальный центр является областным учреждением, то большую часть составляют пациенты из сельской местности и малых городов Кузбасса – 157 чел. (83,4%), из областного центра – 31 чел. (16,6%). Из всех обследованных беременных 67 женщин (35,7%) проходили предгравидарную подготовку.

У большинства пациенток до беременности существовала сопутствующая соматическая патология. Наиболее часто встречался ГСД у женщин с ожирением любой степени – 157чел. (83,3%). На втором месте артериальная гипертензия (АГ), существовавшая до беременности – 69чел. (37%), гестационная гипертензия развилась у 31 женщины (16,6%). При этом АГ страдали преимущественно

но женщины с ожирением (90,9 % от числа женщин с АГ), имелась прямая корреляционная связь между наличием АГ и степенью ожирения ($R = 0,49$, $p = 0,0013$). Также выявлена прямая корреляционная связь между наличием АГ и возрастом женщины ($R = 0,48$, $p = 0,0002$). Чуть реже встречалось заболевание мочевыделительной системы – 55чел.(29,6%), где лидирующее место занимает хронический пиелонефрит. Чуть больше половины женщин имели гестационную анемию легкой степени – 104чел. (55,5%). В 28 случаях (14,8%) – у беременных с ГСД была сопутствующая патология щитовидной железы – субклинический гипотиреоз.

Одним из осложнений беременности при ГСД является тяжелая преэклампсия, которая развилась у 20 чел. (9,4%). Патология амниотической полости: мало и многоводие 50 сл. (26,7%), диабетическая фето и плацентопатия диагностирована у 61 пациентки (32,4%), в т.ч. крупный плод у 40 женщин (21,4%), ЗВУРП – 20 (10,7%).

В процессе наблюдения нами было выявлено, что ГСД в сочетании с такой соматической патологией, как артериальная гипертензия, ожирение и заболевание мочевыделительной системы усугубляет течение беременности и родов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, даже при тщательном наблюдении группой специалистов, подборе терапии, не удалось избежать таких осложнений как тяжелая преэклампсия, многоводие, ФПН и ХГП. Необходимым и обязательным условием для благоприятного течения беременности, уменьшения осложнений со стороны здоровья матери и рождения здорового ребенка является прегравидарная подготовка женщин с гестационным сахарным диабетом в анамнезе, артериальной гипертензией и наличием ожирения любой степени.

ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Карась И.Ю., Зинец М.С., Черных Н.Б., Карасева Ю.А.

ГАУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой», Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – состояние, связанное с периферической резистентностью тканей к инсулину, возникающее в результате физиологических особенностей углеводного обмена у беременных женщин. ГСД связан с большим числом акушерских осложнений и неблагоприятными последствиями для здоровья матери и плода.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение гестационных осложнений и исходов родов у беременных с ГСД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В поликлинике ОКПЦ ведется прием беременных с ЭГЗ врачом акушером-гинекологом, совместно с терапевтом, эндокринологом и офтальмологом. За 2015-2017гг. под нашим наблюдением находилось 188 женщин с ГСД. Наблюдаемые нами женщины с ГСД в 178 случаях (94,5%) велись на диете - уровень гликемии 5,1 -7,0ммоль/л. В 10 случаях (5,5%) получали инсулинотерапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Так как Перинатальный центр является областным учреждением, то большую часть составляют пациенты из сельской местности и малых городов Кузбасса – 157 чел. (83,4%), из областного центра – 31 чел. (16,6%). Первородными были 33 женщины (17,8%), повторнородными 155чел. (82,2%). Из всех обследованных беременных 67 женщин (35,7%) проходили предгравидарную подготовку. Беременность осложнилась угрозой выкидыша в сроке от 6 до 20 нед. у 53 женщин (28,5%), что потребовало госпитализации в гинекологические отделения. Одним из осложнений беременности при ГСД является тяжелая преэклампсия, которая развивалась у 20чел. (9,4%). Патология амниотической полости: мало и многоводие 50сл. (26,7%), диабетическая фето- и плацентопатия диагностирована у 61 пациентки (32,4%), в т.ч. крупный плод у 40 женщин (21,4%), синдром задержки развития плода (СЗРП) – 20чел. (10,7%).

Анализируя осложнения беременности, связанные с системой мать-плацента-плод, по данным клинических и функциональных методов исследования, ФПН и ХГП выявлена у 121 пациентки (64,2%). Согласно приказа №572н МЗ РФ оценку функционального состояния плода проводили методом кардиотокографии (КТГ). Оценка КТГ проводилась по шкале W. Fisher. Оценка 8-10 баллов по Fisher в 66% случаев, оценка 5-7 баллов – 34%. Всем беременным проведено ультразвуковое доплерометрическое исследование. У 15 пациенток (26,7%) выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока IA, II степени.

Всего закончили беременность родами 188 женщин, в 158случаях (84%) срочными родами, из них операцией кесарево сечение - 43 родов (27,2%). Причиной оперативных родов в 17случаях явилась тяжелая преэклампсия – 39,5%, в 9сл. – 21% диабетическая фетопатия, крупный плод, ухудшение состояния плода. Всего родилось детей с массой более 4000г – 43чел. (22,7%). В 30 случаях (16%) произошли преждевременные роды в сроке от 27 до 36 нед. беременности, из них операцией КС – 16 (53%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в процессе наблюдения нами было выявлено, что ГСД в сочетании с такой соматической патологией, как артериальная гипертензия, ожирение и заболевание мочевыделительной системы, усугубляет течение беременности и родов. Необходимым и обязательным условием для благоприятного течения беременности, уменьшения осложнений со стороны здоровья матери и рождения здорового ребенка является коррекция веса, адекватная гипотензивная терапия, полное клиничко – биохимическое обследование матери на этапе планирования беременности.

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: ИСХОДЫ, ПРОБЛЕМЫ

Каюпова Н.А., Кравцова Т.Г., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Якупова Г.М.

НЦАГиП МЗ РК, Республика Казахстан, Алматы

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для современного акушерства актуально решение задачи по снижению показателя материнской заболеваемости после перенесенного критического состояния, возникшего в результате тяжелых осложнений в период беременности, родов и послеродовом периоде. Перенесенное критическое состояние «near miss» приводит к частым когнитивным нарушениям, изучение и оценка адаптации материнского организма к беременности могут способствовать ее решению.

ЦЕЛЬ

Анализ критических случаев для улучшения материнских и перинатальных исходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучение карт критических случаев, анализ их причин, эффективность интенсивной терапии, осложнений и мер их предотвращения. Использование установленных клинических алгоритмов (при кровотечении, преэклампсии, противошоковым мероприятиям). Регулярный анализ критических случаев по стране позволяет выявить болевые точки медицинской помощи на всех уровнях регионализации и принять конкретные действия по их устранению.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ критических ситуаций показывает, что средняя длительность госпитализации в реанимационных отделениях достигает 7-8 дней. Из 1405 критических случаев 7,3% - на первом уровне, на втором - 8,6%, 42% пациенток переведены на 3 уровень регионализации, после оказания экстренной помощи и стабилизации состояния. На первом уровне регионализации медицинскую помощь оказывали врачи из областных центров по линии санитарной авиации. В 84,1% мед помощь оказывалась в организациях третьего и республиканского уровней.

Удлинение сроков лечения при критических состояниях происходит за счет пациентов в коме, длительно на ИВЛ, с такими осложнениями как почечная или печеночная недостаточность, сепсис, нарушения мозгового кровообращения, требующими эфферентных методов лечения, сложных опера-

тивных вмешательств по основному соматическому заболеванию.

Мониторинг критических состояний выявил дефекты медицинской помощи: неадекватный объем операции при кесаревом сечении с имеющейся патологией, поздняя диагностика осложнений, недооценка тяжести состояний, несвоевременная диагностика гипертензивных состояний на уровне ПМСП, наступление беременности при абсолютных противопоказаниях, несвоевременная информация беременных о тревожных признаках, несвоевременная диагностика соматической патологии, неадекватное наблюдение в послеродовом периоде, ятрогенные осложнения у беременных, необоснованная перетранспортировка из стационара в стационар, некачественная реабилитация родильниц при сопутствующих заболеваниях, несвоевременный перевод на соответствующий уровень и в результате утяжеление состояния родильниц и беременных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нет тенденции к снижению преэклампсии и эклампсии, гнойно-септических осложнений. Развитие полиорганной недостаточности, постгипоксических осложнений после тяжелой преэклампсии, акушерских кровотечений, развития тромбоэмболических осложнений в поздний послеродовой-послеабортный период свидетельствует о дефектах в оказании неотложной помощи и отсутствии продленной профилактики тромбоэмболических осложнений в послеродовом и послеабортном периодах.

При разработке планов снижения МС необходимо планирование обучения, организационной и методической работы в регионах с учетом анализа критических состояний.

Обязательное катamnестическое наблюдение за родильницами, перенесшими критическое состояние, проведение реабилитационных мероприятий с медико-психологической и социально-правовой помощью.

ФАКТОРЫ РИСКА САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ПОЗДНИХ ВЫКИДЫШЕЙ

Козловская Ю.С., Беспалова О.Н.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема самопроизвольного прерывания беременности остается актуальной в современном акушерстве, при этом применение регламентированных способов диагностики и лечения невынашивания беременности не дает значимого снижения частоты данной патологии. На протяжении десятилетий частота невынашивания во II триместре гестации достигает 10-20% от общего числа всех потерь беременности. Поздние выкидыши имеют мультифакториальную природу. Среди причин выкидышей II триместра одно из первых мест занимают генетические. Особое место занимает маточный фактор: аномалии строения матки и истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Инфекционные причины (вирусная и урогенитальная инфекции), нарушение микробиотенноза влагалища также могут быть основным фактором прерывания беременности. Среди пациенток с поздними выкидышами достоверно чаще диагностируются антифосфолипидный синдром, наследственная тромбофилия высокого риска и гипергомоцистеинемия. Профилактика самопроизвольных выкидышей на поздних сроках сложная задача, так как пациентки в период с первого комбинированного скрининга до второго находятся в зоне пониженного наблюдения. Поэтому выявление основных факторов риска прерывания беременности позволит сформировать группы высокого риска, и как следствие, особого ведения данных пациенток.

ЦЕЛЬ

Анализ причин поздних выкидышей на сроке от 16 до 21 6\7 недель гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование носило ретроспективный характер за 14 лет. Изучены данные историй болезни 59 случаев самопроизвольного прерывания беременности, произошедших в НИИ АГиР им. Д.О.Отта (2004-2018г).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациенток с поздними выкидышами колебался от 21 года до 42 лет и в среднем составил 33 года. У 33,9% пациенток беременность прервалась в 16-18 недель, у 45,76% в 19-20 недель, у

20,34% в 21-22 недели. Средний срок гестации самопроизвольного прерывания беременности составил – 19 недель и 3 дня. У 78% женщин беременность наступила спонтанно, в то время как у 22% - в результате вспомогательных репродуктивных технологий. По паритету беременности отмечены некоторые особенности: первобеременные составили 13,56 %, повторнобеременные - 86,44 %. У 27% беременных анамнез был отягощен случаями невынашивания беременности: у 13,56% были потери плода на ранних сроках, у 18,64% на поздних сроках и у 13,56% - преждевременные роды. Маточный фактор был диагностирован у 42,4% женщин: у 5% - аномалии развития матки (седловидная и двурогая матки), у 22 (37,3%) при беременности был поставлен диагноз ИЦН.

Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания в I триместре в 34 случаях (57,63%), во II триместре – в 22 (37,29%) случаях, урогенитальная инфекция была выявлена в 20,34% случаях, ОРВИ в ранние сроки гестации перенесли 3,4% пациенток. Все пациентки получали стандартные схемы сохраняющей терапии, при этом антибактериальное лечение в составе комплексной терапии угрозы прерывания беременности было проведено в 32 случаях (54,24%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными факторами, приводящими к самопроизвольным поздним выкидышам являются: отягощенный акушерский анамнез - невынашивание беременности на разных сроках (27%) , наличие аномалий строения матки (5%), истмико-цервикальная недостаточность (37,3%), перманентная угроза выкидыша на всем протяжении беременности (37%), а также - урогенитальные инфекции (20,3%). Своевременная диагностика и профилактика выявленных причин позволяет снизить частоту поздних выкидышей.

КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Коростелева Е.С., Иванова О.Ю., Пономарева Н.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диагностика внутриутробной инфекции (ВУИ) представляет значительные трудности.

ЦЕЛЬ

Целью нашей работы было выделение клинических и УЗ признаков, характерных для различных вариантов течения ВУИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное общепринятое обследование 96 женщин, беременность которых протекала на фоне ВУИ, а их новорожденные дети имели малые или большие формы внутриутробной инфекции. Объективным доказательством амнионита и плацентита было гистологическое исследование последа. Наличие инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных подтверждалось клинико-лабораторным, рентгенологическим, бактериологическим и ультразвуковым методами исследования. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы SPSS Statistics (версия 17) с выделением прогностической значимости анализируемых параметров.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ретроспективно выделены 2 группы пациенток. В 1 группу вошли 72 пациентки без указаний на наличие хронического воспалительного процесса женских половых органах и отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Первородные составили основную часть 93,1% (67 жен.), повторнородящие – 6,9%.

Ранние сроки беременности протекали без выраженных осложнений, только у 2 беременных (2,7%) при УЗИ определена ретрохориальная гематома. Результаты 1 скрининга соответствовали гестационной норме. Уровень гормона ХГЧ колебался в пределах 0,87 – 1,2 МоМ, уровень белка РАРР – А соответствовал 0,76 – 1,35 МоМ. Во втором триместре отмечалась патологическая прибавка массы тела на 600 – 1200г за 1 неделю. УЗИ подтвердило наличие многоводия и амнионита. В 96% случаев амнионит сочетался с цервицитом и кольпитом. Все пациентки получали лечение в амбулаторных условиях, но, несмотря на это, в 3 триместре диагностировано ВУИ плода. 6 новорожденных (8,3%) имели малые формы ВУИ, 49 детей

(68,1%) - пневмонию, 17 (23,6%) - поражение органов желудочно-кишечного тракта.

Для пациенток 2 группы характерным было наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в анамнезе. На ранних сроках гестации у большинства диагностированы воспалительные изменения влагалища и цервикального канала. Результаты 1 скрининга выявили у всех женщин УЗ признаки угрожающего раннего выкидыша, а у 13 (54,2 %) наличие ретрохориальной гематомы. При первом скрининге уровень гормона ХГЧ в 45,8% случаев превышал 1,5 МоМ, а в остальных 54,2% (13 жен.) имел крайне низкие значения от 0,12 до 0,36 МоМ. Уровень белка РАРР – А не превышал 0,21 – 0,41 МоМ. На протяжении 2 триместра отмечена патологическая прибавка массы тела от 500г до 950г. При УЗИ относительное многоводие диагностировано у 15 жен. (62,5%), амнионит – только в 41,6% (10 жен.). УЗ критерии плацентита отмечены у 17 жен. (70,8%), хотя патологическое увеличение толщины плаценты и изменение ее структуры зарегистрировано в 100% случаев. В 3 триместре субкомпенсированная плацентарная недостаточность выявлена в 87,5% (21жен.), угрожающие преждевременные роды в 12,5%. Все новорожденные имели проявления ВУИ, пневмония диагностирована у 20 новорожденных (83,3%), сепсис у 4 (16,7%), проявления малых форм ВУИ сопутствовали в большей половине случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для диагностики ВУИ плода необходимо комплексное динамическое исследование с определением явных и косвенных признаков на протяжении 1 и 2 триместров. Более тяжелые формы ВУИ плода протекали при минимальном количестве стертых клинико-ультразвуковых признаков хориоамнионита.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Курочка М.П., Волокитина Е.И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии №4, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

По оценкам ВОЗ, около 15 миллионов детей ежегодно рождаются преждевременно (до полных 37 недель беременности), и это число возрастает. Осложнения в результате преждевременных родов являются основной причиной смерти детей в возрасте до пяти лет. Так, в 2015 году они привели приблизительно к одному миллиону случаев смерти. Имеется прямая пропорциональная зависимость между сроком беременности и шансом выжить.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилось сравнение факторов риска преждевременных родов в различные сроки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование было проведено на базе ГБУ РО «ПЦ». Был проведен статистический анализ историй преждевременных родов за 2011-2012гг. Все пациентки были разделены на четыре группы в соответствии с классификацией преждевременных родов. В первую группу вошли 82 пациентки, беременность которых завершилась в сроках 22-27,6 недель. Вторую группу составили 28 женщин, родоразрешённых в 28-30,6 недель. Третья группа представлена пациентками, родившими с 31 по 33,6 недель. В четвертую группу включены женщины, срок беременности которых на момент родов составил 34-36,6 недель. По данным медицинской документации были заполнены анкеты, затем проведена статистическая обработка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки всех групп были сопоставимы по возрасту, преимущественно рожали женщины в возрасте от 20 до 30 лет без достоверных отличий по группам.

В первой группе преобладали повторнородящие женщины, что было достоверно выше ($p1-4 < 0,05$), чем в четвертой; среди встречающихся первородящих значительную долю имели повторнобеременные.

При изучении анамнеза выяснилось, что в группе со сверххранными родами достоверно чаще отмечались воспалительные заболевания половых органов в течение жизни и во время беременности ($p1-2 < 0,05$, $p1-3 < 0,05$, $p1-4 < 0,05$). В этой же группе статистически значимо чаще был выявлен повышенный уровень лейкоцитов периферической крови беременной ($p1-2 < 0,05$, $p1-3 < 0,05$, $p1-4 < 0,05$). Эти данные подтвердились результатами морфологического исследования последов. В группе со сверххранными родами достоверно чаще встречались фуникулит, флебит и артериит пуповины ($p1-2 < 0,05$, $p1-3 < 0,05$, $p1-4 < 0,05$). Это свидетельствует о воспалительном ответе плода на инфекцию матери.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Воспалительный гинекологический анамнез и инфекционное поражение нижних отделов половой системы во время беременности значимо чаще способствует прерыванию беременности в сверххранные сроки, что подтверждается повышением уровня лейкоцитов в крови более чем у четверти женщин;

Неблагоприятный исход для новорождённого при сверххранных родах, вероятно, обусловлен передачей инфекции от матери, что подтверждается развитием воспалительного ответа плода.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

Курочка М.П., Волокитина Е.И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии №4, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема преждевременных родов существует со времен появления человечества. Несмотря на развитие медицинской науки, их несколько увеличилась в последние годы. Стоит отметить, что и внешний вид современного человека претерпел серьёзные изменения в сравнении с предками. Избыточная масса тела и ожирение являются неперенными спутниками развития цивилизации. Если в прежние времена дефицит массы тела рассматривался как фактор риска преждевременных родов, то сейчас появились сообщения о подобном влиянии на беременность избытка жировой ткани. Что является вполне логичным, так как жировая ткань принимает участие в метаболизме половых стероидов.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось установление связи между отклонениями индекса массы тела от нормальных значений ($<18,5$ кг/м² и >25 кг/м²) и наступлением преждевременных родов в различные сроки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование было проведено на базе ГБУ РО «ПЦ». Были проанализированы истории преждевременных родов за 2011-2012гг. Индекс массы тела был рассчитан с учётом исходной массы тела в ранние сроки беременности, прибавка веса до родоразрешения во внимание не принималась. Все пациентки были разделены на 4 группы в соответствии со сроком беременности на момент родов: 1 группа (n=82) –сверххранние преждевременные роды, 2 группа (n=58) – ранние преждевременные роды, 3 группа (n=78) – преждевременные роды в сроке от 31 до 33,6 недель, 4 группа (n=162) – поздние преждевременные роды. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) в каждой группе были выделены 3 подгруппы; 1 – пациентки с нормальной массой тела, 2 – женщины с дефицитом веса (ИМТ $<18,5$ кг/м²), 3 – имеющие ИМТ более 25 кг/м².

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех четырёх группах количество женщин, имеющих нормальную массу тела, превышает 50%: 1 группа - 52,90%, 2 группа – 62,1%, 3 группа – 50%, 4 группа – 58,7%.

Достоверно чаще дефицит массы тела встречался в группе со сверххранними преждевременными родами и составил 10,9% (p1-2 <0.05 , p1-3 <0.05 , p1-4 <0.05). Как известно, эта категория имеет наиболее серьёзный прогноз для жизни и развития новорождённых. Вероятно, питательные вещества, витамины и микроэлементы не получают в достаточном количестве и мать, и ребёнок. Различий между тремя оставшимися группами не выявлено, количество пациенток с недостаточной массой тела в них минимально: 2 группа – 3,4%, 3 группа – 3,7%, 4 группа – 4,1%.

Интересным оказался тот факт, что во всех четырёх группах повышенный ИМТ встречался более, чем у трети женщин: 1 группа – 36,5%, 2 группа – 34,5%, 3 группа – 46,3%, 4 группа – 35,2%. Данный показатель превышает общепопуляционный и может рассматриваться как фактор риска преждевременных родов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, установлена взаимосвязь между значением индекса массы тела и риском преждевременных родов. Дефицит веса предрасполагает к сверххранним преждевременным родам. Профицит массы тела можно рассматривать как фактор риска преждевременных родов в любом гестационном сроке.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Макарова Е.С., Волков В.Г., Чурсина О.В.

Родильный дом № 1 города г. Тулы имени В. С. Гумилевской, Тула

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременные роды (ПР) на сегодняшний момент определяют до 70% перинатальной смертности, причем большинство потерь приходится на новорожденных при массе тела при рождении от 500 до 1000 г, поэтому основные усилия должны быть направлены на профи лактику ПР до 32 нед. Несмотря на большой перечень факторов риска доказанными предикторами считают – преждевременные роды в анамнезе, укорочение длины шейки матки и уровень фетального фибронектина. Длина шейки матки является единственным предиктором, для которого потенциально доступно эффективное вмешательство. Многочисленные исследования доказали взаимосвязь длины шейки матки и ПР. Изучение длины шейки матки и поиск новых маркеров обозначает реальные перспективы для врачебных вмешательств. Одним из таких маркеров является железистый индекс (ЖИ) (cervical gland area) – который наряду с длиной шейки матки в ряде работ позволил сформировать группу риска для прогнозирования угрозы ПР. Впервые параметр использовали в 1998 г при изучении угрозы ПР в сроке 16-19 недель.

ЦЕЛЬ

Оценить значимость маркеров ПР (длины шейки матки и ЖИ) в сроке беременности 11-14 недель для прогнозирования ПР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 1517 женщин, которые отвечали критериям включения. Средний возраст составил $25,3 \pm 4,9$ лет (от 17 до 43 лет). Первородящих было 846 (55,8 %), повторнородящих - 671 (44,2 %). Всем пациенткам в I триместре беременности (11-14 нед.) с их согласия, проводилось измерение длины шейки матки и определяли наличие ЖИ. Линейные размеры шейки матки оценивались как расстояние от проекции внутреннего зева до проекции наружного зева при сагиттальном сканировании с учетом кривизны цервикального канала. Для измерения длины цервикального канала использовалась трассировка. «Железистый индекс» определяется как сонографически гипоехогенная зона вокруг канала шейки матки, которая,

как предполагается, гистологически соответствуют железистой зоне эндоцервикса шейки матки (cervical gland area). Цервикальный канал окруженный эхонегативной зоной расценивался как ЖИ – «положительный», при отсутствии визуализации эхонегативного эндоцервикса считали, что ЖИ «отсутствует». В зависимости от исхода беременности были сформированы 2 группы. В 1 группу (n=1448) включили беременных со сроком родов от 37 до 41 нед., во 2 (n=69) преждевременные роды (22-36) нед. гестации. Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая ценность были рассчитаны для длины шейки матки менее 30 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Чувствительность измерения длины шейки матки в прогнозировании ПР в данном исследовании составила - 67,9%, специфичность - 81,1%, площадь под ROC кривой - 0,84. Отсутствие ЖИ имеет чувствительность - 59,7%, специфичность 98,8%, площадь под ROC кривой - 0,79. При сочетании этих показателей чувствительность возросла до - 80,0%, специфичность - 90,3%, площадь под ROC кривой - 0,89.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование комплексной оценки шейки матки в ранние сроки беременности (11-14 нед) позволяет определить значимые факторы риска, к которым относят не только длину шейки матки, но и отсутствие ЖИ. Дополнение длины шейки матки данными о наличии ЖИ повышает чувствительность и специфичность модели. Полученные данные позволяют по новому взглянуть на возможности прогнозирования ПР, которое можно выполнять уже в I триместре беременности.

РАЗЛИЧИЯ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДВОЕН С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ПЛАЦЕНТАЦИИ

Михайлин Е.С., Шило М.М., Иванова Л.А.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГБУЗ «Родильный дом №10», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Перинатальные исходы при двойнях в основном обусловлены типом плацентации. По данным литературы, монохориальный тип плацентации является дополнительным фактором риска развития тяжелых степеней гипотрофии, дисоциированного развития плодов и неблагоприятных неврологических исходов у новорожденных.

ЦЕЛЬ

Изучить различия в течении беременности и родов у двоен с различным типом плацентации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период 2013-2016 гг. под нашим наблюдением находилось 40 беременных с монохориальной диамниотической (МХДА) двойней (1 группа) и 40 беременных с дихориальной диамниотической (ДХДА) двойней (2 группа). Базовое и расширенное (при необходимости) обследование всех пациенток проводилось в соответствии с приказом МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток с МХДА двойней составил $30,0 \pm 2,1$ года, пациенток с ДХДА двойней – $31,3 \pm 1,4$ года ($p < 0,001$). Прибавка массы тела за беременность составила $14,9 \pm 1,4$ кг у пациенток первой группы и $15,6 \pm 2,1$ кг у пациенток второй группы ($p > 0,05$). Анемия беременных встречалась у пациенток с ДХДА двойней в 1,6 раза чаще ($p < 0,05$),

чем у пациенток с МХДА двойней (12 (30,0%) и 19 (47,5%) соответственно). Отеки беременных диагностированы у женщин второй группы в 2,1 раза чаще ($p < 0,05$), чем в первой группе (10 (25,0%) и 21 (52,5%) соответственно). Гестационный сахарный диабет встречался у пациенток с ДХДА двойней с 4 раза чаще, чем у пациенток с МХДА двойней (1 (2,5%) и 4 (10,0%) соответственно, $p < 0,05$). Истмико-цервикальная недостаточность с установкой акушерского пессария у пациенток с ДХДА диагностирована в 10,0 раз чаще ($p < 0,05$), чем у пациенток с МХДА двойней (1 (2,5%) и 10 (25,0%) соответственно). ЗВУР обоих плодов во второй группе диагностирована в 2,0 раза чаще ($p < 0,05$), чем в первой (5 (12,5%) и 10 (25,0%) соответственно). Церебральная ишемия обоих плодов зарегистрирована в 5,0 раз чаще в группе пациенток с ДХДА двойней, чем в группе пациенток с МХДА двойней (1 (2,5%) и 5 (12,5%) соответственно, $p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в группе ДХДА двоен достоверно чаще встречались: анемия беременных, отеки беременных, гестационный сахарный диабет, ЗВУР обоих плодов, ИЦН и церебральная ишемия.

ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПЛОДА. ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Мокрушина О.Г., Юдина Е.В., Левитская М.В., Шумихин В.С., Гурвич А.И., Гурская А.С.

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сложность верификации любых кистозных образований брюшной полости плода состоит в том, что все они имеют одинаковое строение, структуру и ЭХО-графические признаки. Отсутствие специфических этиологических маркеров образований может приводить к неправильной интерпретации и определению ложной тактики наблюдения и лечения маленьких пациентов.

ЦЕЛЬ

Провести анализ пренатальной диагностики пациенток с кистозными образованиями у плода и постнатальный исход кистозных образований у новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2013 по 2017 г обратилось 3358 беременных с пороками развития плода. Из них 8% (261) составили пациентки с кистозными образованиями брюшной полости. Из исследования исключены 55 случаев обращений, по которым отсутствуют постнатальные сведения. 206 пациентов с кистозными образованиями были обследованы после рождения, проведена верификация и установлены показания для оперативного вмешательства и/или пролонгированного наблюдения за пациентами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний срок консультации хирурга составил 28 ± 4 (мин 20, макс 35) недель. Среди патологии выявлены кисты яичника 130 (63%) случаев, у 12 (6%) плодов верифицировано кистозное образование забрюшинного пространства, с такой же частотой выявлена киста селезенки. У 10 (5%) пациентов антенатально выявлена тератома ККО IV типа, у 7 (3%) плодов энтерогенная киста локализовалась в проекции желудка. В 3 (2%) случаях кистозное образование локализовалось в паренхиме печени, у 1 (0,5%) – в проекции купола диафрагмы. По данным УЗИ-диагностики специфические признаки, характерные для лимфангиомы брыжейки выявлены у 2 (1%) плодов, для псевдокистозного перитонита – у 4 (2%) плодов, для гидроколюса – у 6 (3%) плодов. В 9 (4%) случаях при УЗИ обследовании плода не удалось выявить каких-либо специфических признаков, позволяющих верифицировать кистозное

образование. Этим пациентам был оставлен пренатальный диагноз – «киста брюшной полости у плода». Показаниями для экстренного перевода в хирургический стационар считали размеры образования, занимающие более половины объема брюшной полости с потенциальной возможностью развития частичной кишечной обструкции вследствие компресс петель кишечника образованием. Наше исследование показало, что неотложное оперативное вмешательство после рождения потребовалось пациентам с псевдокистозным перитонитом, тератомой ККО IV типа, гидроколюсом (один из компонентов персистирующей клоаки), что составило 18 (9%) случаев. Кистозное образование не было найдено или имело значительный регресс по размерам у пациентов с кистами яичника, селезенки, забрюшинного пространства, энтерогенными кистами, кистой брыжейки, а так же у пациентов с не верифицированными образованиями. Таких случаев в нашем исследовании выявлено 103 (50%). В плановом порядке оперировано 85 (41%) пациента, это новорожденные с кистами яичника (при диаметре более 4,0 см или с признаками внутриутробного перекрута), энтерокистами (диаметр кисты более 2,0 см), кистами желудка, брыжейки, диафрагмы, печени, (размеры образований более 3,0 см). Летальных исходов не отмечено. Ни в одном случае не выявлено злокачественных новообразований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши исследования показали, что объемные образования брюшной полости у новорожденных имеют благоприятный прогноз, являются доброкачественными. В 50% случаев после рождения имеют убедительную тенденцию к регрессу. Большинство пациентов может быть оперировано в плановом порядке.

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – РОССИЙСКИЕ МОДЕЛИ АКУШЕРСКИХ ПЕССАРИЕВ

Мунинова К.Т., Шнейдерман М.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Изучение имеющихся разновидностей акушерских пессариев выявило целый ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при использовании. Наиболее частым из них является возникновение чувства дискомфорта, боли, смещение и выпадение введенных во влагалище пессариев. Появление обильных влагалищных выделений и образование пролежней на стенке влагалища также связано с качеством используемого материала, его плотностью, возможностью инфицирования. Кроме того, нередко влагалищные раздражения, бактериальный вагиноз, актиномикоз, аллергические реакции на латекс.

Ущемление, свищи, мочевая или кишечная непроходимость могут являться результатом неудачной формы пессариев. Кроме того, существующие пессарии не учитывают таких факторов, как узкий или, наоборот, широкий вход во влагалище (ширина больше 4 пальцев), короткую длину влагалища (меньше 6 см), сочетание опущения влагалища и стрессового недержания мочи.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась разработка новой отечественной модели акушерского пессария, которая не имела бы недостатков, присущих зарубежным моделям и была комфортна и приемлема для оптимального использования при беременности с диагностированной истмико-цервикальной недостаточностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отличительной особенностью новых акушерских пессариев является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца. Эти четыре выпуклости сжимают шейку матки с четырех сторон и надежно предупреждают прогрессирование истмико-цервикальной недостаточности.

Преимущества у новой российской модели акушерского пессария перед существующими зарубежными образцами следующие: за счет наружных вырезов происходит дополнительная фиксация пессария во влагалище и не наблюда-

ется смещения и выпадения, за счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища, через наружные вырезы увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого, отмечается легкость и безболезненность вставления и удаления пессария из влагалища, устраняются симптомы подтекания мочи при кашле, чихании и физических нагрузках. Оптимальное время использования акушерского пессария – от 14 недель беременности (при пролабировании плодного пузыря) до 37 недель беременности, после чего пессарий удаляется.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Испытания новой модели акушерского пессария проведенные на 208 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность и эффективность. Применение нового вида пессария позволило сохранить беременность у всех 208 беременных женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение новых видов акушерских пессариев доктора Шнейдермана позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем, уменьшить неблагоприятные исходы беременности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ АУТОАНТИТЕЛ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ

И.В. Игнатко*, А.Н. Стрижаков*, А.Б. Полетаев**, А.С. Кузнецов*, Н.Г. Попова*, И.М. Богомазова*,
А.М. Родионова*

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

**Медицинский исследовательский центр «Иммункулус», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность у человека требует надежного гемостаза для предотвращения кровоизлияний при вневорсинчатой инвазии трофобластом (EVT) децидуализированного эндометрия, модификации спиральных артерий и послеродовых инволютивных процессов. Однако может произойти децидуальное кровоизлияние (отрыв) на протяжении всей беременности из слабо трансформированных спиральных артерий, вызывая гибель плода или спонтанные преждевременные роды, или способствуя aberrантной плацентации, наблюдаемой при внутриутробной задержке роста и преэклампсии - ведущих причин перинатальной или материнской заболеваемости и смертности, а также синдрома потери плода. Ретрохориальная гематома - частое осложнение встречающееся в 3 - 22% случаев от числа всех беременностей, еще в 6-13% ее формирование происходит повторно (рецидив) в сроки 20-24 нед, сопровождаясь кровотечением и/или вторичным инфицированием и приводя к сверхранним, ранним преждевременным родам, антенатальной гибели плода, повышению ранней неонатальной летальности.

ЦЕЛЬ

Принимая во внимание многофакторность и полиэтиологичность формирования локальных отслоек хориальной ткани, вневорсинчатого трофобласта, амниохориальной сепарации с неблагоприятными исходами гестации целью исследования явилось определение содержания спектра аутоантител у пациенток с рецидивирующей ретрохориальной гематомой с целью разработки метода прогнозирования перинатальных исходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами было обследовано 56 беременных, из которых 34 женщины составили основную группу (беременные с рецидивирующей ретрохориальной гематомой в сроки гестации 20-25 недель) и 22 женщины - контрольную группу (с неосложненным соматическим

и репродуктивным анамнезом, нормальным течением беременности в те же сроки). При поступлении у каждой пациентки исследовался уровень некоторых аутоантител (с использованием иммунохимической панели. Метод основан на изучении активности аутоантител в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ELISA - Enzyme-linked Immunosorbent assay). «ЭЛИ-П-Комплекс-12» позволяет определять сывороточное содержание аутоантител класса IgG, взаимодействующих со следующими антигенами: ХГЧ, двуспиральная ДНК, β 2-гликопротеин I, Fc фрагмент иммуноглобулинов, коллаген, белок S100, TrM-03, ANCA, инсулин, SPR-06, тироглобулин, KiM-05. Все результаты высчитываются автоматически в соответствии со средней индивидуальной иммунореактивностью. За норму принималось значение от +10 до -20% от индивидуальной средней иммунореактивности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин обеих групп был практически одинаков и составил для всех обследуемых $31,2 \pm 1,4$ года, по доле перво- и повторнородящих группы не различались. Значимым оказалась разница в акушерско-гинекологическом анамнезе. У 8 (23,5%) женщин основной группы беременность наступила в результате ЭКО, причем в 75% - при использовании технологии криоконсервации эмбрионов. В анамнезе и в течение беременности диагностировались ИППП у 15 (44,1%) женщин основной группы (6 женщин (17,6%) получали антибактериальную терапию (после 12 недель)) и у 3 (13,6%) - контрольной. Угрожающее прерывание беременности отмечалось в I триместре у 29 (85,3%) пациенток основной группы, причем в 19 из 29 (65,5%) наблюдениях отмечалось развитие ретрохориальной гематомы различного объема и локализации. Пациентки получали терапию транексамовой кислотой, гестагенами (Дюфастон, Утрожестан) в средних рекомендованных терапевтических дозировках. 8 (23,5%) женщин до кровотечения и в дальнейшем получали терапию НМГ (по показаниям).

При сравнении средних значений результатов, полученных на основании анализа сывороток методом ИФА было обнаружено статистически значимое отклонение уровня б аутоантител: к ХГЧ, β2-гликопротеину I, Fc фрагменту иммуноглобулинов, TrM-03, тироглобулину, SPR-06.

Средняя активность аутоантител к ХГЧ у пациенток с рецидивирующей ретрохориальной гематомой значимо выше, чем в контрольной группе, и составила $32,6 \pm 5,53$ и $2,23 \pm 5,94$ соответственно ($p < 0,05$). Наблюдался значительный рост активности аутоантител к белку мембраны тромбоцитов (TrM) у пациенток с гематомами большого объема (более 50 мл) и наличием кровотечения: $43,4 \pm 10,8$, против $11,2 \pm 2,33$ (в 3,8 раза) ($p < 0,05$). При небольших гематомах и благоприятном исходе беременности (организация гематомы, своевременные роды, отсутствие гипоксии и гипотрофии новорожденного) уровень аутоантител к TrM не отличался достоверно от показателя контрольной группы. Уровень аутоантител к β2-гликопротеину I также был повышен: $35,6 \pm 8,23$ против $9,4 \pm 3,2$ в контроле.

Уровень аутоантител к Fc фрагменту иммуноглобулинов был выше в 3,7 раза, чем в контрольной группе. Напротив, уровень аутоантител к тироглобулину и SPR-06 был ниже, чем в контрольной группе и у беременных с благоприятным исходом: $-29,5 \pm 4,5$ против $12,3 \pm 6,7$ для ААТ к ТГ; $-44,3 \pm 11,9$ против $13,3 \pm 2,9$ для ААТ к SPR-06.

Неблагоприятные исходы (поздние самопроизвольные выкидыши и ПР в сроки 22-24 недели с уровнем перинатальной летальности 87%) отме-

чались у 14 (41,2%) беременных с рецидивирующей ретрохориальной гематомой) и максимальными отклонениями в уровне аутоантител. Причем не только вышеуказанных, но и повышением уровня аутоантител к ANCA (к цитоплазматическому антигену эндотелия сосудов) ($45,6 \pm 6,5$), двуспиральной ДНК ($32,8 \pm 10,9$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем исследовании показаны результаты изменения активности аутоантител у пациенток с рецидивирующей ретрохориальной гематомой. При использовании аналитической панели полученные результаты говорят о разнонаправленных изменениях в иммунологическом статусе беременных с данным контраверсивным осложнением беременности. Наиболее значимыми отклонениями при неблагоприятных исходах являются: поражение эндотелия сосудов, изменение функциональной активности тромбоцитов (тромбоцитопатии), наличием признаков антифосфолипидного синдрома, тиреоидной дисфункции, признаки изменений в системе регуляции эмоционального статуса, признаки хронического воспалительного процесса. Указанные данные могут использоваться в дальнейшем для раннего прогнозирования неблагоприятных перинатальных исходов, ПР, поздней ПОНРП. Кроме того, их можно использовать при реабилитации и предгравидарной подготовки пациенток с репродуктивными неудачами.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, И.В. Игнатко

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема эктопической беременности различной локализации не сходит с повестки дня современной гинекологии, так как в большинстве наблюдений сопровождается выраженной и тяжелой клинической симптоматикой, риском для жизни пациентки, а также приводит к снижению репродуктивной функции женщин активного детородного возраста. Вопросы органосохраняющего лечения при любых вариантах широко обсуждаются с точки зрения безопасности и перспективности для реализации деторождения. Одной из редких, но клинически тяжелых и сложных

для принятия решения является шеечная беременность. Шеечная беременность относится к редким формам внематочной беременности, ее частота составляет 0,1–0,4% (по отношению к родам – 1 на 18 000).

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучение опыта применения оперативной гистероскопии для лечения больных шеечной беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Традиционно лечение больных с шейчной беременностью – хирургическое. Это вызвано гистологическими особенностями нидации эктопического трофобласта – ворсины хориона активно проникают в глубину шейки матки, прорастают в кровеносные сосуды и, тем самым, усиливают кровоснабжение хориальной площадки. Современные органосохраняющие хирургические методы лечения прогрессирующей шейчной беременности включают:

- гистероскопическую резекцию ложа плодного яйца с последующей коагуляцией цервикального канала;
- селективную эмболизацию маточных артерий с последующим удалением плодного яйца и выскабливанием слизистой цервикального канала;
- лазерную вапоризацию хориального ложа с последующей тампонадой цервикального канала катетером Фолея;
- наложение кругового шва на шейку матки с одномоментной тампонадой цервикального канала;
- ампутацию шейки матки и др.

За период 1997–2018 гг. нами были выполнено 48 гистерорезектоскопических операций у пациенток с морфологически подтвержденной шейчной беременностью. Ни в одном наблюдении не были отмечены осложнения хирургического вмешательства (кровотечение из шейки матки, перфорация матки), а также не зарегистрированы случаи персистенции внематочной беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагностика шейчной беременности, особенно на начальных этапах ее развития, представляет определенные трудности и основывается на констатации клинических, инструментальных (УЗИ, магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ)) и биохимических исследованиях. В большинстве наблюдений в качестве дополнительного метода визуальной диагностики шейчной беременности применяется трансвагинальное ультразвуковое сканирование как наиболее простой, высокоинформативный метод, не уступающий в диагностической ценности МРТ и КТ и отвечающий всем требованиям urgentной диагностики.

В связи с необходимостью четкой диагностики шейчной беременности нами были разработаны УЗИ критерии данного осложнения. Эхографические признаки шейчной беременности условно можно разделить на прямые и косвенные. К прямым критериям относят (по степени значимости): визуализацию плодного яйца и хориона в резко расширенном канале шейки матки в сочетании с такими дополнительными признаками, как: закрытый внутренний зев; отрицательный симптом «скольжения» плодного яйца; обнаружение цветковых локусов за пределами

трофобласта (в толще мышцы шейки матки), интимно связанных с цветовой картиной хориона при сканировании в режиме энергетического доплера; форма матки имеет вид песочных часов.

Так называемый симптом «скольжения» основан на идентификации подвижности плодного яйца в шейчном канале и позволяет дифференцировать неполный самопроизвольный аборт и шейчную беременность. При надавливании на шейку матки трансвагинальным датчиком эктопическое плодное яйцо не смещается по отношению к стенкам цервикального канала, что является достоверным признаком шейчной беременности.

Любая органосохраняющая операция при данной нозологии имеет свои условия и ограничения. Так, согласно результатам нашего исследования, гистерорезектоскопия и ей подобные (лазерная, плазменная вапоризация хориального ложа) требуют соблюдения определенных условий, а именно:

- срок гестации не превышает 6–7 нед;
- беременность прогрессирует или отсутствует активное кровотечение из шейки матки;
- по данным трансвагинальной эхографии, включая цветное доплеровское картирование с использованием энергетического доплера, инвазия трофобласта не выходит за пределы шейки матки.

В современных условиях удаление матки оправдано при наличии ряда факторов, а также их совокупности:

- 1) геморрагический шок 2–3-й степени при продолжающемся маточном кровотечении;
- 2) прорастание хориона в параметральное пространство;
- 3) отсутствие эффекта от органосохраняющих мероприятий;
- 4) отсутствие технических условий для проведения органосохраняющего лечения.

Оценивая результаты гистероскопического лечения больных шейчной беременностью более чем за 20-летний период наблюдения следует констатировать, что беременность наступила у 64% пациенток, доступных для анкетирования (63,6%). У 37% из них она закончилась срочными родами, у 9% – преждевременными родами, у 18% – самопроизвольным прерыванием беременности в 1-м триместре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Шейчная беременность – очень редкий вариант внематочной беременности, тем не менее, ее вполне можно обнаружить в ранние сроки при тщательном исследовании с использованием современных технологий и провести своевременное лечение, сохранив здоровье пациентки.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ В РОССИИ И В МИРЕ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутриутробная инфекция остается важной проблемой акушерства и перинатологии, поэтому обследование беременных на инфекции является значимой частью антенатального наблюдения.

Объем рекомендуемого обследования регламентирован приказом Минздрава России № 572н (беременные дважды в I и III триместре обследуются на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С, краснуху и токсоплазмоз, проводится микроскопическое исследование отделяемого половых органов на *N.gonorrhoeae* и грибы *Candida*), но на практике обследование беременных на инфекции в медицинских учреждениях часто не соответствует приказу Минздрава России.

ЦЕЛЬ

Оценка структуры инфекционного скрининга в медицинских учреждениях г. Москвы и сравнение рекомендуемого в РФ обследования с зарубежными программами антенатального наблюдения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2016 по 2017 гг. в Москве проведено ретроспективное исследование в четырех медицинских учреждениях: 2 государственные женские консультации (ЖК №3 и №2) и 2 коммерческие клиники (КК «ЛМС» и «Доктор Озон»). Проведен анализ медицинской документации 900 пациенток, состоявших на учете по беременности. Сравнение проводилось с программами антенатального наблюдения: CDC 2015 – США, NICE 2017 – Великобритания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основные результаты работы представлены в таблице.

TORCH-серология, кровь				
	РФ (приказ №572н)	Москва (наши данные)	США	Великобритания
Сифилис	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	+ (I тр.)	+ (I тр.)
ВИЧ	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	+ (I тр.)	+ (I тр.)
Краснуха	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	+ (I тр.)	+ (I тр.)
Гепатит В	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	+ (I тр.)	+ (I тр.)

Гепатит С	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	—	—
Токсоплазмоз	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	—	—
ЦМВ	—	+ (I и III тр.)	—	—
ВПГ 1,2	—	+ (I и III тр.)	—	—
Вульвовагинальные и цервикальные инфекции				
Бак.вагиноз	—	+/- (I тр.)	—	—
<i>C.albicans</i>	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	—	—
<i>T.vaginalis</i>	—	+ (I тр.)	—	—
<i>Streptococcus gr.B</i>	—	—	+ (35-37 нед.)	—
<i>C.trachomatis</i>	—	+ (I и III тр.)	—	—
<i>N.gonorrhoeae</i>	+ (I и III тр.)	+ (I и III тр.)	—	—

Спектр обследования беременных на инфекции в ЖК и КК оказался шире регламентированного приказом Минздрава России за счет проведения серологического исследования крови на наличие антител к ЦМВ и ВПГ 1,2 типов, микробиологического исследования и ПЦР-диагностики вульвовагинальных и цервикальных инфекций.

В США и Великобритании при первой явке беременные обследуются на сифилис, ВИЧ и гепатит В (повторно в III тр. только в группах риска), на краснуху однократно в I тр. Обследование на гепатит С, хламидиоз и гонорею проводят только в группах риска. Исследование на токсоплазмоз, ЦМВ и ВПГ не применяется. Микробиологическое исследование отделяемого влагалища на носительство *Streptococcus gr.B* в США проводится у всех беременных в 35-37 недель. В Великобритании такой тактики не придерживаются из-за недостатка данных об экономической эффективности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российский спектр обследования значительно шире зарубежных аналогов с точки зрения нозологий и кратности проведения исследований, что влечет за собой большие экономические затраты, а их необходимость требует уточнения. На практике обследование беременных на инфекции в государственных бюджетных учреждениях и частных

организациях имеет ряд отличий и часто не соответствуют ни приказу Минздрава России, ни общемировым рекомендациям.

Инфекционный скрининг - эффективный метод снижения частоты неблагоприятных исходов беременности, младенческой заболеваемости и смертности. Эпидемиологическая ситуация может зна-

чительно варьировать в различных частях страны, поэтому необходимо рассмотреть вопрос о создании региональных программ скрининга беременных на инфекции в РФ.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЛОЦИТОВ МИОМЕТРИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Низяева Н.В.* , Сухачева Т.В. **, Серов Р.А. **, Баев О.Р. *, Щеголев А.И. *

*ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

** ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Телоциты (Тц) – клетки мезенхимального происхождения, обладающие способностью генерировать электрический потенциал, обеспечивающие сокращение гладкомышечных клеток различной локализации, в том числе стенки матки и регуляцию просвета сосудов.

ЦЕЛЬ

Изучение ультраструктурных особенностей телоцитов (Тц) миометрия при преэклампсии и при неосложненной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование проведено на образцах миометрия с передней стенки матки (исключая область плацентарной площадки), полученных от 10 женщин: от 6 женщин с тяжелой преэклампсией, и от 4 – с доношенной неосложненной беременностью. Посредством трансмиссионной электронной микроскопии были изучены фрагменты миометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате исследования у пациенток обеих групп в интерстиции миометрия между пучками гладкомышечных клеток и вокруг маточных сосудов обнаружены клетки фибробластического ряда веретеновидной или звездчатой формы, с длинными отростками. В околядерной зоне цитоплазмы этих клеток и в отростках выявлены цистерны гранулярного эндоплазматического ретикулума, что подтверждает их синтетическую активность. Следует отметить, что толщина отростков в группе ПЭ была больше, чем в контроле и составила 0.37 ± 0.2 мкм и 0.19 ± 0.6 мкм, соответственно ($p < 0.01$); размер клеток и ядер в группах ПЭ и контроля –

3.2 ± 1.2 мкм и 2.7 ± 1.1 мкм, 1.8 ± 0.9 мкм и 1.8 ± 0.8 мкм ($p > 0.05$). У пациентов с ПЭ в интерстиции выявлены клетки в состоянии некроза – явлениями карипикноза и карiorексиса, утратой плазмолеммы, выходом органелл в межклеточное пространство, окруженные клетками макрофагальной дифференцировки. Происхождение этих клеток определить не удалось. В некоторых клетках фибробластического ряда также обнаружены признаки гладкомышечной дифференцировки – фрагменты базальной мембраны, сократительные фибриллы с расположенными вблизи плазмолеммы электронноплотными тельцами, и иногда – элементы фагоцитарной активности – вакуоли, липидные включения, мелкие фагосомы. Подобные модифицированные фибробластоподобные клетки с длинными отростками, по-видимому, представляли собой популяцию клеток промежуточной миофибробластической и, в ряде случаев, макрофагальной дифференцировки. В то же время клетки, соответствующие морфологическим характеристикам телоцитов, – с длинными тонкими отростками, расположенные в интерстиции между пучками гладкомышечных клеток и вокруг сосудов – в миометрии встречались в единичных случаях преимущественно в группе контроля. Они содержали небольшое ядро, окруженное цитоплазмой, в околядерной зоне – цистерны гранулярного эндоплазматического ретикулума. Ранее нами были описаны изменения Тц ворсин плаценты и было показано, что при преэклампсии Тц стремятся к фибробластоподобной дифференцировке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, методом электронной микроскопии в интерстиции миометрия выявлено несколько популяций клеток фибробластического

ряда, характерными морфологическими признаками которых являлось наличие длинных отростков, и как правило, это были фибробластоподобные клетки с промежуточными фенотипами, соответствующие также гладкомышечной и макрофа-

гальной дифференцировке. Однако, при тяжелой преэклампсии отмечается тенденция замещения телецитов плаценты и миометрии фибробластами.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ВО ВТОРОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКРИНИНГЕ

Нормурадова Н.М., Камалидинова Ш.М., Расулова М.М., Курбанова В.В.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский центр «Скрининг матери и ребенка», Республика Узбекистан, Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Точность пренатальной диагностики врожденных пороков сердца (ВПС) варьирует в широком диапазоне во всем мире – 34-92%. Особое значение имеет выявление ВПС до 22 нед. беременности. В различных странах установлены свои сроки скрининговых исследований с целью выявления врожденных пороков развития плода, в частности в Узбекистане второй ультразвуковой скрининг проводится в 16-20 нед. беременности. Анализ возможностей ультразвуковой диагностики ВПС в зависимости от сроков беременности является одним из актуальных задач пренатальной диагностики.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту встречаемости ВПС в зависимости от сроков исследования во втором ультразвуковом скрининге.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы 104 случаев ВПС, выявленных в скрининг центре с января 2017 по июль 2018. Всего за этот период было проведено 47 027 исследований. Ультразвуковые исследования осуществлялись на приборах Philips Clear Vue 550 и 650, с использованием конвексного и линейного датчиков, частотой 3,5–7,5 МГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За данный период были обследованы 47 027 беременных женщин во втором триместре беременности, входящих в группу риска по врожденным порокам развития, частота ВПС составило 22,1 случая на 10 000 плодов. У 7,4% женщин в анамнезе наблюдались случаи потери детей, связанных с ВПС. 61,5% ВПС были выявлены в 16-20 нед, 38,5% – в 20-24 нед. беременности. В 14,4% случаях определить точно вид ВПС в скрининговых сроках не представилось возможным и возникла необходимость повторного исследования,

23,8% пациенток были направлены на подтверждение диагноза из других медицинских учреждений после 20 нед. беременности. Анализ структуры ВПС показал, что чаще встречался дефект межжелудочковой перегородки (20,1%) чем дефект межпредсердной перегородки (2,8%). В 46,1% случаях ВПС встречались изолированно, в 53,9% отмечалось их сочетание. Гипоплазия левых отделов сердца (ГЛОС) определялась в 18 (17,3%) случаях, в том числе в сочетании с атрезией аорты в 3 (2,8%), с атрезией митрального клапана в 7 (6,7%) случаях. Двойной выход магистральных артерий из правого желудочка (ДВПЖ) наблюдался в 11 (10,5%) случаях, из них в 8 (7,6%) – сочетался с ГЛОС. Гипоплазия правых отделов сердца (ГПОС) в сочетании с атрезией трикуспидального клапана (АТК) определялся в 8 (7,6%) случаях. Гипоплазия легочной артерии в 3 (2,8%) случаях была обусловлена дисплазией полулунных клапанов. Дисплазия клапанов наблюдалась в 10 (9,6%) случаях. Группу пороков, выявленных в 16 нед составили эктопия сердца (2,8%), единственный желудочек (ЕЖ) сердца (3,8%). Конотрункальные пороки – тетрада Фалло (3,8%), общий артериальный ствол (ОАС) (12,5%), ДВПЖ (10,6%), транспозиция магистральных артерий (ТМА) (6,7%) были выявлены в сроке 17-20 нед беременности. Тетрада Фалло и ТМА встречались изолированно, тогда как ОАС часто сочетался с AV-каналом (3,8%), с ГПОС, АТК (1,9%), с ЕЖ (0,9%). AV-канал наблюдался в 12 (11,5%) случаях. Также были выявлены случаи с контрактильной формой фиброэластоза, правой дугой аорты, персистирующей левой верхней полой веной и правой пупочной веной, перерывом дуги аорты, аномальным венозным возвратом легочных вен. ВПС сопровождался с отеком плода в 5,8% случаях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота пренатальной встречаемости ВПС у женщин группы риска по ВПР составила 22,1 случая на 10 000 плодов. 61,5% ВПС было диагностировано до 20 нед. беременности.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ПЕРИОД 2010-2017 ГГ.

Оганян К.А.

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии медицинского факультета СПбГУ, ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №1687 от 27.12.2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» с 1 января 2012 года потеря беременности с 22 до 27 полных недель гестации в России относится к преждевременным родам, есть мнение, что с переходом на новые критерии рождения отмечено увеличение показателя перинатальной смертности, также увеличились финансово-экономические затраты, направленные на лечение глубоко недоношенных детей.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось сравнить частоту и перинатальные исходы при преждевременных родах, произошедших за период 2010-2017гг. (до принятия приказа №1687 и после) в НИИ АГиР им. Д.О. Отта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе НИИ АГиР им. Д.О. Отта проведен ретроспективный анализ 22309 историй родов, из них 2509 истории родов за 2010 г., 2263 историй - за 2011 г., 2747 - за 2012г., 2781 историй за 2013г, 3024 историй - за 2014г., 3110 историй - за 2015г., 3137 историй - 2016г. и 2738 историй родов за 2017г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота преждевременных родов за 2010г. составила 162 на 2565 живорожденных детей (6,3±0,5%), за 2011 г. - 159/2342 (6,8 ±0,5%), за 2012г. - 197/2813 (7,0±0,5%), за 2013г. - 222/2869 (7,7 ±0,5%), за 2014г. - 229/3093 (7,4 ± 0,5%), за 2015г - 265/3199 (8,3±0,5%), за 2016 г - 255/3235(7,9 ±0,5%), за 2017г - 217/2810 (7,7 ±0,5%).

Перинатальная смертность составила в 2010г. - 0,3±0,1% (8/2565) на живорожденных детей, из них половину составили недоношенные дети, в 2011г. - 0,3±0,1% (7/2342) из них недоношенные дети - 6 (85,7±13,2%) (p<0,5), в 2012г. - 0,6±0,1% (16/2813) при этом недоношенные дети - 14 (87,5± 8,3%) (p<0,5), в 2013г. - 0,6±0,1% (18/2869) недоношенные дети - 10 (55,6±11,7%)(p<0,5) , в 2014г. - 0,5±0,1% (15/3093) недоношенные дети - 12 (80±10,3%) (p<0,5), в 2015г - 0,4±0,1% (12/3199) недоношенные дети - 9 (75±12,5%) (p<0,5), в 2016г. - 0,4±0,1% (13/3235) недоношенные дети - 9 (69,2±12,8%) (p<0,5), в 2017г перинатальная смертность составила 0,1±0,1% (3/2810) и во всех 3 случаях это были недоношенные дети (p<0,5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в нашем исследовании не выявлено статистически значимой разницы между количеством недоношенных детей, рожденных в период 2010-2011г и 2012-2017гг. Однако, во всех случаях достоверно часто перинатальную смертность составляли недоношенные дети.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАВАГИНАЛЬНО МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА НА МИКРОФЛОРУ ВЛАГАЛИЩА

Оганян К.А., Аржанова О.Н.

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии медицинского факультета СПбГУ, ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время при угрозе прерывания беременности широко применяются капсулы микронизированного прогестерона. Их интравагинальное применение иногда доходит до 4 раз в сутки, при этом несоблюдении личной гигиены, может привести к колонизации влагалища условно-патогенной флорой, что крайне нежелательно для беременной женщины и может осложнить течение беременности.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось изучить влияние интравагинального применения микронизированного прогестерона на микрофлору влагалища.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование беременных женщин проводилось в ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта». Всего было обследовано 372 беременные женщины, в возрасте от 20-35 лет и сроком беременности 12-24 недели. Материалами для исследования у беременных женщин служили вагинальный секрет и средняя порция свободно выпущенной мочи. Для выделения и идентификации микрофлоры использовались бактериологические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первую группу входили 141 (37,9±2,5%) беременная, которые применяли интравагинально капсулы микронизированного прогестерона в дозе 200мг х 2-3 раза в день. Во вторую группу входили 60 (16,2±1,9%) беременных, применявших таблетки дидрогестерона внутрь в дозе 1т х 2-3 раза в день и третью группу сравнения составили

171 (46,0±2,6%), беременная, не получавшая гормональную терапию.

В первой группе в 58 (41,1±4,1%) случаях из вагинального секрета беременных были выделены условно-патогенные микроорганизмы: Стрептококки группы Д (СГД) в 47% случаев, Стрептококки группы В (СГВ) - 32%, Escherichia coli - 10% и Candida sp. в 11% случаев, из мочи в 48 (34,0±4,0%) случаях были выделены СГД - 49%, СГВ - 38%, Escherichia coli - 5%, Corynebacterium spp - 4%, Klebsiela sp. - 4%.

Во второй группе в 8 (13,3±4,4%) случаях из влагалища беременных были выделены СГД - 51%, СГВ - 47%, E.coli - 2%, из мочи - в 49 (15,0±4,6%) случаях СГД - 72%, СГВ - 26%, E.coli - 2%.

В третьей группе в 17 (9,9±2,3%) случаях из влагалища была выделена условно-патогенная флора: СГД 52%, СГВ 32%, E.coli 8%, Cor.sp 3%, из мочи - в 23 (13,5±2,6%) случаях, были выделены СГД 49%, СГВ 38%, E.coli 5%, Corynebacterium spp 4%, Klebsiela sp. 4%. Достоверно чаще условно-патогенная флора и Candida sp. были чаще выделены только в первой группе. (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по всей вероятности, несоблюдение личной гигиены, при вагинальном введении капсул микронизированного прогестерона 2-3 раза в день, может приводить к колонизации влагалища патогенной микрофлорой, что имеет свои негативные последствия для течения беременности.

ЭКЗОГЕННЫЙ ПРОГЕСТЕРОН КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Оноприйчук А.Р., Капустин Р.В., Аржанова О.Н., Беспалова О.Н., Алексеенкова Е.Н.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Во всем мире частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению. Наиболее значимым препаратом, способствующим профилактике невынашивания беременности, является прогестерон (Пр). Известно, что прогестерон обладает аффинитетом к различным стероидным рецепторам. Обладая глюкокортикоидной активностью, Пр способствует изменениям углеводного обмена во время беременности, что может обуславливать развитие гестационного сахарного диабета (ГСД). Несмотря на длительный опыт применения гестагенов в акушерско-гинекологической практике, вопрос о влиянии различных препаратов прогестерона в развитии углеводных нарушений во время беременности остается открытым.

ЦЕЛЬ

На основании проведения литературного обзора, установить вклад препаратов прогестерона (17-альфа-гидроксипрогестерона капроат (17-ОПК), микронизированный натуральный прогестерон, дидрогестерон) в патогенезе развития углеводных нарушений во время беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование является литературным обзором релевантных источников из ведущих международных баз данных: Pubmed, Medline и Cochrane. Вклад каждого препарата в патогенез нарушений углеводного обмена оценивался отдельно при помощи расчета отношения шансов - ОШ (95% ДИ) риска развития ГСД. С целью нивелирования эффекта влияния значимых кофакторов на окончательный результат (возраст, индекс массы тела, этническая принадлежность, паритет, применение токолитических препаратов), применялся расчёт данных с учетом вышеуказанных факторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование вошло 15 работ, подходящих критериям научного поиска. Для оценки вклада 17-ОПК (250 мг еженедельно) проанализировано 6 работ с общим количеством женщин – 10404. По дизайну исследования 4 работы были ретроспек-

тивными, когортными; 1 – ретроспективное, рандомизированное, и 1 – проспективное когортное. В большинстве исследований – 4 (66,6%) установлено, что применение 17-ОПК ассоциировано с увеличением риска развития ГСД более чем в 3 раза ОШ 3,3 (95% ДИ 1,3-8,1). В двух других достоверных различий не получено. При оценке вклада микронизированного прогестерона проанализировано 6 работ с общим количеством участников - 2718. Все исследования были проспективными, когортными. Четыре исследования (66,6%) подтвердили, что применение микронизированного прогестерона может являться фактором развития ГСД ОШ 2,0 – 9,4 (95% ДИ 0,24-16,93). Остальные два исследования не установили достоверных межгрупповых различий. Наименьшее количество работ было представлено при анализе влияния дидрогестерона на углеводный обмен – 3, с общим количеством участников – 225. Однако не установлено значимого вклада данного прогестерона в патогенезе инсулинорезистентности во время беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного анализа можно сделать вывод о том, что применение 17-ОПК с целью профилактики преждевременных родов у женщин из групп повышенного риска по ГСД является нежелательным. Немногочисленность исследований, посвященных оценке риска развития ГСД у женщин, получавших микронизированный прогестерон или дидрогестерон, не позволяет сделать окончательное заключение о безопасности данных прогестероидов. Тем не менее, принимая во внимание изолированную аффинность дидрогестерона к Пр рецепторам, применение данного препарата выглядит более предпочтительным. Несомненно, требуются дальнейшие исследования, посвященные данному вопросу.

ТОКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ β 2-АДРЕНОСТИМУЛЯТОРАМИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Проклова Г.Ф., Чилова Р.А., Сокова Е.А.

Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время в лечении угрожающих преждевременных родов достигнуты определенные успехи благодаря препаратам, подавляющим сократительную активность матки, к которым относятся токолитики, но к сожалению большинство токолитических препаратов имеют полиорганные побочные эффекты.

В медикаментозной терапии пациенток с преждевременными родами значительное место занимают β 2-адреностимуляторы. Эти препараты назначают главным образом при преждевременной родовой деятельности, при угрозе самопроизвольного аборта (с 16 недель) и при гипертонусе матки, парентерально.

При анализе применения различных токолитических препаратов достоверно выявлено, что бета-адреномиметики способствовали пролонгированию беременности на 48 часов (эффективность – бета-адреномиметиков – 75%). Эффективность применения селективных β 2-адреномиметиков доказана в плане возможности пролонгирования беременности на 24, 48 час и 7 дней, что, однако не сопровождается снижением частоты РДС или перинатальной смертности. В тоже время острый токолиз гинипралом обеспечивает в 75-80% случаев вероятность сохранения беременности.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность применения β 2-адреностимуляторов в токолитической терапии у женщин с преждевременными родами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В группе из 132 беременных в возрасте от 20 до 45 лет проводили клинические исследования, при этом проводили сравнение у 65 женщин из 1-й (основной) группы с угрожающими родами до 33 недель, получавших токолитическую терапию гексопреналином сульфата (гинипралом).

Основными принципами при проведении клинических и объективных исследований были следующие: изучение анамнестических данных, семейного анамнеза пациенток, особенности течения и исходов беременности в зависимости от анамнеза, клинико-лабораторного статуса, приме-

нение для определения состояния плода функциональных методов исследования и максимально приближенные друг к другу сроки объективного исследования, оценивали состояние плода во время беременности, влияние исхода родов и течение раннего неонатального периода у новорожденных всех пациенток исследования случай-контроль (132 новорожденных). В процессе научной работы были использованы общеклинические (клинико-анамнестические, лабораторные), специальные (УЗИ, доплерометрия, КТГ), данные были обработаны при помощи статистических методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У беременных с угрожающими преждевременными родами по сравнению с женщинами, у которых произошли преждевременные роды, статистически значимые отличия были выявлены лишь в уровне длительности становления менструального цикла, болезни верхних отделов дыхательных путей и наличие хронического сальпингоофорита в анамнезе. Особенно страдают новорожденные, которым не была проведена токолитическая терапия из-за срочных преждевременных родов, так у них в 1,6 раз чаще встречается синдром угнетения ЦНС и в 1,5 раза чаще встречается респираторный дистресс синдром, по сравнению с новорожденными, у которых их матерям удалось пролонгировать беременность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования показали эффективность препарата гексопреналина сульфат для предупреждения осложнений у новорожденных, в тоже время анамнестически-клинические данные у беременных отличались только в становлении менархе и воспалительных заболеваниях половой системы.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рошка Д. Г., Сербенко А. Г.

Институт Матери и Ребенка; Государственный университет медицины и фармации им. «Николая Тестемицану», Республика Молдова, Кишинев

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сахарный диабет (СД) имеет неблагоприятные последствия для новорожденного [Ахметова Е.С, 2016]. Риск неблагоприятных исходов увеличивается при диагнозе прегестационного диабета, но недиагностированный и / или плохо контролируемый гестационный диабет (ГСД) может привести к аналогичным последствиям [Hassanein В.Е., 2014;].

ЦЕЛЬ

Изучение перинатальных исходов у новорожденных, рожденных от беременных с разными типами СД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное когортное исследование: 112 беременных с диабетом (основная группа -ОГ) и рожденные ими дети и 112 беременных без диабета (контрольная группа -КГ), родивших в Институте Матери и Ребенка в Кишиневе, Молдова. Основная группа была разделена на 3 подгруппы, в зависимости от типа СД: 35 (31,3%) беременных с СД 1 типа (1 подгруппа), 20 (17,8%), беременных с СД 2 типа (2 подгруппа) и 57 (50,9%), респондентов с ГСД (3 подгруппа). Для анализа результатов была использована статистическая программа MedCalc.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Перинатальные потери в исследуемых группах имели структуру: 5 (4,5%) случаев в ОГ и 2 (1,8%) в КГ. В ОГ умершие дети имели признаки диабетической фетопатии и были крупными для срока гестации: 2 случая антенатальной гибели плода (у беременных с СД 2 типа и ГСД), 1 случай интранатальной смерти плода у беременной с ГСД и 2 случая ранней неонатальной смертности у беременных с СД 1 типа. В КГ было зарегистрировано 1 случай антенатальной гибели плода и 1 случай ранней неонатальной смерти у детей с внутриутробной инфекцией.

Родились живыми 109 (97,3%) детей в ОГ и 111 (99,1%) в КГ. Новорожденные от матерей с СД, особенно прегестационном имели более высокую перинатальную заболеваемость и более низкие показатели постнатальной адаптации: 62,4% (68 новорожденных) в ОГ в сравнении с 36,9% (41 новорожденных) в КГ ($x^2=14,50$, $p=0,0001$), то что приве-

ло к лечению в условиях интенсивной терапии или реанимации в 3 раза больше новорожденных из ОГ по сравнению с КГ.

Отмечается и высокая частота недоношенности при СД, обусловленная преждевременным родоразрешением по показаниям со стороны плода или матери. В ОГ родились 46 (41,1%) недоношенных детей, в 87% родоразрешены, а в КГ родились лишь 16 (14,3%) недоношенных новорожденных ($x^2=19,99$, $p<0,0001$), в 86,7% при спонтанных родах.

Наблюдалось, значительное увеличение числа детей крупных для срока гестации у беременных с СД. В ОГ родились 57 (50,9%) детей больших для гестационного возраста, по сравнению с КГ, где были лишь 8 (7,1%) случаев ($x^2=51,94$, $p<0,0001$). Отмечается, что 23 ребенка из ОГ имели вес более 4000 г, 91,3% (ДИ 95,0%:86,08 – 96,52), 21 из которых были от беременных с СД 2 типа и ГСД, то что необходимо учитывать как фактор риска травматизма при родах.

В ОГ было 21 (19,3%) случая респираторных расстройств (тахипноэ, респираторный дистресс-синдром), в сравнении с КГ где были лишь 9 (8,1%) случаев ($x^2=5,83$, $p=0,0158$). Гипогликемия новорожденного наблюдалась в 47 (43,1%) случаях в ОГ, в КГ лишь 12 (10,8%). Наиболее выраженная гипогликемия наблюдалась у детей от матерей с СД 1 типа. В нашем исследовании частота желтухи новорожденного из ОГ была вдвое выше чем у детей из КГ (49,5% детей против 24,3%, соответственно; $x^2=14,95$, $p=0,0001$). Перинатальный период осложнился инфекциями также в 2 раза чаще в ОГ (31,2% в ОГ против 16,2% в КГ; $x^2=6,83$, $p=0,0090$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный нами анализ показал увеличение риска перинатальных осложнений у беременных с СД: высокая частота недоношенных детей, перинатальных потерь, функциональных и/или соматические изменений у новорожденных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАНЫМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ФГБОУ ВО «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Рухляда Н.Н., Либова Т.А., Лосева О. И., Резник В. А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременные роды являются актуальной медицинской и социальной проблемой. Проблема невынашивания беременности влечет за собой не только нарушение репродуктивной функции женщины, но и оказывает отрицательное влияние на перинатальные исходы, а именно на младенческую смертность. Одной из значимых причин преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), которая у беременных женщин составляет 1% от акушерской патологии с частотой рецидива 30%.

ЦЕЛЬ

Разработать современные способы лечения беременных с привычным невынашиванием. Выявить показания, а так же сроки беременности, требующие применения акушерского разгружающего pessaria.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения патологии беременности Перинатального центра ФГБОУ ВО «СПб ГПМУ» нами было изучено течение беременности и родов 250 женщин за период с 2014 по 2018 гг.

Средний возраст составлял 30 лет. Их них до 25 лет 11,6%; от 26-35 лет 61,7%; старше 35 лет 26,7%. Регулярный менструальный цикл был у 80% пациенток.

Истмико-цервикальная недостаточность в среднем была диагностирована в 24-25 недель беременности, в 50% случаев - до 22 недель.

Диагноз ставился на основании анамнестических данных, результатах влагалищного исследования. При влагалищном исследовании оценивалась длина, консистенция, положение шейки матки, проходимость цервикального канала. И подтверждался ультразвуковыми критериями - трансвагинальное ультразвуковое исследование шейки матки (цервикометрия) (длина шейки матки,

открытие внутреннего зева, цервикального канала, сохраненная часть шейки матки).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные женщины наблюдались в условиях дневного стационара, госпитализация осуществлялась по показаниям у 15% женщин. Для контроля мы проводили бактериоскопическое исследование влагалищных мазков каждые 14-21 день. Контроль за состоянием шейки матки проводился, ориентируясь на данные ультрасонографии в динамике (каждые 3-4 недели). В ряде случаев (18%) лечение с помощью pessaria сочеталось с медикаментозной терапией, направленной на сохранение беременности.

Прерывание беременности до доношенного срока при использовании акушерского pessaria наблюдалось лишь у 18, 5% беременных женщин, преждевременные роды были диагностированы у 14% женщин.

Родоразрешение путем кесарева сечения было выполнено в 17% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, следует отметить, что дифференцированный подход к ведению женщин с привычным невынашиванием беременности, а так же применение акушерского разгружающего pessaria с целью коррекции истмико-цервикальной недостаточности у пациенток с несостоятельностью шейки матки позволяет избежать неоправданных хирургических вмешательств, снизить количество поздних самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Рухляда Н.Н., Либова Т.А., Прохорович Т. И., Резник В. А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние десятилетия сохраняется тенденция увеличения частоты родов у женщин позднего репродуктивного возраста. С другой стороны, несмотря на проводимые правительством меры, в настоящее время сохраняется демографический кризис, что заставляет нас бережно относиться ко всем наступившим беременностям.

В литературе не существует однозначного мнения в отношении течения беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста. Ряд авторов считают возраст женщины самостоятельным фактором риска акушерских осложнений. Так же есть сведения, что возраст матери старше 40 лет при отсутствии осложнений не влияет на исход беременности или может быть сведен к минимуму.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования являлось: изучить течение беременности, родов, а также перинатальные исходы у женщин позднего репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения патологии беременности Перинатального центра ФГБОУ ВО СПб ГПМУ с 2014 по 2018 гг. нами было изучено течение беременности и родов 250 женщин позднего репродуктивного возраста, из них первородящие составили 65%, а повторнородящие - 35%. Контрольную группу составили 20 женщин в возрасте до 35 лет.

Всем пациенткам помимо сбора анамнеза и клинико-лабораторного исследования проводили общее анкетирование, ультразвуковое и доплерометрическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сборе анамнеза, нами отмечены основные причины увеличения числа поздних родов: достижение женщинами необходимого социального или

материального статуса (45%) развитию вспомогательных репродуктивных технологий(10%).

76% пациенток имели отягощенный гинекологический анамнез: воспалительные заболевания органов малого таза, эрозию шейки матки в 44,6%, эндометриоз был диагностирован у 6,6% пациенток, миома матки в 22,3% случаев.

Заслуживает внимания метод родоразрешения - частота абдоминального родоразрешения в основной группе в 1,7 раза выше по сравнению с женщинами до 35. Однако увеличение частоты кесарева сечения было связано в основном с наличием сопутствующей экстрагенитальной патологии, а сам возраст показанием к оперативному родоразрешению не являлся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у женщин позднего репродуктивного возраста беременность относится к группе высокого риска по возникновению преэклампсии, угрозы прерывания и анемии. В связи с этим в данной группе беременных необходимо своевременно проводить профилактические мероприятия по развитию гестационных осложнений.

Оперативная тактика родоразрешения должна выбираться при наличии показаний с обязательным учетом состояния плода.

Пациенткам позднего репродуктивного возраста показаны роды в стационарах II - III уровня.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Савилова Т.В., Кастрова Е.П., Веккер И.Р.

Оренбургская областная клиническая больница №2, Перинатальный центр, Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

За 2017 год в перинатальном центре прошло 5504 родов, из них 8% (435) преждевременные, среди которых доля сверхранных преждевременных родов (СПР) - 11%. Частота СПР небольшая, однако вклад в перинатальную заболеваемость и смертность наибольшая.

ЦЕЛЬ

Изучить структуру и частоту осложнений беременности и родов, перинатальные исходы в популяции пациенток со СПР. Определить пути снижения перинатальных потерь.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное когортное исследование по данным медицинской документации 48 случаев СПР. Статистическая обработка результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследуемой группе в сроке 22-24 недели было 7 родов, 24-26 недель - 20 родов, 26-28 недель - 21 роды. Возрастной состав: до 18 лет - 2 пациентки, 18-25 лет - 12, 26-30 лет - 14, 31-35 лет - 10, старше 36 - 10 пациенток. По паритету 58% составили первобеременные и первородящие женщины. Ранняя явка в женскую консультацию имела место в 71% случаев. При взятии на учет 42% пациенток отнесены к группе высокого риска по невынашиванию беременности: у 9 пациенток преждевременные роды в анамнезе, у 7 - поздние самопроизвольные выкидыши, сочетание преждевременных родов и поздних выкидышей - 4 случая. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) выявлена у 27(56%) пациенток. Коррекция ИЦН проведена у 7 пациенток, из них серкляж - в 4 случаях, пессарий - в 3 случаях. По данным медицинской документации имелись показания, но не проведена коррекция ИЦН в 20 случаях. Своевременная профилактика РДС у новорожденного с экспозицией дозы более суток проведена только в 11(26%) случаях. Неполный курс профилактики РДС, в т.ч. с экспозицией менее суток проведен в 10(24%) случаях. Не проведена профилактика РДС (по разным причинам) - в 27(56%) случаях. Токолиз на этапе транспортировки на 3 уровень проведен в 80% случаев. Среди причин СПР наибольшую частоту имеет преждевременное излитие околоплодных вод - 19(40%) слу-

чаев, далее кровотечения во время беременности - 10(21%) случаев, тяжелая преэклампсия и ИЦН - по 7(15%) случаев, пороки развития, несовместимые с жизнью отмечены в 3(6%) случаях, ранняя декомпенсированная ФПН - в 2(4%) случаях. Отмечена зависимость частоты развития хориоамнионита от длительности безводного периода: в группе с безводным периодом до суток его не было, до 3 суток хориоамнионит зарегистрирован в 37% случаев, более 3 суток отмечена максимальная частота развития хориоамнионита - в 80% случаев. По способу родоразрешения: 56% - экстренное кесарево сечение, 44% - самостоятельные роды. Показания к оперативному родоразрешению: кровотечения во время беременности - 48%, тяжелая преэклампсия - 24%, декомпенсация хронической ФПН - 14%, хориоамнионит - 9%, выпадение петель пуповины - 1 случай. Перинатальные исходы: всего родилось детей живыми и мертвыми - 50 новорожденных. Мертворожденных 8(16%), живых 42(84%) ребенка. Детей с экстремально низкой массой тела 39, из них умерло всего - 18(46%), досуточная летальность - 4 случая, до 7 полных суток - 9 случаев. С учетом данных патологоанатомического исследования отмечены основные причины смерти новорожденных: врожденная пневмония - 19 случаев, РДС - 14, врожденный сепсис - 4 случая.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Т.о. в регионе имеются резервы для снижения перинатальных потерь при СПР. Наиболее перспективные направления работы: своевременное выявление и санация очагов инфекции на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности; организация своевременной профилактики РДС в группах риска по преждевременным родам; внедрение клинического протокола диагностики и лечения ИЦН.

ВЛИЯНИЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАНИЙ К РОДРАЗРЕШЕНИЮ

Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Рогова Ю.В.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет),
Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева» ДЗМ, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время в РФ возрастает частота влагалищных оперативных родов в пользу использования вакуум-экстракции по сравнению с акушерскими щипцами. Так по данным официальной статистики в 2012 году в РФ частота использования акушерских щипцов составила всего 0,094%, а вакуум-экстрактора 0,7% случаев.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка состояния новорожденных, родоразрешенных с использованием вакуум-экстрактора, в зависимости от показаний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ использования вакуум-экстракции (ВЭ) при доношенной беременности у 120 рожениц за период 2015-2017 годы. Использовались одноразовые стерильные вакуумные системы родовспоможения. Частота использования ВЭ за этот период составила 0,61%. В зависимости от показаний к оперативному влагалищному родоразрешению, роженицы были разделены на две группы. В первую группу вошли 94(78,3%) рожениц, у которых, показанием к наложению вакуум-экстрактора явилась упорная слабость родовых сил (потуг) не поддающаяся медикаментозному лечению. Во вторую группу вошли 26(21,7%) рожениц с острой гипоксией плода. В обеих группах (n=124) имелись регламентированные условия для выполнения влагалищного родоразрешения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст рожениц составил $27,1 \pm 3,3$ года и был, сопоставим в обеих группах ($p > 0,05$). Первородящие в первой группе составили 46,8%, во второй группе в 56,2% случаев. Операция в 88,3% случаев проводилась на фоне уже выполненной эпидуральной анестезии и в 11,7% случаев без дополнительного обезболивания. Вакуум-экстракция выполнена в 55,8% случаев при нахождении головки плода в плоскости выхода, в 36,2% - при головке находящейся в узкой части полости мало-

го таза и в 8% при головке находящейся в широкой части полости малого таза. Рождение головки плода было выполнено за две тракции в 82% случаев, за три в 18% случаев. Эпизиотомия выполнена у 8,3% рожениц, проводилась по акушерским показаниям и не была связана с использованием ВЭ. Средняя масса новорожденных в первой группе составила $3356,5 \pm 350,7$ г, во второй $3480,6 \pm 364,3$ г. В 1-й группе 84(89,4%) новорожденных родились в удовлетворительном состоянии, у 10(10,6%) новорожденных диагностировано состояние умеренной гипоксии. Во 2-й группе умеренная гипоксия отмечена только у 4(15,4%) случаев. При рождении кефалогематома отмечена только у 3-х новорожденных 1-й группы, при этом выраженная родовая опухоль у них была диагностирована в процессе родов. Общая частота кефалогематом составила 2,5%, по данным зарубежной литературы этот показатель составляет до 19-20%. У остальных новорожденных диагностирована только родовая опухоль, которая проходила на 1-2 сутки и не требовала лечения. На 4-5 сутки в удовлетворительном состоянии домой выписаны 118(98,3%) новорожденных. Двое новорожденных были переведены на 8 сутки в детские стационары, для дальнейшего лечения в связи с выявленными у них врожденными заболеваниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение современных вакуум систем родового использования, позволяет снизить родовой травматизм для матери и новорожденного. Частота кефалогематом у новорожденного составила всего 2,3%, частота эпизиотомий 8,3% и не была связана с ВЭ. После вагинального оперативного родоразрешения 98,3% новорожденных в удовлетворительном состоянии были выписаны домой на 4-5 сутки. Своевременность постановки диагноза и применения ВЭ позволяет исключить влияние самой технологии на ухудшение состояния плода и новорожденного.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СПОНТАННОЙ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Рогова Ю.В.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет),
Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Течение многоплодной беременности нередко осложняется задержкой роста одного из плодов (ЗРП), частота которой в 10 раз выше таковой при одноплодной беременности и составляет при монохориальной и бихориальной двойне 34 и 23% соответственно.

ЦЕЛЬ

Цель исследования – изучить особенности и сроки начала формирования плацентарных нарушений и задержки роста плода при многоплодии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 70 случаев родов при бихориальной, биамниотической двойне. Оценены 212 протоколов скринингового (20-24 недели и 32-34 недели) ультразвукового исследования при многоплодной беременности. Средний возраст беременных составил $30,4 \pm 0,55$ лет. Пациентки были разделены на три группы. В 1-ю группу включены 20 (28,6%) пациенток с многоплодием у которых плацентарная недостаточность (ПН) была диагностирована во время беременности и подтверждена гистологическим исследованием плаценты после родоразрешения. Вторую группу составили 50 (71,4%) пациенток с многоплодием у которых ПН не была выявлена, как при беременности, так и по результатам гистологического исследования плаценты. Контрольную группу составили 50 пациенток с одноплодной беременностью без признаков ПН. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием программ STSTISTICA и BioStat 2012.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагностика ЗРП как основного проявления прогрессирования плацентарной недостаточности, основывалась на выявлении ультразвуковых параметров фетометрии ниже 10-го перцентиля или более чем на 2 стандартных отклонения ниже среднего значения для данного гестационного возраста. В первой (n=20) исследуемой группе,

отставание бипариетального размера (БПР) головки плода от средних величин регистрировалось в 11 (55%) случаях, при этом в 20% случаев задержка развития отмечена у одного плода из двойни и в 35% случаев задержка развития отмечена у обоих плодов. Во второй группе (n=50), задержка по БПР выявлена только в 27% случаев, причем задержка развития одного плода наблюдается в 11% случаев, а обоих плодов в 16% случаев. Размеры ОЖ в первой исследуемой группе были снижены в 60% случаев (57% случаев задержка развития одного и в 3% обоих плодов). Во второй группе сравнения показатели задержки развития плода выявлены в 46% случаев (в 10% ЗРП одного и в 36% случаев двоих плодов). Данные по оценке задержки развития бедра составляли 55% в первой исследуемой группе и 34% в группе сравнения (задержка развития одного плода составляла 13% в исследуемой группе и 10% в группе сравнения, задержка обоих плодов составляла 42% и 24% соответственно). В контрольной группе фетометрических отклонений в скрининговые сроки не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного анализа фетометрических данных было выявлено, что развитие ПН и ЗРП при спонтанной многоплодной беременности наблюдалось в 28,6% случаев, формирование нарушений в 90% случаев отмечено в третьем триместре. Основными УЗС маркерами ПН и ЗРП явились - уменьшение размеров головки плода в обеих группах от 27% до 55%, уменьшение окружности живота от 46% до 60% случаев и размеров бедра от 34% до 55% случаев.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СНИЖЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Самчук П.М., Азоева Э.Л., Овешникова Т.З., Яковченко С.А.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет),
Филиал ГБУЗ «ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время регламентированные в Российской Федерации скринирующие программы по пренатальной диагностике (ПД), позволяют с высокой частотой вероятности выявить «группу риска» хромосомной патологии плода. Наряду с этим, врожденные и наследственные заболевания среди всех новорожденных остаются высокими, так хромосомные болезни составляют примерно 0,5% случаев.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования, явилось изучение некоторых причин влияющих на снижение эффективности пренатальной диагностики хромосомной патологии плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пренатальный скрининг (комбинированный тест) проводился на 11-14 неделях беременности и включал: определение биохимических сывороточных маркеров (β -ХГЧ, плацентарного протеина А), измерение толщины воротникового пространства (ТВП) плода с помощью УЗС и оценки индивидуального «риска». Основную группу составили 24 случая рождения детей с синдромом Дауна за последние 3 года. В 22 случаях беременность наступила самостоятельно и 2 случаях в результате ЭКО и ПЭ. В группу контроля вошли 47 беременных, которые в 100% случаев прошли ПД, из них у 41 беременной отмечен «низкий», у 6 - «высокий» риск хромосомной патологии, которая была исключена при использовании инвазивных методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст беременных в основной группе составил $34 \pm 2,4$ лет в группе контроля $28 \pm 4,4$ лет ($p < 0,05$). Первородящие в основной группе составили – 15(62,5%), повторнородящие 37,5% случаев. В группе контроля 53,2% и 46,8% соответственно. У 7(29,2%) пациенток основной группы

пренатальная диагностика на протяжении всей беременности не проводилась с учетом мотиваций и нежеланием со стороны пациентки и ее супруга. В этой группе у 2-х пациенток в анамнезе отмечено рождение детей с синдромом Дауна. В основной группе УЗ скрининг проведен в I – триместре только у 11 беременных, у 6 пациенток УЗ проведено после 15-16 недель в связи с поздней первой явкой. Ультразвуковые маркеры хромосомной патологии выявлены у 5 беременных. Биохимический скрининг (БС) проведен у 13 беременных основной группы, из них у 9 пациенток в I триместре и у 4 беременных проведен во 2-м триместре. «Высокий» риск по БС отмечен у 7 пациенток при скрининге в I-м триместре и у 3 пациенток во втором триместре. У 3(23,1%) пациенток биохимический скрининг оказался «низкого» риска, в тоже время у них имелись ультразвуковые маркеры хромосомной патологии. Всем пациенткам с подозрением на хромосомную патологию предложено проведение инвазивной диагностики, от которой они отказались. Проведенный анализ эффективности пренатальной диагностики включающей БС и УЗС (даже при несоблюдении пациентками стандарта ПД) позволил выявить хромосомную патологию у 88,23% плодов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании вышеизложенного следует, что основными причинами рождения детей с хромосомной патологией является поздняя постановка на учет по беременности, не обоснованный отказ о проведения регламентированного метода пренатальной диагностики, не соблюдение строгих сроков выполнения исследования.

ОЦЕНКА ПРЕДИКТОРОВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Пожидаева Ю. Г., Андреева М.В., Ковалева Т.С., Куликова М. В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние 25 лет частота возникновения неразвивающейся беременности (НБ) увеличилась в 3,5 раза. На сегодняшний день примерно каждая пятая желанная беременность становится неразвивающейся. Следовательно, очень важно изучить причины данной патологии, чтобы разработать меры по ее профилактики.

ЦЕЛЬ

Выявить и оценить факторы риска неразвивающейся беременности у жительниц г. Волгограда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно приказу МЗ РФ № 572н, проведено клиничко-лабораторно-инструментальное обследование 75 женщин, которые находились на лечении в гинекологическом стационаре с диагнозом неразвивающаяся беременность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Более половины пациенток (61,3%) были в возрасте 26-35 лет. У большинства женщин (82,7%) беременность прекратила развиваться в сроке 4-9 недель.

Установлено, что в структуре гинекологической заболеваемости у больных преобладали хронический сальпингит и оофорит (20%), хронический эндометрит (16,6%), воспалительные болезни шейки матки (14,7%), киста яичника (8%), миома матки (7,3%). Ранее произошедшие случаи НБ зарегистрированы у 13,3% женщин.

В анамнезе у 36 % пациенток с НБ был медицинский аборт по желанию, у 14,7% - самопроизвольный выкидыш.

Оперативные вмешательства до настоящей беременности перенесли 48% больных. Основными из них были аппендэктомия, кесарево сечение, тубэктомия, цистэктомия.

Частота экстрагенитальной патологии составила 22,6%. Преобладали заболевания мочевыделительной системы (хронические пиелонефрит и цистит - 12%), ЖКТ (хронический гастрит - 5,3%).

Во время обследования у женщин с НБ в 43% случаев диагностирован неспецифический вульвовагинит, в 22,4% - бактериальный вагиноз, в 8,6% - вульвовагинальный кандидоз.

Анализ уровня β -ХГЧ позволил заключить, что в 64% случаев показатель этого гормона соответствовал 2500-3500 мМЕ/мл, в 25,3% - 2000-2500 мМЕ/мл, в 10,7% - 3500-5000 мМЕ/мл.

По данным УЗИ, анэмбриония I типа диагностирована у 46,7% женщин, анэмбриония II типа - у 26,6%. В 26,7% случаев визуализировался эмбрион с отсутствием сердцебиения.

Погибшее плодное яйцо эвакуировано у 26,7% пациенток с помощью медикаментозной аборта, у 73,3% - путем вакуум-аспирации полости матки в связи с начавшимся маточным кровотечением.

Важно отметить, что среди пациенток с НБ, 53,3% не состояли на диспансерном учете в женской консультации, из-за чего не могли быть вовремя диагностированы и пролечены инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта, которые, по-видимому, и явились причиной развития данной патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наиболее часто НБ возникала у женщин моложе 35 лет (61,3%). Инфекционно-воспалительный фактор можно назвать одной из главных причин НБ. Отклонение от картины нормоценоза влагалища диагностировано у 74% женщин. Соответственно данная патология стоит на первом месте среди всех гинекологических заболеваний. Хронические инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов выявлены у 51,3% пациенток. Оперативные вмешательства на органах малого таза ранее проводились у 27,5% обследованных. Только у 22,6% женщин с НБ были выявлены экстрагенитальные заболевания. Следовательно, инфекционный фактор был ведущим фактором риска НБ у обследованных женщин.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Сиротина Л.З., Пак С.В., Сошников А.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии, Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре гипертензивных расстройств, которые расположились на 4 месте в списке причин материнской смертности, особое место занимает преэклампсия.

ЦЕЛЬ

Изучение течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с ПЭ умеренного течения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проанализировано 93 случая умеренной ПЭ прошедших за период 2017 в ГБУЗ НО Родильный дом №4 г. Н. Новгорода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ возраста выявил, что 63 женщины были в возрасте от 18 до 30 лет (67,75%). Дальнейший анализ факторов риска показал, что у 42 беременных имеется ожирение I-II степени (45,1%), 19 пациенток страдали хронической артериальной гипертензией (20,4%), у 11 женщин выявлен гестационный или сахарный диабет I типа (11,8%), 9 беременных имели в анамнезе заболевания почек (9,7%), а 18 женщин соматически здоровые (19,3%). У 4 повторнородящих пациенток в анамнезе были случаи ПЭ и у 2 женщин предыдущая беременность осложнилась эклампсией.

Изучение сроков начала заболевания показало, что в 76 случаях (82%) имела место поздняя ПЭ (начало симптомов после 34 недели). У 11 женщин единственным проявлением была протеинурия (11,8%), сочетание протеинурии и гипертонического синдрома - у 24 пациенток (25,8%), тогда как полная триада Цангемейстера была выявлена более, чем у половины, у 58 беременных. В 14 случаях течение беременности осложнилось присоединением хронической плацентарной недостаточности (15%), из них - у 8 женщин (57%) диагностирована задержка роста плода.

Досрочное родоразрешение в связи с нарастанием симптомов проводилось у 9 женщин (9,7%). Все пациентки были родоразрешены в сроке 34-37 недель. Следует отметить, что 43 беременных были родоразрешены путем операции КС. Из них в плановом порядке - 20 (21,5%). Экстренное КС потребо-

валось в 23 случаях (53,5%) в связи с острой гипоксией плода, слабостью родовой деятельности, а также нарастанием симптомов ПЭ. 50 женщин родоразрешены через естественные родовые пути (53,8%). Программированные роды проводились у 14 пациенток (28%). Анализ течения родов показал, что в 7 случаях (7,52%) имела место острая гипоксия плода, в связи с чем проводилось экстренное родоразрешение. У 8 женщин в I периоде родов проводилась эпидуральная анестезия (16%) в связи со стойким повышением АД до уровня 190/110 мм рт.ст., которое успешно нормализовалось.

Анализ послеродового периода показал, что в 63 случаях симптомы ПЭ уходят на 1-2 сутки после родов на фоне гипотензивной монотерапии (67,8%). 3 женщины (3,22%) были направлены на консультацию к нефрологу для исключения хронической болезни почек в связи со стойкой протеинурией в послеродовом периоде.

При первичном осмотре неонатолога в 97 случаях состояние ребенка оценивалось, как удовлетворительное, у 3 детей имела место асфиксия новорожденного умеренной степени. Стоит отметить наличие перинатального повреждения ЦНС у плода гипоксически-ишемического генеза в исходе беременности и родов в 12 случаях (13%). 5 новорожденных (5,37%) имели задержку роста плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, умеренная ПЭ чаще встречается у женщин молодого репродуктивного возраста с ожирением или соматически здоровых. В основном имеет место поздняя ПЭ, клиническая картина чаще представлена классической триадой. Родоразрешение проводится при доношенной беременности, преимущественно через естественные родовые пути. На фоне антигипертензивной монотерапии симптомы ПЭ уходят на 1-2 сутки после родов, состояние новорожденного, как правило, удовлетворительное и пациентка выписывается с ребенком домой.

ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С РАННЕЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ: АКУШЕРСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Сковородина Т.В., Шмаков Р.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тяжелая преэклампсия является причиной материнской и неонатальной заболеваемости и смертности, особенно при раннем дебюте заболевания (с 24 до 34 недель беременности). В настоящее время появляется все больше сторонников выжидательной тактики ведения пациенток с ранней тяжелой преэклампсией, которая позволяет снизить заболеваемость новорожденных.

ЦЕЛЬ

Сравнение акушерских и неонатальных исходов у женщин с ранней тяжелой преэклампсией в зависимости от тактики ведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано состояние здоровья 45 женщин с ранней тяжелой ПЭ и их новорожденных. Женщины были разделены на 2 группы. 1 группу составили 25 беременных, с выжидательной тактикой ведения (продолжение более чем на 2 суток), 2 группу - 20 женщин, с активной тактикой ведения (родоразрешение в первые 2 суток). Группа с выжидательной тактикой была разделена на 2 подгруппы - с применением СРАР-терапии (1А) в дополнении к стандартной медикаментозной терапии ПЭ (n=12) и без применения СРАР (1Б) (n=13).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Родоразрешение проводилось в 1А группе минимально через 2-е суток, максимально – через 12 суток от момента поступления в ОРИТ (в среднем через 6,3 дней). В 1Б группе – минимально через 2-е суток, максимально – через 7 дней от момента поступления (в среднем через 2,5 дня). При выжидательной тактике ведения срок пролонгирования беременности у пациенток в группе 1А был выше в среднем на 3,8 суток, чем в группе 1Б. При активной тактике родоразрешение проводилось через 2-29 часов (в среднем 0,8 суток). Средний срок родоразрешения по группам составил 28,49±2,1, 30,8±3,6 и 30,2±2,04 недели в 1А, 1Б и 2 группах соответственно. В обеих группах с выжидательной тактикой ведения причинами родоразрешения явились ухудшение состояния плода (7 случаев (58%) в 1А

группе, 3(23%) случаев во 1Б группе) и нарастание степени тяжести ПЭ (4(33%) случая в 1А группе и 9(69%) случаев во 1Б группе). Показаниями к родоразрешению при активной тактике был сам факт развития тяжелой ПЭ. При анализе исходов для новорожденных выявлено, что антропометрические показатели при рождении были более низкие в группе 1А, что обусловлено более ранним сроком родоразрешения, чем в группах 1Б и 2. Но несмотря на это, в 1А группе достоверно снизилась необходимость проведения инвазивных методов дыхательной поддержки у новорожденных (8,3%), тогда как в группе 1Б стандартная ИВЛ применялась в 30,7% случаев, а в группе 2 – в 40%, также достоверно снизилась потребность в введении сурфактанта – в 66,6% в группе 1А, в 84% в группе 1Б и в 75% в группе 2. При анализе заболеваемости новорожденных было выявлено редкое число случаев геморрагического синдрома у новорожденных с выжидательной тактикой ведения – в 1А группе 41,6%, в 1Б группе - 30,7%, против 70% у пациенток с активной тактикой ведения беременности. Некротизирующий энтероколит также чаще встречался у новорожденных с активной тактикой ведения - в 35 % случаев. Достоверных отличий по заболеваемости новорожденных между группами с выжидательной тактикой ведения беременности выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тактика ведения беременности при тяжелой ранней ПЭ остается предметом дискуссий. Эта категория женщин требует наблюдения мультидисциплинарной командой специалистов в условиях палаты интенсивной терапии в стационаре III уровня. Применение СРАР-терапии позволяет увеличить длительность пролонгирования беременности в сравнении с традиционной терапией ПЭ, при этом выжидательная тактика снижает заболеваемость новорожденных, частоту применения инвазивных методов дыхательной поддержки у новорожденных.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И МЕХАНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Стрижаков А. Н., Тимохина Е. В., Силаева Т. М.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преиндукция родов – это мероприятия, направленные на созревание шейки матки при отсутствии или недостаточной ее готовности к родам. Одним из ведущих показаний к преиндукции родов является тенденция к перенашиванию беременности. Определяется это тем, что при сроке гестации 41 неделя и более, выше перинатальная заболеваемость, смертность и частота мертворождения. Также возрастает частота таких осложнений как: асфиксия в родах, мекониальная аспирация, дистоция плечиков, влагалищные родоразрешающие операции, разрывы промежности 3 и 4 степени. Таким образом, своевременная преиндукция родов является способом профилактики осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода.

ЦЕЛЬ

Сравнение эффективности различных методов преиндукции родов у пациенток со сроком гестации 41 неделя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 52 беременных со сроком гестации 41 неделя и более. Критерии включения: самопроизвольное наступление беременности, одноплодная беременность, головное предлежание плода, наличие интактных плодных оболочек, отсутствие противопоказаний к преиндукции родов. Методы исследования: клиническое обследование, ультразвуковое исследование, доплерометрия плодовой гемодинамики, кардиотокография, амниоскопия. С целью преиндукции родов использовали следующие методы: механический с интрацервикальным введением катетера Фолля, медикаментозный с использованием антипрогестина перорально (200 мг 1 раз в день, через 24 часа при отсутствии эффекта повторно 200 мг), интрацервикальным введением динопростона и комбинированный. В соответствии с этим было сформировано 4 группы пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первородящие составили 42%, повторнородящие – 58%. Родовая деятельность в указанных группах развивалась через: 1 гр.- $8,5 \pm 2,8$ ч., 2 гр.- $30 \pm 5,8$

ч., 3 гр.- $26,5 \pm 3,9$ ч., в 4 гр.- $30 \pm 2,5$ ч. Продолжительность I периода родов составила $84,20 \text{ мин.} \pm 29 \text{ мин.}$, $94,12 \pm 45 \text{ мин.}$, $74,30 \text{ мин.} \pm 52 \text{ мин.}$ и $74,10 \text{ мин.} \pm 20 \text{ мин.}$ соответственно. Частота преждевременного излития околоплодных вод в указанных группах была сравнима и составила 25%, 20%, 23% и 24,6%. Обезболивание родов с использованием эпидуральной анальгезии было проведено в 68%, 72%, 62,55% и 75% соответственно. Продолжительность II периода родов достоверно не отличалась среди исследуемых групп ($30 \pm 4 \text{ мин.}$, $25 \pm 9 \text{ мин.}$, $28 \pm 3 \text{ мин.}$ и $26 \pm 5 \text{ мин.}$). Операцией кесарево сечение закончились роды у 44,4% пациенток с механическим методом преиндукции родов, у 38,5% при использовании антипрогестинов, у 25% при введении динопростона и 33,3% при комбинированном методе. Показаниями к операции кесарево сечение явились: отсутствие эффекта от преиндукции родов, регистрация признаков страдания плода по данным доплерометрии, КТГ, амниоскопии до начала родовой деятельности и в I периоде родов, слабость и дискоординация родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар в указанных группах достоверно не отличалась ($7,8 \pm 0,2 / 8,8 \pm 0,1$; $7,6 \pm 0,4 / 8,3 \pm 0,1$; $8,0 \pm 0,5 / 8,4 \pm 0,1$; $7,6 \pm 0,2 / 8,1 \pm 0,1$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Средний интервал от преиндукции до начала родов был минимальным в группе, где применяли динопростон. Длительность первого периода родов была максимальной после преиндукции антипрогестинами и минимальна при комбинированном методе. Частота оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечения оказалась сравнимой в исследуемых группах. Статистически значимая зависимость между преждевременным излитием околоплодных вод и методом преиндукции не обнаружена.

НОВЫЙ МАРКЕР РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Тимохина Е.В., Стрижаков А.Н., Ибрагимов С.М., Гитель Е.П., Афанасьева Н.В., Рябова С.Г.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия (ПЭ) – это осложнение беременности, занимающее лидирующие позиции в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. ПЭ осложняет 10% всех беременностей, в структуре материнской смертности – 15,7%. Современная классификация преэклампсии выделяет два патогенетических варианта ПЭ: раннюю (до 34 недель) вследствие недостаточной перестройки спиральных артерий во время второй волны инвазии трофобласта, и позднюю (после 34 недель), как отдельный метаболический синдром, осложняющий вторую половину беременности, проявляющийся повышением АД, протеинурией, отеками и т.д., не связанный с деформированием и функционированием плаценты. В настоящее время ведущей причиной неполной перестройки стенок маточных артерий при ПЭ считается недостаточное количество инвазирующих клеток или отсутствие/инактивация необходимых лизирующих ферментов. Поэтому изменение концентрации матриксных металлопротеиназ (ММП) в различных тканях – предмет пристального внимания исследователей ПЭ.

ЦЕЛЬ

Определить уровень ММП-2 при ПЭ тяжелой и умеренной степени с ранним дебютом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом ИФА определен уровень ММП-2 в венозной крови у женщин с ранней ПЭ. Исследование проводилось в ГКБ имени С.С.Юдина. Уровень ММП была определена в ЦДЛС Сеченовского университета. Критерий включения: ПЭ, диагностированная до 34 недель беременности. Контрольную группу составили женщины с физиологическим течением беременности и родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин с ранней ПЭ составил $31,2 \pm 4,8$ лет. Первородящие составили 55,5%, ПЭ в анамнезе имели 22,2% женщин. Анамнез был отягощен хронической артериальной гипертензией (44,4%), генетической тромбофилией, аутоиммунными заболеваниями (АФС) в 22,2%, сахарным диабетом (11,1%). Около 20% беременностей, которые осложнились ранней ПЭ были зачаты в результате ЭКО. Срок беременности на момент родов составил $30,6 \pm 2,6$ недель. Масса детей при рождении - $1573,7 \pm 136,4$ г. Оценка по Апгар на 5 минуте 5,6 баллов. Тяжесть состояния детей была обусловлена недоношенностью (88,6%), СЗРП (45,1%), дыхательной недостаточностью (78,5%), церебральной депрессией (65,1%), ВУИ (33,2%) тяжелой асфиксией, врожденным тахипноэ, анемией (22,1%), гипоксемическим шоком, кровоизлияниями (11%). Перинатальная смертность составила 4,5%. Материнские осложнения: HELLP-синдром (18,1%), ПОНРП (9%), ГУС, ТМА, эклампсия, отек мозга (4,5%). Среднее значение ММП-2 у женщин с тяжелой ранней ПЭ составил $50763,2 \pm 3222,2$ нг/мл, в контрольной группе $27281,3 \pm 1456,2$ нг/мл. У женщин с умеренной ранней ПЭ ММП-2 составила 37294 ± 618 нг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ММП-2, может выступать как критерий тяжести течения преэклампсии с ранним дебютом, так как выявлено его достоверное повышение при ранней ПЭ по сравнению с контрольной группой. В то же время, ММП-2 не показала достоверных различий при умеренной ранней ПЭ по сравнению с тяжелой ранней ПЭ.

РОЛЬ ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Фетисова Е.С., Андреева М.В., Пожидаева Ю.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача участковых врачей акушеров-гинекологов женских консультаций как первичного звена здравоохранения для оказания амбулаторной специализированной медицинской помощи.

ЦЕЛЬ

Проанализировать роль врача акушера-гинеколога женской консультации в сохранении репродуктивного здоровья женского населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поведено обследование 370 городских жительниц юга России фертильного возраста. Базой для исследования были женские консультации малых городов юга России.

Опрошено 87 городских участковых врачей акушеров-гинекологов по специально разработанной анкете для оценки их позиции в вопросе сохранения репродуктивного здоровья женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное исследование показало, что врачи акушеры-гинекологи, в целом, удовлетворены своей работой, хотя более половины из них были удовлетворены частично. Это объясняется объективными причинами. Основными трудностями для себя в деле сохранения репродуктивного здоровья пациенток 68,5% врачей считали нерегулярное посещение женщинами участкового врача акушера-гинеколога. Этот фактор, как мешающий работе, отметило значительно меньшее количество врачей (31,5%). Всего 29% врачей отметили отсутствие профилактических осмотров как возможную причину роста гинекологической патологии.

Из опрошенных женщин 24,5% считали себя часто болеющими, 47% - редко болеющими, 28,5% - абсолютно здоровыми. При этом объективное обследование опрошенных выявило у более половины из них наличие сочетанной общесоматической патологии, которая в основном зафиксирована в группе молодых женщин. Они составили группу

риска по развитию патологии во время беременности. Следовательно, в данном случае необходима совместная работа врача акушера-гинеколога, терапевта и врачей других специальностей.

Таким образом, установлено, что полноценную работу по сохранению репродуктивного здоровья женщин участковый врач акушер-гинеколог провести не сможет, так как 55% пациенток посещали врача нерегулярно, 41% – только в случае болезни. Надо отметить, что 25% врачей респондентов оценили общесоматическое здоровье обследованных женщин как неудовлетворительное и только 0,5% - как отличное. 63% опрошенных врачей акушеров-гинекологов отметили увеличение количества больных женщин репродуктивного возраста, 24% считали, что изменений не произошло, 12% врачей отметили небольшое уменьшение числа больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, главным в предупреждении заболеваемости среди женщин фертильного возраста является усиление мер контроля за их явкой на обязательные профилактические осмотры. Необходимо так организовать деятельность женских консультаций, чтобы она была направлена на помощь женскому населению. Главной мерой повышения качества работы участковых врачей акушеров-гинекологов последние считают улучшение материально-технического обеспечения женских консультаций, повышение профессиональной подготовки в ведущих лечебных учреждениях страны, регулярную публикацию в региональных научно-практических медицинских журналах рекомендаций ведущих специалистов по сохранению женского репродуктивного здоровья.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Храмова И.А., Слюсарева Е.Е., Курлеева Т.Ю., Ершова С.И.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак шейки матки самая распространенная опухоль, сочетающейся с беременностью (0,02% - 0,1% среди всех злокачественных опухолей). Наступившая беременность служит поводом для обращения к врачу и обследования женщин, которые не наблюдались у гинеколога. Кроме того, во время беременности зона трансформации открывается полностью, что способствует визуализации ранее скрытых повреждений и увеличивает чувствительность кольпоскопического и цитологического методов исследования. Поэтому выявление предрака и микрокарциномы шейки матки при беременности – закономерно частое явление. При выборе метода лечения важны морфологическая структура опухоли, стадия заболевания, срок беременности, а также желание пациентки сохранить или прервать беременность.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту встречаемости рака шейки матки у беременных женщин Приморского края за 2015 – 2017 годы, исходы беременности, оценить прогноз.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ медицинских карт женщин поликлинического отделения Приморского краевого онкологического диспансера за 2015 – 2017 годы, направленных врачами женских консультаций с диагнозом: тяжелая дисплазия и рак шейки матки. Проведен анализ частоты встречаемости рака репродуктивной системы у небеременных и беременных женщин за этот период (по данным отчетов).

Обследование включало: пересмотр готовых цитологических препаратов и повторное цитологическое исследование мазков (согласно классификации Bethesda, 2001), расширенную кольпоскопию (кольпоскоп «Сканер», Украина), ПЦР с типированием вируса и тест гибридного захвата 13 типов ВПЧ ВКР (Hybrid Capture (HC2), High-Risk HPV DNA Test, Qiagen, Inc. Gathersburg) с определением вирусной нагрузки. Беременные наблюдались и обследовались каждые 3 месяца и через 6-8 недель после окончания беременности. Для гистологической верификации степени цервикальной неоплазии выполнена биопсия или петлевая эксцизия шейки

матки. С каждой беременной проведена беседа об особенностях течения опухолевого процесса, рисках прогрессирования и прогнозе, после чего больные принимали решение о судьбе беременности, и все – в пользу доношивания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Злокачественные заболевания органов репродуктивной системы у женщин 20 – 44 лет за 2015-2017 годы выявлены в 399 случаях. Из них рак шейки матки у 247 женщин (61,9%), среди них 9 беременных женщин (3,6%). Диагноз рака шейки матки выставлен 1 женщине в сроке беременности 15-16 недель, 1 – 21-22, 7 женщинам – после 30 недель беременности.

У 7 женщин беременность закончилась родами: в 2 случаях - срочными в 5 - преждевременными в сроке 34-35 недель. Всем проведена операция кесарева сечения. Дети живы, без пороков развития. У женщины с беременностью 26 недель после кесарева сечения произведена экстирпация матки с придатками, 2-м женщинам с беременностью 15-16 и 20-21 недель произведено прерывание беременности с последующей экстирпацией матки по Вертгейму. Всем 3-м женщинам проведена лучевая терапия. У 6-ти женщин после родов наступила стабилизация процесса, 3 женщины после лучевой терапии наблюдаются в онкодиспансере.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Чрезвычайно актуальным является активное выявление новообразований до наступления беременности. В решении этой сложной медицинской и этической проблемы - сочетания рака шейки матки и беременности – должны помочь качественно проведенные профилактические осмотры женщин до наступления беременности и активная тактика ведения всех женщин с патологией шейки матки.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Центр диагностики и лечения эпилепсии «Планета Мед», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема ведения больных с эпилепсией, особенно при ее сочетании с беременностью чрезвычайно сложна. В случае наступления беременности половина пациентов выходит из ремиссии и примерно каждой третьей из них беременность прерывают по медицинским показаниям, в первую очередь, в связи с угрозой жизни матери.

ЦЕЛЬ

Выявление возможности сохранения беременности у пациентки с идиопатической генерализованной эпилепсией после рецидива судорожных приступов на фоне беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка Л., 26 лет с диагнозом - идиопатическая генерализованная эпилепсия. Из анамнеза: Менархе в 13 лет, цикл регулярный, половая жизнь с 18 лет, контрацепция презервативом в течение 7 лет по медицинским показаниям. С 12 лет страдает генерализованными судорожными приступами не реже 1 раза в месяц, которые периодически носят серийный характер до 3 раз в день с внезапным отключением сознания. Психически сохранна. Схемы лечения неврологом менялись многократно. Обратилась в Центр в январе 2016 года к неврологу, по поводу возможности планирования беременности. Рекомендовано продолжить контрацепцию. Противосудорожная терапия была скорректирована. Назначен ламотриджин 200мг/сут и клоназепам 3мг/сут. В течение 6 месяцев, с июля по декабрь 2016 года приступов не было. В связи с чем, в соответствии с существующими рекомендациями, при повторной консультации невролога разрешено отменить контрацепцию.

В январе 2017 года, вскоре после отмены контрацепции, наступила желанная беременность. Акушеры-гинекологи по месту жительства рекомендовали прервать беременность, ввиду опасения выхода из ремиссии, от чего пациентка категорически отказалась.

Рецидив генерализованных судорожных приступов у пациентки Л. произошел на 5-й неделе беременности, и продолжился с частотой 1 раз в неделю. На консилиуме, с участием акушера-гинеколога, невролога и генетика рассматривались две

стратегии ведения беременной: повышение дозы антиконвульсантов (с возможным применением нового противосудорожного средства) или проведение гормональной терапии производными прогестерона, в частности, дидрогестероном.

Решение консилиума: назначить пациентке дидрогестерон в дозе 40 мг/сут для возможного достижения ремиссии и сохранения беременности. Уровень прогестерона повысился на фоне приема дидрогестерона с 77,8 нмоль/л до 521,1 нмоль/л. С начала терапии в процессе беременности приступы не повторялись.

РЕЗУЛЬТАТЫ

13 сентября госпитализирована в сроке 37-38 недель для родоразрешения. Дидрогестерон отменен. На следующий день развился генерализованный судорожный приступ, что явилось показанием для родоразрешения путем операции «кесарево сечение». Извлечен мальчик, весом 3050г, рост 51 см, оценка по Апгар 8-9 баллов. Послеоперационный период протекал без осложнений, получала противосудорожную терапию и седативную терапию. Выписана на 7 сутки с ребенком в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, данное наблюдение позволяет сделать вывод о том, что назначение производных прогестерона может играть положительную роль в клиническом течении эпилепсии у беременных, снижая вероятность развития приступов, ввиду воздействия на рецепторы нейротрансмиттеров, в частности, таких как ГАМК и оказывая релаксирующее действие на миометрий. Сочетание специфических неврологических средств и производных прогестерона не только патогенетически обосновано, но и эффективно.

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ADRB2 ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТОКОЛИТИЧЕСКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕТА2-АДРЕНОСТИМУЛЯТОРАМИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Чилова Р.А., Проклова Г.Ф., Сокова Е.А.

Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Науке известно, что существуют межличностные генетические различия, которые определяют интранатальный фенотип, однако ассоциации генетических особенностей со скоростью родовой деятельности к настоящему моменту продемонстрированы для единичных генов. В первую очередь это касается гена, кодирующего β 2-адренорецепторы, стимуляция которых в матке и шейке матки эндогенными и экзогенными агонистами вызывает расслабление гладкой мускулатуры. Согласно результатам исследований, генетические варианты нуклеотидов гена ADRB2, кодирующих аминокислоты в позициях 16 и 27, ассоциируются с различным риском спонтанных преждевременных родов и, возможно, с восприимчивостью организма к терапии β -агонистами. Однако вопрос о наличии и степени ассоциации полиморфного маркера Arg16Gly гена ADRB2 с вероятностью преждевременных родов в настоящее время нельзя считать решенным и требует дальнейших исследований на больших выборках, с учетом уже известных предикторов прерывания беременности.

ЦЕЛЬ

Оценить значение изучения полиморфизма гена ADRB2 для прогнозирования эффективности и безопасности токолитической фармакотерапии бета2-адреностимуляторами у беременных с преждевременными родами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Перспективное клиническое исследование беременных и новорожденных (132 человека) и фармакогенетическое исследование, при котором биологический материал (плазма крови) брался у беременных женщин с преждевременными родами (132 человека). В процессе исследования собирался семейный анамнез пациенток, проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Полученные результаты обрабатывались с помощью статистического пакета программ «Statistica 8.0»

Новорожденные недоношенные дети оценивались по шкале Апгар. Оценивалась роль каждого полиморфизма в качестве фактора, влияющего на течение преждевременных родов и состояния новорожденного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами проведено исследование двух полиморфных вариантов rs1042713 (с.46A>G, p.Arg16Gly) и rs1042714 (с.79C>G, p.Gln27Glu) гена ADRB2 у беременных женщин (23-27 недель и более 28 недель) при угрожающих и преждевременных родах. Было изучено распределение аллелей и генотипов среди 65 пациенток, которые получали токолитическую терапию, при этом сроки проведения токолиза соответствовали 22-27 недель (24 беременных) и у 41 женщины более 28 недель. Минимальная аллельная частота колебалась от 31,7% до 68,3%. При этом аллельный вариант Arg16Gly G/G составил 45,8% в сроки проведения токолиза 22-27 недель, при сроках более 28 недель составил 48,8%. При аллельных вариантах A/A G/A при сроке проведения токолиза 22-27 недель составил 54,2%, а при сроке более 28 недель 61,2%.

Аллельный гомозиготный вариант Gln27Gln C/C при сроках проведения токолиза 22-27 недель составил 33,3%, а при сроках более 28 недель 31,7%. В то же время аллельные гетерозиготные варианты Gln27Gln C/G G/G составили при сроках проведения токолиза 22-27 недель 66,7%, а при сроках более 28 недель 68,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациентки-носители аллель Arg16 показали относительно долгий статистически достоверный срок продления беременности по сравнению с женщинами-носителями другого генотипа. Большая часть пациенток, которым продлили срок беременности после токолиза более чем 7 дней, оказались носителями аллели Arg16 в сравнении с носителями гомозигот аллель Gly16. По-видимому данный результат связан не только с защитным воздействием аллели Arg16, но также понижающим регулирующим влиянием аллели Gly16.

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОГО И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА НЕКОТОРЫЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Чурсина О.А., Константинова О.Д., Веккер И.Р., Студенов Г.В., Логинов П.В., Логинова Е.А., Сенникова Ж.В.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница №2», Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

По оценкам ВОЗ, около 200 миллионов из 1 миллиарда курильщиков в мире являются представительницами прекрасного пола. Отмечается рост числа курящих среди беременных женщин. Доказано негативное влияние табакокурения при беременности на акушерские и перинатальные исходы. В современных источниках существуют данные, что не остается бесследным и вдыхание беременной вторичного табачного дыма.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние активного и пассивного курения при беременности на некоторые антропометрические показатели новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе областного перинатального центра обследованы 103 роженицы, а затем и их новорожденные. В исследование вошли женщины без выраженных осложнений течения настоящей беременности и тяжелых экстрагенитальных заболеваний, без врожденной и наследственной патологии со стороны плода. С ними проведено анкетирование по вопросам курения и экспресс-тестирование на выявление котинина в моче.

Новорожденные в свою очередь разделены на три группы: 1-я- 37 от матерей, куривших всю бере-

менность, 2-я- 34 от подверженных при беременности пассивному курению; 3-ю группу составили 32 новорожденных, матери которых не имели отношения к курению. Антропометрическое исследование включило измерение веса и роста, окружностей головы и груди новорожденного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Масса новорожденных в 1-й группе составила 3049 ± 94 г, во 2-й- 3245 ± 94 г, в 3-й группе- 3499 ± 56 г ($p < 0,05$). Рост новорожденных соответствовал $50,8 \pm 0,4$ см в 1-й, $51,2 \pm 0,5$ см во 2-й и $51,4 \pm 0,8$ см в 3-й группах ($p < 0,05$).

Окружность головы в первых двух группах существенно не отличается ($33,5 \pm 0,3$ в 1-й и $33,8 \pm 0,4$ во 2-й); в контрольной группе данный показатель составил $35,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Окружность груди у новорожденных 1-й группы равна $32,05 \pm 0,4$ см, 2-й- $32,7 \pm 0,4$, 3-й- $33,7 \pm 0,6$ ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выяснено, что вследствие активного и пассивного курения при беременности у новорожденных отмечается достоверное снижение массы тела, уменьшение окружностей головы и груди при нормальном росте.

ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ЯТРОГЕННЫХ РАЗРЫВОВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шнейдерман М.Г., Фатхудинов Т.Х., Костюков К.В., Арутюнян И.В. Тетруашвили Н.К., Шмаков Р. Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Фетальная хирургия является единственно эффективным способом коррекции фето-фетального трансфузионного синдрома, диафрагмальной грыжи, крестцово-копчиковой тератомы и др.

патологий. Поскольку хирургическое лечение этих заболеваний связано с применением троакара для пункции полости матки и амниотического пузыря плода, то частые осложнения этой процедуры

закljučаются в преждевременном излитии амниотической жидкости и прерыванием беременности.

ЦЕЛЬ

Проводимое исследование направлено на разработку нового метода герметизации ятрогенных разрывов околоплодных оболочек при фетоскопических вмешательствах. Методика герметизации позволяет уменьшить частоту ятрогенных осложнений и расширить показания к фетальным хирургическим операциям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НИИЦ АГП им. В.И. Кулакова разработана методика герметизации плодных оболочек при фетоскопии и тестируются основные компоненты для герметизации: тканевый герметик из компонентов крови матери – плазма обогатченная тромбоцитами, которую возможно вводить инъекционно в область дефекта плодного пузыря в виде геля. PRP+активатор вводятся последовательно в течении 30 секунд через специально сконструированный для этой процедуры амниотический катетер с последующей активацией дегрануляции тромбоцитов и полимеризации фибрина непосредственно в области дефекта, что обеспечивает эффективную герметизацию отверстия с внутренней и наружной поверхности плодных оболочек. Специально разработанный амниотический катетер проводится через троакар в полость амниотического пузыря плода и удерживается в последнем путем раздувания баллончика полулунной формы на проксимальном конце устройства, позволяя тем самым тесно прилегать к плодным оболочкам и стенке матки, препятствуя отслойке плодных оболочек и вытеканию в полость матки вводимому

го через катетер биологического герметика. В 80% проведенных экспериментов герметик надежно закрывал место ятрогенного разрыва плодной оболочки. При этом при удалении троакара не происходит преждевременного разрыва оболочек и истечения амниотической жидкости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разрабатываемая методика многократно апробирована в эксперименте на эксплантате амниотической оболочки *in vitro* и на крысах. Был проведен эксперимент по моделированию фетоскопической операции с повреждением плодных оболочек на овце с многоплодной беременностью. Одно из воспроизведенных троакарных отверстий было загерметизировано с помощью разработанной методики. Через трое суток животное было выведено из эксперимента и проведено гистологическое исследование плодных оболочек. В области герметизированного дефекта и на уровнях миометрия, эндометрия, хориальной пластинки и амниотической оболочки было выявлено закрытие дефекта фибрином с умеренной инфильтрацией воспалительными клетками и фибробластами. В контрольном дефекте восстановление плодных оболочек не наблюдали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, разрабатываемая методика герметизации плодных оболочек с алгоритмом введения компонентов герметика (активаторов дегрануляции тромбоцитов) для регуляции перехода его из жидкого состояния в твердое и методика использования новой модели амниотического катетера дают надежду на возможность применения этого метода в клинической практике.

Гинекология

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ – ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

Аминодова И.П., Васильева Т.П.

АНО Медицинский центр «Белая Роза», Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патология шейки матки составляет значительную долю гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Воспаление шейки матки в большинстве случаев сочетается с развитием вульвитов и вагинитов, в структуре которых лидируют вирусные поражения и полимикробные ассоциации, у которых доказан канцерогенный потенциал.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность диагностики заболеваний шейки матки при включении в схему лечения препарата интерферон альфа-2b в сочетании с флуконазолом, метронидазолом и борной кислотой - «Вагиферон®», суппозитории.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы и пролечены 86 женщин, в т. ч. с цервицитом 50, с аномальными цитogramмами – 36 (в том числе 19 ASCUS, 17 LSIL). У всех пациенток патология шейки матки сочеталась с вагинитом или вагинозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным ПЦР у 36 женщин определена вирусная инфекция (41,9%), в т.ч. ВПЧ у 16 (18,6%), ВПГ1 и 2 типов – 7 (86,1%), сочетание ВПЧ и ВПГ – у 13 (15,1%). Дисбиоз влагалища выявлен у 56 (65,1%). «Ключевые» клетки отмечены у 30 (34,9%) пациенток, в т.ч. при ASCUS у 11 из 19 (57,9%), при LSIL у 13 из 17 (76,5%), при цервиците у 7 из 50 (1,4%). pH влагалища более 4,5 отмечен у 53 (61,6% обследованных), в т.ч. при ASCUS

у 13 из 19 (68,2%), при LSIL у 13 из 17 (76,5%), при цервиците - у 27 из 50 (54,0%). Аномальная кольпоскопия (КС) типа LSIL отмечена у 18 женщин с цервицитом (36,0% группы), у 61,4 % пациенток с ASCUS (14 из 19), у 70,6% при LSIL (12 из 17). Кольпоскопия HSIL отмечена у 1 женщины с цервицитом, у 2- сASCUS, у 3-х с LSIL. У 2 женщин с ASCUS и у 2-х cLSIL – изменений при КС не выявлено.

После терапии через 14 дней биотоп нормализовался у 73 (84,9%); «ключевые» клетки исчезли у 70 (82,5%) женщин. Нормализация показателей pH отмечена у 79 (91,9%) группы.

Нормальная КС после лечения отмечена у 44 женщин с цервицитом (88,0%), признаки воспаления сохранились - у 10,0%, LSIL – у 2,0% женщин. При ASCUS нормализация КС отмечена у 84,2%, при LSIL – у 88,2%. По данным цитологии воспалительная цитogramма сохранилась у 46 женщин с цервицитом (эффективность терапии 92,0%). Атипических клеток не обнаружено у 18 из 19 женщин с ASCUS и у 12 из 17 с LSIL.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты продемонстрировали улучшение качества диагностики заболеваний шейки матки, быстрое восстановление микробиота влагалища, сочетанное лечебное воздействие на патологию шейки матки и влагалища.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ

Андреева М.В., Хасиева И.И., Квеселава С.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Здоровье современной жительницы крупного промышленного города зависит от многих факторов, в том числе социальных. Основными из них являются: отношение к своему здоровью как к ценности, репродуктивные установки и поведение, а также социально-экономические характеристики. В последние годы городские женщины не обращают должного внимания на негативное влияние этих факторов на репродуктивное здоровье и как следствие - самопроизвольное прерывание около 20 % всех беременностей. В результате этого растет доля перинатальной, младенческой смертности. Значимый процент прерывания беременности во II триместре отдаётся истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) – до 43%.

ЦЕЛЬ

Выявить предикторы развития истмико-цервикальной недостаточности у жительниц крупного промышленного города – г. Волгограда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 51 беременной жительницы г. Волгограда, которые находились на лечении в гинекологическом стационаре по поводу ИЦН во II триместре беременности. Всем женщинам проводилось обследование согласно приказу МЗ РФ № 572 н. Для изучения социальных, медицинских характеристик пациенток были проанализированы некоторые социальные показатели, данные соматического, акушерско-гинекологического анамнезов и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст женщин с ИЦН колебался от 24 до 42 лет, средний возраст составил $31,2 \pm 4,1$ года. Среди обследованных высшее образование имели 51% женщин, остальные – незаконченное высшее и среднее. Среди них были продавцы - консультанты (51%), педагоги муниципальных образовательных учреждений (19,6%), домохозяйки (17,6%), врачи (9,8%), военнослужащие (2%).

Большинство из них (62,7 %), начали раннюю половую жизнь (до 18 лет) вне брака. В браке состояло 78,4% женщин, 21,6% были незамужние.

Экстрагенитальные заболевания выявлены у 95% женщин с ИЦН. Среди них преобладали болезни органов дыхания (тонзиллит, бронхит - 47,1%), вен (25,5 %), мочеполовой системы (цистит, пиелонефрит - 9,8%).

Оперативные вмешательства до настоящей беременности перенесли 35,3% пациенток. Основными из них были кесарево сечение и аппендэктомия.

При оценке менструальной функции у всех пациенток выявлены болезненные месячные, у 25,5 % из них - обильные.

При анализе частоты и структуры гинекологических заболеваний выявлено, что ведущее место занимали хронический сальпингит и оофорит (51%), вульвовагинальный кандидоз (37,3%), воспалительные болезни шейки матки (37,3%).

Оценка показателей генеративной функции свидетельствовала о высоком паритете (более 3 беременностей) у 51% женщин с ИЦН за счет значительного количества искусственных абортов у них по желанию. Обращает внимание высокая частота самопроизвольных выкидышей в анамнезе среди обследованных, по поводу которых производились внутриматочные вмешательства (72,5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У всех городских жительниц с ИЦН выявлены предикторы развития данной патологии. Это раннее начало половой жизни вне брака, крайне отягощенный акушерский анамнез, высокая частота экстрагенитальной и генитальной патологии, в основном, инфекционно-воспалительного генеза, что способствовало развитию ИЦН во время беременности. В связи с этим крайне необходима разработка системы мер профилактики ИЦН у жительниц крупного промышленного города.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНОЙ И ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Апресян С.В., Митичкин А.Е., Папоян С.А., Димитрова В.И., Громов Д.Г., Ишевский А.Г., Слюсарева О.А.,
Апресян В.С.

ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема внематочной беременности не теряет своей актуальности до настоящего времени в связи с увеличением частоты встречаемости данной патологии и негативными последствиями для репродуктивного здоровья женщины. Особый интерес в клинической практике представляют редкие формы эктопической беременности, при которых диагностика значительно затруднена, а, следовательно, возникают сложности со своевременным хирургическим лечением. Шеечная беременность – редкая форма эктопической беременности, при которой прикрепление и развитие плодного яйца происходят в канале шейки матки. Различают истинную шеечную беременность, когда плодное яйцо располагается в канале шейки матки, и шеечно-перешеечную беременность, характеризующуюся прикреплением плодного яйца в канале шейки матки и в области перешейка.

ЦЕЛЬ

Разработать алгоритм ведения пациенток с шеечно-перешеечной и шеечной беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В гинекологическом отделении ГКБ им.Ф.И. Иноземцева с 2015 по 2017 год пролечено 5 пациенток с шеечно-перешеечной беременностью и 2 пациентки с шеечной беременностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При шеечно-перешеечной беременности проводилось системное введение метотрексата согласно схеме, эмболизация маточных артерий с последующей эвакуацией плодного яйца.

При истинной шеечной беременности проводилось комбинированное лечение, включающее системное введение метотрексата, с сочетанным применением эмболизации маточных артерий и временной баллонной окклюзией внутренних подвздошных артерий и последующей эвакуацией плодного яйца из шейки матки, и дополнительной коагуляцией ложа факелом аргоновой плазмы, что позволило снизить риск кровотечения и сохранить репродуктивную функцию у молодой женщины.

В России ЭМА при лечении шеечной беременности стала использоваться в течение последних 10 лет и то, в единичных стационарах. Использование ЭМА изолированно и в сочетании с временной баллонной окклюзией внутренних подвздошных артерий и введением метотрексата позволяет расширить возможности лечения шеечно-перешеечной и шеечной беременности и сохранить пациенткам репродуктивную функцию. Правильно подобранный алгоритм ведения под конкретную пациентку и определенную форму эктопической беременности позволяет адекватно провести лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Однонаправленная работа отделений многопрофильной больницы позволила оказать высокотехнологическую помощь пациенткам с такими тяжелыми и сложными в лечении редкими формами эктопической беременности.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРИОДА ПОСТМЕНОПАУЗЫ С ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ, ПЕРЕНЕСШИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ

Бреусенко В.Г., Голухов Г.Н., Голова Ю.А., Ковалева О.С., Плахова Т.А.

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективность абляции эндометрия (АЭ) в постменопаузе при пролиферативных процессах эндометрия (ППЭ) составляет от 84,7% до 100%. В постменопаузе чаще, чем в других возрастных периодах, возникают опухоли яичников (ОЯ). Актуальным является изучение морфофункционального состояния яичников после АЭ.

ЦЕЛЬ

На основании изучения морфофункционального состояния яичников у больных периода постменопаузы с ППЭ, определить место современных методов внутриматочной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 63 пациентки, им выполнены различные виды АЭ: баллонная абляция была произведена 13 (20,6%) больным; тотальная электрохирургическая резекция - 20 (31,7%); субтотальная электрохирургическая резекция - 19 (30,1%); лазерная абляция (процедура ELITT) 11 (17,5%) пациенткам. Группу сравнения составили 30 пациенток, которым по поводу ППЭ было выполнено механическое удаление патологического очага под контролем гистероскопии. Полипы эндометрия (ПЭ) были у 49 наблюдаемых (77,7%), гиперплазия эндометрия (ГЭ) – у 3 (3,8%), сочетание ПЭ и ГЭ – у 2 (3,2%), кистозная атрофия эндометрия выявлена у 9 (14,3%) пациенток. ОЯ не было выявлено ни у одной из обследованных. Всем больным проводили: УЗИ органов малого таза, определение концентраций ФСГ и эстрадиола до и через 1 год после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В постменопаузе продолжительностью более 10 лет у больных с ППЭ выявлены достоверно более высокие значения эстрадиола ($21,8 \pm 4,3$ пг/мл) при сравнении со здоровыми женщинами этого же возраста ($8,8 \pm 3,4$ пг/мл) ($p < 0,05$). Эффективность лазерной абляции составила 91%, термической баллонной абляции 69%, тотальной электрохирургической резек-

ции эндометрия 80%, субтотальной резекции эндометрия 84%. В группе сравнения эффективность составила 77%. Отсутствие эффекта от лечения связано с рецидивом ППЭ. У 3 из 8 больных с рецидивами ППЭ после АЭ были выявлены ОЯ. В группе сравнения рецидивы ППЭ возникли у 7 из 30 наблюдаемых, у 1 из них на фоне ОЯ. Больным с ОЯ и рецидивами ППЭ была выполнена гистерэктомия с придатками. При анализе значимости отличий выявлено, что появление ОЯ не влияет на возникновение рецидивов ППЭ. При изучении объема овариальной ткани в ходе наблюдения до 5 лет достоверное уменьшение объема было выявлено у больных, которым АЭ была выполнена при длительности постменопаузы от 5 до 10 лет. Статистически значимое снижение концентрации эстрадиола выявлено у больных в двух группах при увеличении продолжительности постменопаузы, повышение концентрации ФСГ у больных группы сравнения с увеличением продолжительности постменопаузы. Истинные ОЯ в ходе 5-ти летнего наблюдения возникли у 8 пациенток основной группы, у 4 больных группы сравнения. 11 больных были прооперированы в объеме гистерэктомии с придатками, одна пациентка, учитывая сопутствующую патологию, небольшие размеры ОЯ (текома по УЗИ), нормальные показатели онкомаркеров, продолжает находиться под наблюдением. При гистологическом исследовании преобладали текомы у 6 (50%), у 5 серьезные цистаденомы, у 1 пациентки с рецидивом ППЭ-стромальная гиперплазия. При анализе значимости отличий выявлено, что метод хирургического лечения не влияет на появление ОЯ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая отсутствие достоверных рисков возникновения ОЯ у пациенток после АЭ при сравнении с гистероскопией с механическим удалением патологического очага, данные методы лечения ППЭ в постменопаузе рекомендованы к применению. В случае возникновения рецидива ППЭ и ОЯ после всех методов лечения целесообразно выполнять гистерэктомию с придатками.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Волков В.Г., Захарова Т.В., Макарова Е.С.

ГУЗ «Родильный дом № 1 города г. Тулы имени В. С. Гумилевской», Тула

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на значительные успехи современных технологий в клинической микробиологии и фармакологии антибактериальных препаратов, доля вагинальных инфекций неспецифической этиологии продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости и остаётся самой частой причиной обращаемости пациенток в женские консультации.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности комбинированного лекарственного препарата для местного применения «Эльжина®», с антибактериальным, противогрибковым и противовоспалительным действием, в лечении вагинитов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 35 небеременных женщин в возрасте от 18 до 40 лет ($32 \pm 1,2$ лет), имевших клинические и лабораторные признаки острого вагинита.

Критериями исключения были беременность и грудное вскармливание, повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость компонентов препарата, сопутствующие инфекции, передаваемые половым путем.

Алгоритм обследования включал общеклинические методы, гинекологический осмотр, расширенную кольпоскопию, вульвоскопию, pH-метрию влагалищной среды, исследование микрофлоры влагалищного содержимого микроскопическим методом (окраска по Граму). Для видовой идентификации и количественного анализа микорфлоры влагалища использовалась тест-система «Фемофлор 16» (ООО «НПО ДНК-Технологии»), основанная на методе ПЦР real-time (ПЦР в режиме реального времени).

Препарат «Эльжина®» назначался интравагинально по 1 таблетке 1 раз в день на ночь в течение 9 дней.

Протоколом исследования были определены сроки клинико-лабораторного обследования женщин через месяц после окончания терапии. Критериями эффективности терапии было отсутствие жалоб, разрешение клинических симптомов, отсутствие лабораторных признаков вагинита, увеличение количества лактобактерий и снижение количества условно – патогенной микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациентки при первичном обращении предъявляли жалобы на патологические выделения, кроме того 29 (82,9%) женщин отмечали зуд, жжение, боль в области гениталий различной степени выраженности, 8 (22,9%) – дискомфорт при мочеиспускании, 5 (14,3%) – неприятные болезненные ощущения при половом акте, 4 (11,4%) – жаловались на ощущения инородного тела во влагалище.

По результатам комплексного обследования у всех 35 женщин были выявлены признаки воспаления и выраженный дисбаланс влагалищной микрофлоры: у 12 (34,3%) – аэробный, у 10 (28,6%) – бактериально-кандидозный, у 8 (22,9%) – аэробно-анаэробный (смешанный). Клинико-лабораторная эффективность лечения составила 91,4%. У 3 (8,6%) пациенток отмечено клиническое улучшение, при наличии остающихся лабораторных признаков аэробного вагинита, что потребовало их дальнейшего обследования и лечения. Ни у одной пациентки не зафиксированы побочные эффекты или отказ от применения препарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сочетание высокой эффективности и безопасности препарата «Эльжина®» позволяет рекомендовать его к широкому применению при терапии бактериального вагинита (аэробного и аэробно-анаэробного) и вагинита, вызванного бактериально-грибковой инфекцией.

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОК С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕЙ

Гусев Д.В., Чернуха Г.Е., Табеева Г.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что рецепторы к половым стероидам определяются на костных клетках. Это позволяет рассматривать костную ткань как органмишень для половых гормонов. Наиболее часто рассматривается роль гипоэстрогении в снижении минеральной плотности кости у женщин в постменопаузе. Однако работы, изучающие роль дефицита эстрогенов у пациенток молодого возраста с аменореей малочисленны и выполнены на малых выборках, при этом одним из типичных состояний гипоэстрогении у женщин молодого возраста может выступать функциональная гипоталамическая аменорея. Таким образом, весьма актуальным представляется уточнение состояния МПК у женщин с ФГА в сопоставлении с гормональным статусом и клинико-анамнестическими данными.

ЦЕЛЬ

Оценить состояние костной ткани у пациенток с ФГА с учетом клинико-лабораторных данных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено ретроспективное когортное исследование 133 пациенток с ФГА в период с 2015 по 2018 годы. Средний возраст составил $25,75 \pm 4,16$ лет, ИМТ – $20,05 \pm 1,9$ кг/м². Пациенткам проводилась оценка состояния костной ткани методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) снижение Z-критерия менее -2,0 оценивалось как «низкая МПК». Проводилось гормональное обследование для оценки влияния эндокринно-метаболического статуса на состояние МПК.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее значение МПК по Z-критерию у пациенток с ФГА составило в поясничном отделе $-0,86 \pm 0,92$, в шейке бедра – $-0,57 \pm 0,96$. Низкая МПК в поясничном отделе позвоночника была обнаружена у 15,03% (n=20) у пациенток, в шейке бедра – у 10,52% (n=14) пациенток. Пациентки с низкой МПК в сравнении с больными с нормальной МПК отличались меньшей массой тела ($50,38 \pm 7,52$ кг и $55,53 \pm 6,87$ кг) и ИМТ ($18,79 \pm 1,74$ кг/м² и $20,23 \pm 2,38$ кг/м²), а также

более выраженной потерей массы тела в анамнезе ($19,94 \pm 8,84\%$ и $15,18 \pm 7,66\%$). Частота низкой МПК при наличии снижения массы тела в анамнезе увеличилась в 4 раза. Дополнительное изучение данных анамнеза позволило установить, что среди пациенток с низкой МПК снижение массы тела в 85% случаев было ассоциировано с ограничительным характером питания в следствие расстройств пищевого поведения. Не было достоверных отличий в гормональном профиле между пациентками исследуемых групп, в том числе в уровнях эстрадиола, концентрация которого в группе пациенток с нормальной МПК составила $70,53 \pm 49,75$ пмоль/л, в группе больных с низкой МПК – $100,77 \pm 81,36$ пмоль/л (p=0,09). Длительность аменореи в группе пациенток с нормальной МПК составила $3,35 \pm 3,8$ лет, в группе с низкой МПК – $3,42 \pm 4,36$ (p=0,564). Не было выявлено корреляционной зависимости между длительностью аменореи и состоянием МПК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволяют предположить, что у пациенток с ФГА низкая МПК может быть обусловлена в большей степени расстройствами пищевого поведения, чем длительностью аменореи и выраженностью гипоэстрогении. Это указывает на необходимость включения психиатрического консультирования в перечень обследования пациенток с ФГА для более углубленного изучения поведенческих особенностей и выявления больных с расстройствами пищевого поведения. Проведение последующей психиатрической коррекции имеющихся нарушений способствует не только нормализации пищевого поведения, но и устранению ограничительного характера питания с повышением вероятности восстановления ритма менструации и профилактики развития низкой МПК.

СПКЯ-ПОДОБНЫЙ ФЕНОТИП У ПАЦИЕНТОК С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕЙ

Гусев Д.В., Чернуха Г.Е., Танеева Г.И., Прилуцкая В.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Функциональная гипоталамическая аменорея (ФГА) – обратимое патологическое состояние, возникающее на фоне стресса или энергетического дефицита, характеризующееся нарушением секреции гонадотропных гормонов, сниженной секрецией эстрогенов и отсутствием самостоятельных менструаций. В исследованиях было показано, что у некоторых пациенток с ФГА отмечаются признаки синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), такие как увеличение объема яичников и их мультифолликулярная структура. Эти особенности свидетельствуют о возможной общности патогенетических механизмов при ФГА и СПКЯ, что с практической точки зрения создает сложности в диагностике и ведении данной категории больных.

ЦЕЛЬ

Определить возможное сочетание СПКЯ и ФГА, а также выделить критерии СПКЯ-подобного фенотипа у пациенток с ФГА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено ретроспективное когортное исследование 133 пациенток с ФГА в период с 2015 по 2018 годы. Средний возраст составил $25,75 \pm 4,16$ лет, ИМТ – $20,05 \pm 1,9$ кг/м². Пациенткам проводилось гормональное обследование, включая оценку уровней антимюллерова гормона (АМГ), андрогенов и ультразвуковое исследование органов малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациенток с ФГА нормогонадотропная форма аменореи была выявлена у 35 (26,3%) больных. Снижение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) при нормальном уровне фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) было отмечено у 76 (57,1%) пациенток, а одновременное снижение уровней ФСГ и ЛГ – у 22 (16,5%). Значения общего тестостерона сыворотки крови, полового стероид-связывающего глобулина (ПССГ), а также индекса свободного тестостерона не превышали референсных значений. Оценка овариального резерва на основании

определения концентрации АМГ, показала широкий разброс показателей. Диапазон полученных значений составил от 0,63 до 21 нг/мл, средний уровень АМГ – $6,5 \pm 4,28$ нг/мл. Высокие значения АМГ были выявлены у 67 (50%) больных. Объемы правого яичника варьировали от 0,8 см³ до 25,6 см³, в среднем составили $7,78 \pm 4,43$ см³. Объемы левого яичника варьировали от 0,5 см³ до 24,3 см³, в среднем составили – $7,22 \pm 4,45$ см³. Увеличение размеров хотя бы одного из яичников более 10 см³ наблюдалось у 38 (28,57%) пациенток с ФГА. До дебюта ФГА олигоменорея с менархе присутствовала у 28 (21,05%) пациенток. Сочетание увеличенных размеров яичников с повышенным уровнем АМГ наблюдалось у 28 (21,1%) пациенток с ФГА, из которых олигоменорея с менархе отмечалась у 35,7% (10/28) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поскольку у всех пациенток на момент включения в исследование присутствовала аменорея и не было выявлено клинической и биохимической гиперандрогении для диагностики СПКЯ-подобного фенотипа было решено использовать сочетание увеличенных размеров яичников с повышенным уровнем АМГ, что наблюдалось у 28 (21,1%) пациенток с ФГА. Стоит отметить, что наличие олигоменореи с менархе у этих больных может указывать на наличие ФГА на фоне ранее существовавшего СПКЯ. Выявленные особенности пациенток с ФГА, выражающиеся в увеличении уровня АМГ и объема яичников, указывают на необходимость проведения дальнейших исследований по выявлению механизмов развития, клинического и прогностического значения подобных изменений.

РОЛЬ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ И ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Ищенко А.И., Хохлова И.Д., Брюнин Д.В., Максимова Т.А., Борцвадзе Ш.Н.

Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Так называемой «находкой» при гистероскопии у женщин как репродуктивного, так и пери- и постменопаузального возраста могут являться полипы эндометрия и эндоцервикса, гиперплазия эндометрия, внутриматочные синехии. Ультразвуковые методы исследования не всегда позволяют с высокой точностью диагностировать патологические процессы цервикального канала и полости матки и определить тактику дальнейшего лечения. А проведение гистероскопии почти всегда связано с госпитализацией и общей анестезией.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оптимизация диагностики и лечения различных видов внутриматочной патологии у женщин разного возраста с использованием офисной гистероскопии и лазерного излучения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования и лечения 450 пациенток в возрасте от 22 до 74 лет, которым было произведено ультразвуковое исследование органов малого таза, офисная гистероскопия, биопсия эндометрия, лазерные хирургические вмешательства.

Пациентки репродуктивного возраста предъявляли жалобы на отсутствие беременности при регулярной половой жизни или нерегулярный менструальный цикл. У большинства женщин в пери и постменопаузе жалоб не было.

Ни у одной из пациенток не было выявлено достоверных эхографических признаков внутриматочной патологии, а у 182 пациенток при УЗИ определялись сомнительные недостоверные признаки патологии эндометрия.

В связи с этим для определения дальнейшей тактики ведения всем женщинам при комплексном обследовании для исключения или подтверждения наличия внутриматочной патологии в амбулаторных условиях без анестезии была произведена офисная гистероскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 217 женщин гистероскопических признаков внутриматочной патологии выявлено не было, однако 59 пациенткам с бесплодием во время вмешательства произведена биопсия эндометрия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием, после чего им был поставлен диагноз хронического эндометрита.

Признаки внутриматочных синехий выявлены у 56 женщин, мелких полипов эндоцервикса - у 19, эндометрия - у 29, гиперплазии эндометрия - у 14. Пациентки с гиперплазией эндометрия и 8 женщин с почти полной облитерацией полости матки внутриматочными синехиями были госпитализированы для гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания или лазерной деструкции внутриматочных синехий под внутривенной анестезией, остальным были произведены лазерохирургические миниинвазивные внутриматочные вмешательства в амбулаторных условиях без дополнительной анестезии.

158 пациенткам через 3-6 месяцев после вмешательства была произведена контрольная офисная гистероскопия, у 92 из них патологии выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, миниинвазивные внутриматочные вмешательства могут служить дополнительным скрининговым и лечебным стационарзамещающим методом у пациенток различных возрастных групп, особенно при отсутствии у них явных эхографических признаков внутриматочной патологии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНОЗОМ

Зиганшин А.М., Масленников А.В., Кулавский Е.В., Латыпов Ф.Ф.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется не менее 174 млн больных урогенитальным трихомониазом (УТ). В РФ численность ежегодно фиксируемых больных инфекциями передаваемыми половым путем (ИППП) составляет >2 млн, и среди них больше всего лиц с трихомонадной инфекцией, которая диагностируется у 34,8% больных негонококковым уретритом и у 20–40% пациенток гинекологических клиник, а число пациентов кожно-венерологических диспансеров с инфекцией, вызванной *Trichomonas vaginalis*, достигает 60%. Несмотря на то, что в РФ за последние годы отмечается снижение уровня заболеваемости ИППП с 167,5 на 100000 населения в 2008 году до 94,1 в 2012г, заболеваемость трихомониазом продолжает оставаться высокой. Число женщин с впервые установленным диагнозом УТ составляет более 210 тыс. человек, в том числе, доля девушек в возрасте 15-19 лет - 18,2%. Среди вновь регистрируемых ежегодно в Российской Федерации ИППП, 1-е место занимает трихомонадная инфекция. Между тем это заболевание клинически значимо для развития воспалительных заболеваний органов малого таза и неблагоприятных исходов беременности (невынашивание беременности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, низкая масса тела новорожденного).

ЦЕЛЬ

Изучение эффективности, безопасности и переносимости применения препарата орнидазола (Тиберал) при терапии урогенитального трихомониаза по сравнению с эффективностью терапии 5-нитроимидазола (Метронидазол).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

После проведения клинического и лабораторного обследования отобраны 64 пациентки для лечения УТ. Пациентки разделены на 2 равные по количеству группы, где больным 1-й группы назначали Тиберал перорально в дозе 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней, во 2-й Метронидазол в той же форме, но в течение 7 дней. Сравнительную оценку эффективности оценивали по следующим параметрам: наличие/отсутствие субъективных, объективных и лабораторных показателей. Лабораторная диагностика проводилась микроскопи-

ческим исследованием нативного влажного мазка для выявления трихомонад.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До начала терапии пациентки обеих групп субъективно предъявляли жалобы: на выделения из половых путей серо-желтого цвета 60(94%); пенистые, с неприятным запахом 46(72%); зуд, жжение и болезненность при мочеиспускании (дизурия) 34(53%); зуд/жжение в области наружных половых органов 28(44%); болезненность во время половых контактов (диспареуния) 24(37%); дискомфорт и/или боль в нижней части живота 13(20%); количество сочетаний симптомов составило по 2,4 случая на 1 больную. Через 14 дней после завершения терапии была проведена оценка субъективных, объективных и лабораторных показателей. Согласно результатам опроса субъективных жалоб пациенток было установлено: сохранение патологических выделений у 1(3,1%) больной I-й группы, при этом у 5(16%) больных II-й группы отмечались жалобы на серовато-слизистые выделения из половых путей. Лабораторное исследование мазка больных основной группы не выявило трихомонад клеток, в контрольной группе у 2(6,2%) женщин в вагинальном содержимом выявлен трихомониаз. Клинико-лабораторная эффективность терапии больных с урогенитальным трихомониазом препаратом Тиберал составила 96,9%, Метронидазол – 68,5%, частота побочных эффектов: 97% и 87,5% соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокий уровень безопасности и лучшая переносимость препарата Тиберал дает возможность рекомендовать его для лечения больных с урогенитальным трихомониазом.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И МИОМОЙ МАТКИ В ПРОГРАММАХ ВРТ

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

Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эмболизация маточных артерий – эффективный метод лечения миомы матки, получающий все большее распространение. Однако, существуют данные о возникновении осложнений, препятствующих реализации репродуктивной функции у женщин с бесплодием.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка роли ЭМА в возникновении атрофии эндометрия и эффекта фототерапии с использованием хлорофиллина натрия у женщин с бесплодием в программах ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 38 женщин с миомой матки в возрасте 28-42 года, перенесших ЭМА.

Методы исследования: лазерная конверсионная диагностика, сонография, офисная гистероскопия, морфологические и иммуногистохимические методы.

Спектральные характеристики (уровни отражения и флуоресценции) оценивали в 3 областях матки – в дне, в центре и в области внутреннего зева. Областью сравнения была кожа на внутренней поверхности бедра. По показателям лазерной флуоресценции оценивались аэробность (оксигенация), пролиферация, микроциркуляция, аэробный и анаэробный метаболизм, в режиме «online».

Не инвазивная процедура. Время исследования 1 минута.

Лечение: фотоиммунная терапия с использованием природного препарата, содержащего хлорофиллин натрия, препараты, содержащие активные формы хлорофилл Е-6. Препараты принимали перорально.

В качестве мониторингового контроля определяли с помощью спектроскопии аэробность (оксигенация), пролиферацию, микроциркуляцию, аэробный и анаэробный метаболизм, в режиме «online».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Регенерация и восстановление структуры и функции эндометрия наблюдали в пределах 5-16 недель у 33 (87%) женщин.

Продолжительность эффекта фототерапии по оксигенации, пролиферации, микроциркуляции, сохранению уровня метаболизма и структурированности составила $9 \pm 1,2$ мес. Беременность в программах ВРТ наступила у 10 (26%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лазерная фототерапия с хлорофиллином натрия оказалась эффективной технологией восстановления атрофического эндометрия у женщин с бесплодием и миомой матки после ЭМА в программах ВРТ.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АМК

Иванов И.А., Эфендиева З.Н., Думановская М.Р., Асатурова А.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Аномальные маточные кровотечения (АМК) характеризуются продолжительностью более 8 дней, избыточным объемом и/или чрезмерной частотой. По данным литературы в репродуктив-

ном возрасте жалобы на АМК предъявляют 17,5%-24% пациенток гинекологического профиля. Этот показатель повышается до 50-60% в перименопаузальном периоде и достигает максимальных значений в постменопаузе. АМК являются наи-

более частым показанием к неотложной госпитализации, проведению внутриматочных вмешательств, приводят к железодефицитной анемии и снижению качества жизни женщин. Согласно классификации FIGO (2011), в зависимости от клинической манифестации, АМК подразделяются на обильные менструальные кровотечения (ОМК) и межменструальные кровотечения (ММК). Этиология АМК многообразна и подразделяется на 4 категории, отражающих органическую патологию и 5 категорий, отражающих неорганические причины кровотечений. Диагностика причин АМК представляет достаточно сложную задачу, ввиду того, что информация о различных типах кровотечений, характерных для той или иной классификационной категории в литературе мало представлена. Кроме того, не всегда удается выявить прямую связь между характером АМК и причиной, которая лежит в основе его развития.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка этиологии различных форм АМК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 150 женщин репродуктивного и перименопаузального возраста, которым проводилась гистероскопия и кюретаж эндометрия в ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России по поводу АМК, не связанных с беременностью. Средний возраст пациенток составил $38,5 \pm 8,7$ лет. Проведен ретроспективный анализ клинических данных характера АМК и гистологическая оценка биоптатов эндометрия. В соответствии с клиническими проявлениями, АМК были разделены на категории: ОМК - длительные

(более 8 дней) и обильные маточные кровотечения; ММК - ациклические кровянистые выделения из половых путей; олигоменорея с АМК (ОМ+АМК) - нерегулярные обильные маточные кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что у пациенток с ОМК наиболее часто выявлялись полипы эндометрия (ПЭ) - 36,5%, субмукозная миома матки - 15,9% и хронический эндометрит (ХЭ) - 11,2%. Доля гиперплазии эндометрия (ГЭ) составила 4,8%, рака эндометрия (РЭ) - 1,5%. В 30,1% случаев патологии эндометрия выявлено не было.

В группе пациенток с ММК, самыми распространенными формами внутриматочной патологии были ПЭ (34,5%) и ХЭ (20%). Остальные причины - ГЭ в 3,6% и миома матки в 1,9%. Доля биоптатов эндометрия без патологии составила 40%.

Среди женщин, предъявляющих жалобы на олигоменорею с АМК, в подавляющем большинстве случаев (63%) была диагностирована ГЭ. Частота встречаемости ПЭ составила 14,8%, ХЭ, миомы и РЭ по 3,7%. Нормальный эндометрий был выявлен в 11,2%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее частой причиной ОМК и ММК являются ПЭ, а в случае выявления ОМ+АМК можно с высокой долей вероятности предполагать наличие ГЭ. Обращает на себя внимание тот факт, что в группах ОМК и ММК в 30-40% патологии эндометрия выявлено не было, что говорит о необходимости осуществления дифференцированного подхода к ведению больных с АМК и более тщательного отбора пациенток для проведения гистероскопии.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Камилова Н.М., Халилова Г.М.

Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан, Баку

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожирение играет большую роль в нарушении репродуктивного здоровья. Менструальная дисфункция, гиперпластические процессы эндометрия, бесплодие, невынашивание беременности, задержка внутриутробного развития плода - неполный список нарушений репродуктивного здоровья с ожирением.

ЦЕЛЬ

Выявление факторов риска по своевременному выявлению нарушений репродуктивной системы у девушек в периоде полового созревания с ожирением на основе клинико-эпидемиологических особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы легли результаты обследования 120 девушек-подростков возрасте 13-17 лет с ожирением I-II степени. При сборе анамнеза оценивались следующие факторы: наличие ожирения, по материнской и отцовской линии, суточный рацион и питание пациенток, уровень физической активности и особенности пищевого поведения респондентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота ожирения в популяции девушек в периоде полового созревания составляет в среднем 13,5-16%. Девушки в периоде полового созревания страдающие ожирением имеют характерные особенности медико-социального статуса к которым относится: наличие сопутствующей патологии, очагов хронической инфекции, наследственная предрасположенность к ожирению, малоподвижный образ жизни, обильный рацион, сочетание с нерегулярным питанием, высокая частота эмоциональных расстройств. Для девушек с ожирением

характерны такие нарушения менструальной функции как меноррагия - 56%, нерегулярные менструации - 76%, межменструальные кровянистые выделения - 14%. У 62% обследуемых имеют место сочетания нарушений менструальной функции. К наиболее значимым факторам риска возникновения нарушений репродуктивной системы у девушек с ожирением относится: перинатальные факторы (OR=3,47), наличие ожирения с детства (OR=3,43), хронические заболевания пищеварительного тракта (OR=3,25).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факторы риска развития ожирения у девушек – подростков включают ожирение по обеим линиям родства, патологически высокий набор массы матери во время беременности, макросомию и низкую (2500 г) массу тела при рождении, возникновение ожирения в пре- и пубертатном возрасте, хронические заболевания пищеварительного тракта.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Корбут И.А., Захаренкова Т.Н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, Гомель

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ювенильные маточные кровотечения являются одной из наиболее частых причин обращения подростков и их родителей в стационар, так как обычно быстро приводят к анемизации и появлению сопутствующих симптомов и требует принятия неотложных мер для лечения. У девочек с этой патологией могут в дальнейшем быть нарушения менструальной функции, а также нарушения репродуктивной функции в виде бесплодия и недонашивания. В генезе заболевания важная роль принадлежит ановуляции и гормональным нарушениям, однако выделяют также предрасполагающие и разрешающие факторы риска.

ЦЕЛЬ

Проанализировать факторы риска, а также особенности аномальных маточных кровотечений у девочек Гомельской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ 143 карт пациентов гинекологического отделения ГОКБ 2014-2017 гг. Статистический анализ определение доли и стандартной

ошибки доли ($P \pm Sp\%$), медиана и квартили (Me; 25-й - 75-й), OR (95% CI).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст обследованных 9-17 лет. В нашем исследовании раннее наступление менархе отмечено у 33 (23,1±3,5%) обследованных, а позднее менархе - у 1 (0,7±0,7%) пациентки. У остальных подростков первая менструация наступила в период возрастной нормы. Нормальный индекс массы тела (ИМТ) - у 104 (72,7±3,7%) девочек, недостаточное питание - у 31 (21,7±3,5%) пациенток, избыточное - у 8 (5,6±1,9%) обследованных. При этом, у двух подростков было диагностировано ожирение – 1-ой степени у 1 (0,7±0,7%) и 2-ой степени у 1 (0,7±0,7%) девочки. Продолжительность ЮМК до госпитализации была от 10 до 35 дней, при этом в стационаре у 63 (44,1±4,2%) девочек была диагностирована анемия: легкой степени у 53 (37,1±4,0%) человек, средней степени у 9 (6,3±2,0%) подростков и в 1 (0,7±0,7%) случае - тяжелой степени. Анамнез девочек отягощен СВД (18,2±3,2%) и патологией щитовидной железы (35,7±4,0%), а также хроническим тонзиллитом (2,8±1,4%) и хроническим пиелонефритом

(4,9±1,8%), что может являться следствием нагрузок и дизадаптации в пубертатном периоде.

У1(0,7±0,7%) девочки было выявлено снижение протромбинового комплекса до 0,19, в последующем у нее была выявлена гипопроконтвертинемия. Другой патологии со стороны свертывающей системы крови у остальных пациентов не было диагностировано. По данным агрегатограммы у всех обследованных наблюдалась гиперагрегация тромбоцитов, что может быть связано с приемом комбинированных оральных контрацептивов с гемостатической целью.

При изучении сезонности обращения, нами установлено, что в осенний период наблюдается более высокая частота ЮМК (OR 1,6, CI от 1,2 до 3,8), что может быть ассоциировано со стрессовыми расстройствами, связанными с учебой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток с ЮМК анамнез отягощен за счет СВД, патологии щитовидной железы и инфекционных факторов. Длительность течения ЮМК приводит к анемизации девочек. Риск возникновения указанной патологии в осенний период требует проведения ряда профилактических мероприятий в учреждениях образования. Терапия исследованной патологии должна быть комплексной с последующей реабилитацией и консультациями смежных специалистов. Не следует забывать, что причиной маточных кровотечений у подростков могут быть нарушения функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, травмы, опухолевые и предопухолевые процессы, а также коагулопатии.

СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ DE NOVO ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЦИСТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН

Крутова В.А., Тарабанова О.В., Мелконьянц Т.Г., Хачецукова А.А., Пирожник Е.Г., Соколова Е.И.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Особенной проблемой как для хирурга, так и для пациентки, является стрессовое недержание мочи de novo после хирургической коррекции пролапса гениталий. Механизм развития стрессового недержания мочи de novo остается неясным. Одни авторы связывают его с наличием обструктивного мочеиспускания на фоне перегиба мочеиспускательного канала при выраженном цистоцеле, а другие описывают «эффект подушки», характерный для энтероцеле или высокого ректоцеле. Сам термин «недержание мочи de novo» впервые был выделен в 2010 году Международной ассоциацией урогинекологов (IUGA) и Международным обществом по удержанию мочи (ICS), которые так же ввели термин «скрытое недержание мочи при напряжении» для описания стрессового недержания, возникшего после репозиции пролапса гениталий.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было оценить частоту развития стрессового недержания мочи de novo у пациенток после коррекции пролапса гениталий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 408 пациенток, средний возраст которых составил 51,3±4,5 лет. Группу 1 составила 271 пациентка, которым была проведена коррекция цистоцеле и ректоцеле собственными тка-

нями, группу 2 – 137 пациенток, прооперированных с применением синтетического сетчатого импланта для коррекции цистоцеле и пластики собственными тканями для коррекции ректоцеле.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов проведенных операций показал, что удовлетворительный анатомический эффект при коррекции собственными тканями в группе 1 был отмечен у 89,7% исследуемых. Данный показатель составил 95,3% у пациенток, в лечении которых был использован синтетический имплант (группа 2). Различные нарушения мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 43 пациенток группы 1 (15,9%) и 34 пациенток группы 2 (24,8%). Развитие СНМ de novo в группе 1 наблюдалось в 25 (9,2%) случаях, а в группе 2 – в 11 (8,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, несмотря на высокие анатомические результаты при коррекции цистоцеле, применение синтетического импланта было ассоциировано с более высокой частотой развития стрессового недержания мочи de novo ($p < 0,05$). При этом не имел значения способ коррекции ректоцеле ($p > 0,05$).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЕ

Манасова И.К., Каюпова Н.А., Якупова Г.М.

НЦАГиП МЗ РК, Республика Казахстан, Алматы

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема хирургической менопаузы остается актуальной в связи с высокой частотой проведения гистерэктомии по поводу гинекологических заболеваний и акушерских осложнений. Они способствуют увеличению частоты сердечно-сосудистой патологии и приводят к ухудшению качества жизни.

ЦЕЛЬ

Изучить метаболические нарушения при хирургической менопаузе, как индикатора риска сердечно-сосудистых заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 50 женщин в возрасте 39–45 лет через 1 год после гистерэктомии с придатками.

При антропометрическом исследовании определяли индекс массы тела: (масса тела (кг/рост, м) и отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Результаты сравнивали с показателями у 30 женщин перименопаузального возраста, не подвергшихся оперативному лечению. Проводилось суточное мониторирование артериального давления, проводилось электрокардиографическое исследование. Определяли в плазме крови уровень гонадотропных гормонов гипофиза ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиола и прогестерона методом иммуноферментного анализа. Исследование липидного обмена включало исследование общего холестерина, триглицеридов, ЛПНВ и ЛПВП в сыворотке крови, определение фибриногена, протромбинового индекса, фибриногена в крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 50 (100%) женщин после гистерэктомии в течение первого года после хирургического вмешательства отмечались вегетососудистые, психоэмоциональные и метаболические нарушения различной степени тяжести.

На фоне психоэмоциональных нарушений отмечались повышенная утомляемость, слабость, снижение памяти, ухудшение сна, эмоциональная неустойчивость, парестезии и формикации, депрессия. Метаболические нарушения у пациенток после гистерэктомии проявлялись прибавкой массы тела до 4–6 кг в год, у каждой второй пациентки проявлялся абдоминальный тип ожирения. По данным ЭКГ, у 62% с хирургической менопаузой диагностирована миокар-

диодистрофия с формированием нарушений диастолической функции, у 28% – артериальная гипертензия.

При исследовании гормонов крови выявлено повышение показателей ЛГ и ФСГ. В тоже время выявлено снижение яичниковых гормонов, прогестерона. При исследовании липидного профиля: уровень общего холестерина выше нормы был выявлен у 19,3%, ТГ были повышены у 9,1%, ЛПНП превышали норму у 40,7% обследованных. Содержание ЛПВП было выше у всех обследованных, и превышало уровень, ниже которого антиатерогенные свойства ЛПВП становятся недостаточными. Коэффициент атерогенности превышал нормальные показатели у 20,2%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие постовариоэктомического синдрома при хирургической менопаузе проявляется в течение первого года. У пациенток с хирургической менопаузой показатели, характеризующие массу миокарда ЛЖ и функцию его расслабления положительно взаимосвязаны с уровнем липопротеидов высокой плотности жирных кислот и отрицательно – с концентрацией липопротеидов низкой плотности. Корреляционные взаимосвязи могут свидетельствовать об изменениях липидного статуса при хирургической менопаузе и ранних эхокардиографических признаков диастолической дисфункции миокарда даже при его нормальной архитектонике.

Гормонотерапии с учетом анамнеза, факторов риска, данных гистологического исследования удаленных при оперативном лечении органов, сопутствующих заболеваний, возраста пациентки на момент начала терапии и индивидуальных пожеланий обеспечивает коррекцию метаболических нарушений и способствует снижению частоты нежелательных побочных эффектов.

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ДЛИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Длительное применение гормональной контрацепции рядом исследователей рассматривается, как возможный риск неблагоприятного влияния на эпителий шейки матки у ВПЧ инфицированных женщин.

ЦЕЛЬ

Изучить состояние шейки матки у женщин репродуктивного возраста на фоне длительного применения гормональной контрацепции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 100 женщин от 18-42 лет, использующих в течение 2-3 лет низкодозированный оральный контрацептив. Состояние шейки матки оценивали по совокупности результатов цитологического исследования, ВПЧ-тестирования [21 типа ВПЧ (6,11,16,18,26,31,33,35,39,44(55),45, 51,52,53,56,58,59,66,68,73,82) с определением вирусной нагрузки], расширенной кольпоскопии, биопсии шейки матки(по показаниям).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных исследований позволили выявить: у 36(36%) женщин ВПЧ –16, 31,45,52,53,58, 6,18 типы, у 64(64%) ВПЧ не был выявлен. Результаты

цитологии показали, что среди ВПЧ-позитивных: у 15(41,7%) выявлен NILM, у 12(33,3%) - ASCUS, у 7(19,4%)LSIL, у 2(5,6%) - HSIL. Всем 36(36%) пациенткам с аномальной цитологией и наличием ВПЧ ВР проведена кольпоскопия. У 18(50%) - выявлены слабовыраженные или выраженные изменения, у 18(50%) - нормальная кольпоскопическая картина. Всем пациенткам с наличием изменений эпителия по кольпоскопии проведена прицельная биопсия. По данным гистологического исследования у 5(27,8%) установлен диагноз (LSIL)CIN1, у 3(16,7%) –(HSIL)CIN2, у 10(55,6%) – хронический цервицит. Всем 3(16,7%) пациенткам с CIN 2 было проведено выскабливание цервикального канала, в 1 случае гистологический диагноз соответствовал CIN3. Радиоволновая конизация шейки матки была произведена 3 пациенткам, с последующим наблюдением согласно стандартам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У ВПЧ-позитивных женщин, длительно применяющих гормональную контрацепцию, обследование состояния шейки матки, помимо цитологического исследования, должно включать ВПЧ - генотипирование и расширенную кольпоскопию для раннего выявления ВПЧ-ассоциированных поражений эпителия.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Медведева И.Н., Святченко К.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы в гинекологической эндокринологии отмечен значительный прогресс в изучении становления менструальной функции. Эндокринопатии в пубертатном возрасте неблагоприятно влияют на репродуктивное здоровье и требуют наблюдения и своевременной коррекции.

Правильное формирование гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси приводит к активации правильной работы яичников и нормализации секреции половых гормонов.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности препарата «Циклодинон» при первичной олигоменорее у девочек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 38 пациенток в возрасте от 13 до 17 лет с первичной олигоменореей. Всем пациенткам проведено физикальное обследование, исследование гормонального профиля, ультразвуковое исследование органов малого таза. Всем девочкам-подросткам после дообследования назначен препарат «Циклодинон» по 1 таблетке в сутки утром. Оценка эффективности проводилась на 3 и 6 месяцев терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст менархе оставил $13,2 \pm 1,5$ года. Средняя продолжительность менструального цикла у пациенток 58 ± 15 дней. На основании анамнеза и физикального обследования выявлено, что у 4 (10,53%) пациенток причиной олигоменореи стало резкое снижение веса, в том числе у 2 из них на фоне стресса, без изменения гормонального статуса. При обследовании гормонального статуса выявлены следующие изменения: у 18 (47,37%) девушек – гиперандрогения, у 8 (21,05%) пациенток – функциональная гиперпролактинемия, у 4 (10,53%) – относительная гиперэстрогения, у 8 (21,05%) – изменений в гормональном статусе

не обнаружено. У 16 (42,11%) пациенток при ультразвуковом исследовании органов малого таза отмечено формирование поликистозных яичников и ановуляция, у 8 (21,05%) пациенток обнаружено образование функциональных кист и персистенция фолликулов, у 2 (5,26%) пациенток гипоплазия эндометрия, у 12 (31,58%) исследуемых патологии органов малого таза не обнаружено. На фоне терапии препаратом «Циклодинона» через 3 месяца регуляция менструального цикла наступила у 15 (39,47%) пациенток, через 6 месяцев у 26 (68,42%) пациенток. Средняя продолжительность менструального цикла через 6 месяцев терапии – 36 ± 5 дней. Результаты гормонального исследования свидетельствуют о значимом снижении и приближении к пороговым значениям уровня пролактина у 3 из 8 девушек с изначальной гиперпролактинемией и нормализации у остальных 5 пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При нарушении менструальной функции у подростков терапия не сводится лишь к назначению оральных гормональных контрацептивов. Эффективным препаратом для коррекции олигоменореи в качестве стартовой терапии у девочек в пубертатный период является «Циклодинон», который оказывает регулирующее действие на концентрацию половых гормонов, уровень пролактина, устраняет их дисбаланс и приводит к нормализации менструального цикла.

АРОМАТАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ У ЖЕНЩИН С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Мусина Е.В., Коган И.Ю.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние десятилетия отмечается рост числа доброкачественных заболеваний молочных желез, в частности, диффузной фиброно-кистозной мастопатии (ФКМ). Наибольшее число исследований посвящено определению роли эстрогенов в патогенезе гиперпластических процессов молочной железы, которые в настоящее время рассматриваются в качестве основного митогенного фактора для её тканей. Наименее изученной проблемой являются механизмы развития, фиброно-кистозной мастопатии, у женщин с инсулинорезистентностью. Вероятно, что патогенез развития

гиперпластических процессов в молочных железах и риск неопластической трансформации при нарушениях углеводного обмена может иметь особые, дополнительные факторы, обусловленные гиперинсулинемией, изменением активности овариальной ароматазы.

ЦЕЛЬ

Цель настоящего исследования заключалась в определении ароматазной активности у женщин с фиброно-кистозной мастопатией в сочетании с инсулинорезистентностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 81 женщина с ФКМ, средний возраст составил $27,7 \pm 0,1$ года. Возраст менархе в среднем $12,7 \pm 0,01$ года, регулярный менструальный цикл был у 45,7% больных. Индекс массы тела у обследованных женщин в среднем составил $28,1 \pm 0,1$ что указывает на наличие избытка массы тела у обследованных больных.

Всем выполнялось ультразвуковое исследование молочных желез на 5-7 день менструального цикла и гормональное обследование на 2 день - ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол и АМГ, 20 день - прогестерон, всем пациенткам выполняли пробу на толерантность к глюкозе с определением инсулина натощак и вычислением индекса НОМА, коэффициент активности ароматазы овариальных фолликулов выполняли по формуле: $КА = Э2/АМГ$, где: КА - коэффициент активности ароматазы овариальных фолликулов; Э2 - базальный уровень эстрадиола в крови на 2-й день менструального цикла, пмоль/л; АМГ - уровень антимюллера гормона в крови на 2-й день менструального цикла, нг/мл; и оценивают активность ароматазы овариальных фолликулов следующим образом: при $КА < 37,8$ - низкая, при $37,8 \leq КА \leq 90,7$ - нормальная, при $КА > 90,7$ - высокая. Так же проводилась оценка масталгии по визуальной-аналоговой шкалы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты: индекс НОМА у обследованных женщин $6,9 \pm 0,2$, это подтверждает наличие инсули-

норезистентности. В 81,5% была диагностирована нормогонадотропная, нормопр-лактинемическая недостаточность яичников, которая проявлялась у 64,2% - ановуляцией, а у 17,3% - недостаточностью лютеиновой фазы.

Средней возраст начала масталгии $21,2 \pm 0,1$ года, длительность масталгии за цикл колебалась от 1 до 14 дней, в среднем $5,5 \pm 0,02$ дня, масталгия проявлялась во 2 фазу менструального цикла, носила циклический характер. По интенсивности масталгии больные распределились следующим образом: 66,1% женщин испытывали масталгию умеренной степени тяжести, 27,4% - тяжелую степень и 6,5% - легкую степень, у 23,5% больных масталгия - отсутствовала. По данным ультразвукового исследования толщина слоя железистой ткани в среднем составила $16,2 \pm 0,1$ мм, млечные протоки в 100% случаев были расширены, в 80,2% экзогенность такни молочных желез была повышена, и только у 19,8% - экзогенность средняя. У 65,4% ароматазная активность - низкая, у 24,7% - нормальная и 9,9% - ароматазная активность была высокая.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем исследовании выявлено, что для женщин с инсулинорезистентностью характерна низкая ароматазная активность, наличие ультразвуковых признаков ФКМ, не всегда проявляющихся клинически в виде жалоб.

АКТУАЛЬНЫЕ ГРАНИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Насырова Н.И., Бондаренко К.Р., Авагян С.В., Сдвигов А.С., Калинина Е.Ю.

Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Точная распространённость эндометриоза среди женщин репродуктивного возраста достоверно неизвестна, однако, по имеющимся данным, в структуре гинекологической заболеваемости на его долю приходится до 10-15%. Среди женщин с верифицированным эндометриозом бесплодие диагностируют в 35-80% случаев. При этом наиболее распространенной формой заболевания, требующей хирургического лечения, является эндометриоз яичников. При лечении эндометриоидных кист минимизация оперативной травмы яичников, неизбежно приводящей к потере «овариального резерва» у инфертильных женщин, обеспечивается

целым рядом пери- и интраоперационных мероприятий, в том числе способом проведения гемостаза.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние различных способов окончательного хирургического гемостаза при оперативном лечении эндометриоидных кист яичников на состояние «овариального резерва» при женском бесплодии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ 130 оперативных вмешательств, выполненных за период 2016-2017 гг. по поводу эндометриоидных кист. Эндоскопическое

органосберегающее лечение проводили в объеме цистэктомии.

Критериями включения в исследования: наличие эндометриодной кисты диаметром более 4 см у женщин репродуктивного возраста (до 40 лет) с диагнозом бесплодие.

В зависимости от применяемого способа обеспечения гемостаза пациенток разделили на две группы. Первую группу составили 64 пациентки, которым произвели цистэктомию методом удаления капсулы кисты, с последующим местным использованием гемостатической матрицы на ложе кисты, вторую - 66 пациенток, которым после цистэктомии гемостаз обеспечивали применением биполярной электрохирургии.

Группы были сопоставимы по возрасту, соматическому и репродуктивному анамнезу и размерам эндометриодных кист.

Через 3 месяца после операции проводили оценку овариального резерва: рассчитывали объем яичников с помощью ультразвукового исследования, а также определяли уровень антимюллерова гормона (АМГ) и ингибина В.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ полученных данных показал достоверно более высокие показатели АМГ ($0,7 \pm 0,25$ против $0,3 \pm 0,14$ нг/мл, $p < 0,05$) и объема яичников ($5,8 \pm 1,2$ против $5,1 \pm 1,7$ см³, $p < 0,05$) среди пациенток, у которых применяли методику цистэктомии в сочетании с местным использованием гемостатического матрикса, тогда как показатели ингибина В в сравниваемых группах статистически не отличались ($46,4 \pm 2,8$ против $38,7 \pm 2,8$ пг/мл, $p > 0,05$).

Морфологическая оценка зоны воздействия на ткани яичника в результате использования местной гемостатической системы дополнительно продемонстрировала значительные преимущества ее применения в виде минимальной зоны некроза и, следовательно, относительно меньшего повреждения здоровой ткани.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты указывают на преимущество выбранной методики проведения гемостаза с помощью гемостатического матрикса по сравнению с биполярной коагуляцией в отношении сохранения овариального резерва у бесплодных женщин с эндометриодными кистами.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА

Насырова Н.И., Бондаренко К.Р., Сдвигов А.С., Фатова М.А., Колтина Д.Н.

Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из наиболее частых факторов немой infertility в настоящее время является наружный генитальный эндометриоз. По данным подавляющего количества литературных источников диагностика заболевания запаздывает в среднем на 7 лет. За это время не решаются репродуктивные проблемы, в 10% случаев формируются распространенные формы с экстрагенитальной локализацией эндометриодных очагов, а у 0,65% женщин развивается эндометриодный рак. В свою очередь, распространение глубокой инфильтративной формы данной патологии влечет за собой развитие тяжелого спаечного процесса в области малого таза и брюшной полости, в связи с чем оперирующий хирург часто сталкивается с проблемой выбора методов интраоперационного гемостаза больших раневых поверхностей.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность различных способов окончательного хирургического гемостаза при оперативном лечении тяжелых инфильтративных форм эндометриоза для минимизации интраоперационной кровопотери.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2016-2017 гг. нами был проведен сравнительный анализ данных клинических наблюдений (106 случаев) с последующей оценкой отдаленных результатов. Средний возраст пациентов составил $28,3 \pm 3,6$ лет. Длительность заболевания с момента постановки диагноза составила в среднем $7,5 \pm 0,3$ лет. Во всех случаях хирургическое вмешательство производилось лапароскопическим доступом и заключалось в иссечении очагов инфильтративного эндометриоза. Различия в техническом выполнении окончательного гемостаза позволили разделить пациенток на 3 группы.

I группу составили 38 пациенток, которым после иссечения очагов инфильтративного эндометриоза проводили биполярную коагуляцию раневых поверхностей, II группу сформировали 33 пациентки с аргоноплазменной коагуляцией, III группу - 35 женщин, которым с целью обеспечения гемостаза наносили порошкообразный гемостатический матрикс. Группы были сопоставимы по соматическому и гинекологическому анамнезу, клинической картине, распространенности эндометриоза. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения проводилась на основании интраоперационной эффективности гемостаза, заключающейся в определении времени (мин) и объема кровотечения (мл), а также наличия послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ полученных результатов показал, что наиболее продолжительное время кровотечения было характерно для женщин II группы при исполь-

зовании аргоноплазменной коагуляции ($4,1 \pm 0,12$ мин) по сравнению с аналогичным показателем в I ($3,7 \pm 0,35$ мин; $p < 0,05$) и III группе ($3,6 \pm 0,26$ мин; $p < 0,05$). Длительность интраоперационного кровотечения в I и III группах была сопоставима. Объем кровопотери в сравниваемых I, II и III группах составил $50,4 \pm 1,3$ мл, $48,1 \pm 0,9$ мл и $52,4 \pm 1,9$ мл, соответственно. Статистически значимое сокращение объема кровопотери во время операции было установлено во II группе по сравнению с I ($p < 0,05$) и III группами ($p < 0,05$). При этом максимальный объем интраоперационной кровопотери регистрировали в III группе ($p < 0,05$). Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аргоноплазменная коагуляция является наиболее предпочтительным видом интраоперационного гемостаза раневых поверхностей по сравнению с биполярной коагуляцией и применением для этой цели гемостатического матрикса.

ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Озолия Л.А., Лапина И.А.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема назначения гормональной терапии в гинекологии остается актуальной ввиду широкого распространения, а также достаточно высокой ее эффективности. Однако применение данного вида лечения, по мнению ряда авторов, ассоциировано с увеличением венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у пациенток, особенно на фоне предрасполагающих факторов, к которым относится метаболический синдром (МС). У пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПЯ) назначение гормональной терапии применяется как с целью полисистемной коррекции, так и в качестве прегравидарной подготовки.

ЦЕЛЬ

Оценить степень гемостазиологических нарушений у пациенток с СПЯ в зависимости от наличия у больных метаболических нарушений для снижения риска развития тромботических осложнений и улучшения эффективности гормональной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включены 242 пациентки. Основная группа включила 120 пациенток с СПЯ. С нарушениями жирового обмена (60) и с нормальной массой тела (60). Группа сравнения - 61 пациентка с ВТЭО в анамнезе. Контрольная группа - 61 женщина в репродуктивном возрасте без ожирения и СПЯ.

Всем пациенткам были проведены тесты лабораторной диагностики: расширенная гемостазиограмма и генотипирование с целью выявления генетических полиморфизмов, обуславливающих высокий риск развития ВТЭО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Повышенная агрегация тромбоцитов и снижение фибринолитической активности плазмы крови до лечения наблюдались в 30% случаев. После генотипирования 10 генетических дефектов, большое внимание было уделено полиморфизму в гене ингибитора активатора плазминогена (PAI) -1.

Повышение концентрации PAI-1 ведет к снижению антикоагулянтной активности фибринолитической системы.

У пациенток с СПЯ и ожирением наблюдалось значительное повышение уровня фибриногена ($5,62 \pm 0,57$ и $3,24 \pm 0,42$ г/л), АЧТВ ($29,8 \pm 3,11$ и $40,1 \pm 1,23$ с), РКМФ ($5,82 \pm 0,54$ и $4,34 \pm 0,38$ мин) и снижено количество протеина S ($68,32 \pm 8,25$ и $87,47 \pm 9,63$ Ед/дл) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Назначение гормональной терапии пациенткам с СПЯ, особенно при наличии метаболических нарушений, возможно только после проведения детального анализа гемостазиограммы и исследования генетических особенностей пациенток. Это позволит своевременно определять группы риска и внести корректные изменения в лечение пациенток, что приведёт к снижению риска возникновения ВТЭО.

МЕТРОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ПРЕОДОЛЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ МАТКИ

Орлов В.М., Кахиани Е.И., Арнт О.С.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема нарушения репродуктивной функции женщин на сегодняшний день является исключительно актуальной. Одной из причин нарушения репродуктивной функции являются аномалии развития матки. Частота невынашивания беременности при пороках развития колеблется от 23 до 87%, бесплодия – 11-32%. Показанием к оперативному лечению служат многократные самопроизвольные аборт, реже – бесплодие. Наиболее часто невынашивание беременности встречается при двурогой матке или наличии перегородки в ее полости. Выбор методики оперативного вмешательства зависит от степени выраженности существующей патологии.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение влияния метропластики на генеративные нарушения у больных при двурогой матке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациентки, которым была выполнена метропластика по методике профессора В.М. Орлова (2013-2017 гг.). Наибольший удельный вес составили симметричные пороки (87,3%): матка с неполной перегородкой (59,9%), матка с полной перегородкой (7,1%), двурогой матка (14,7%), двойная матка – (5,6%). Асимметричные пороки диагностированы у 12,7% больных с аномалиями развития матки. Пациенткам выполнено общеклиническое обследование, УЗИ малого таза, ГСГ, диагностическая гистероскопия. При обнаружении перегородки матки выбор принимали в

пользу гистерорезектоскопии. При установлении диагноза «двурогой матка» была выполнена метропластика в модификации профессора В.М. Орлова (40 операций).

В послеоперационном периоде придерживались алгоритма реабилитации: применение полихлорвиниловых протекторов, назначение малых доз эстрогенов, при необходимости – выполнение гидротубации после извлечения протекторов и контрольной ГСГ, послеоперационная контрацепция 4-6 месяцев. Для определения полноценности послеоперационного рубца проведено МРТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке репродуктивной функции до операции получены следующие результаты: 49% женщин имели в анамнезе самопроизвольное прерывание беременности, 51% – бесплодие. У пациенток, имевших в анамнезе беременность, 86,7% завершилось самопроизвольным выкидышем, 5,0% – преждевременными родами, 4,7% – эктопической беременностью, 3,6% – искусственным аборт. Обращает на себя внимание тот факт, что самопроизвольные выкидыши в 82,5% происходили при сроке до 12 недель и только у 17,5% женщин – при более поздних сроках беременности. Среди женщин, страдавших бесплодием 82,4% было первичным, 17,6% – вторичным. Из 40 прооперированных пациенток у 60% женщин наступила беременность (в том числе повторно), что достоверно больше, чем до операции ($\chi^2 = 53,5$; $p < 0,01$), из них в более чем 88% случаев наблюдалась доношенная беременность, в 11% самопроизвольный выкидыш, эктопическая беременность – менее 1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическая коррекция такого порока развития матки, как двурогая матка, и реабилитационные мероприятия после операции позволили в более, чем 88% случаях женщинам доносить беременность и завершить ее рождением живых детей. Обращает на себя внимание тот факт, что самопроизвольное прерывание беременности является

ведущим осложнением до операции, после операции не превышает частоты этой патологии среди здоровых женщин. Т.о. эффективность коррекции пороков развития матки на репродуктивную функцию оказалась достоверной и очень демонстративной, что диктует необходимость в применении и совершенствовании таких операций.

К ОЦЕНКЕ РЕЦИПИЕНТНОЙ ЗОНЫ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И ОСЛОЖНЁННОМ ТЕЧЕНИИ ОТДАЛЁННОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Паластин П.М.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролапс тазовых органов является распространённым заболеванием и встречается у 15 – 30% женщин. Он часто сочетается со стрессовым недержанием мочи, которое диагностируется примерно у 38% женщин. Широкое использование различных синтетических имплантатов, которые многими авторами считаются «золотым стандартом», в большинстве случаев решает данную проблему. В тоже время, интенсивное применение синтетических материалов привело к накоплению информации о так называемых «имплантат-ассоциированных» осложнениях. Известно, что имплантат-ассоциированные осложнения во многом обусловлены реакцией организма на инородное тело и выражаются нарушением заживления послеоперационной раны или чрезмерным формированием рубцовой ткани, приводящим к снижению эластичности и сморщиванию тканей. Поиск возможностей профилактики и своевременной терапии этих осложнений ставит вопрос о простых и доступных методах их диагностики.

ЦЕЛЬ

Оценка диагностических возможностей балльной шкалы оценки состояния реципиентной зоны сетчатых имплантатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В различных областях медицины используется достаточно широкий спектр шкал оценки состояния рубцов. Так, в 1990 году была предложена Ванкуверская шкала оценки рубцов (Vancouver Scar Scale, VSS). Она подразумевает оценку четы-

рёх параметров: васкуляризации, высоты/толщины, эластичности и пигментации. В 1998 была предложена Манчестерская шкала оценки рубцов (Manchester Scar Scale, MSS), которая подразумевает оценку пяти параметров: цвета, текстуры, рельефа, плотности и смещения окружающих тканей. Рассматривая эти шкалы как базисные, с учётом специфики области применения представляется целесообразным оценивать следующие параметры: васкуляризация, цвет, высота/толщина, эластичность и рельеф относительно окружающей слизистой. Минимальная оценка 0, максимальная – 12.

Объект исследования: 62 пациенток в возрасте от 45 до 75 лет после коррекции генитального пролапса синтетическими имплантатами. Основную группу составили 32 пациентки с послеоперационной эрозией стенки влагалища. В контрольную группу вошли 30 пациенток с неосложнённым течением послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Состояние зоны имплантации в основной группе при оценке предложенной шкале составило в среднем 6,5 + 0,3 балла. Тогда как в группе сравнения оно соответствовало 0,8 + 0,2 балла. Разница была статистически достоверна ($p < 0,05$). При этом основная группа была очевидно не однородна. В 10 наблюдениях количество баллов не превышало 5, в остальных 22 оно соответствовало 6 баллам и более. В первой подгруппе среднее количество баллов соответствовало 4,3 + 0,2 балла, во второй – 7,6 + 0,3 балла. Разница баллов в первой подгруп-

пе в сравнении с контрольной группой и со второй подгруппой статистически достоверна ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенная бальная шкала оценки состояния области постановки сетчатых имплантатов позволяет просто и доступно объ-

ективизировать различие в состоянии указанной зоны у пациенток с осложнённым и неосложнённым течением послеоперационного периода. Кроме того, использование данной шкалы позволило косвенно подтвердить гетерогенность имплантат-ассоциированных осложнений.

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА МАССУ ТЕЛА ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю.

ФГУ «ФНЦ НИИСи» РАН, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Существует масса доказательств того, что заместительная гормональная терапия (ЗГТ) значительно улучшает качество жизни, здоровья и трудоспособности, снижающиеся у женщин вследствие менопаузального дефицита эстрогенов и повышения возраста, но многие из них отказываются от этих преимуществ из-за боязни прибавки веса.

ЦЕЛЬ

Чтобы развеять этот миф и повысить комплаентность женщин к ЗГТ мы изучили динамику массы тела (МТ), окружности талии и бедер у женщин, принимающих ЗГТ, и не принимающих, исходно и через год.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовали 108 женщин, из которых 69 принимали ЗГТ, 39 – нет. Всем были даны советы по редуциционной диете и увеличению физических упражнений. На основании проведенных измерений рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) и отношение окружности талии к окружности бедер (Т/Б), которые современная медицина использует как маркеры риска заболеваний (ССЗ и СД2), связанных с избыточным весом и неблагоприятным распределением жировой ткани. Для статистической обработки данных использовались непараметрические методы статистики. Данные приведены в виде медиан значений и разброса (в скобках).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки без ЗГТ были старше, чем с ЗГТ – 56 (45- 61) лет против 51 года (45-67), с большей длительностью менопаузы (6 лет против 2,75 года). За год их МТ (mediana) увеличилась с 72 (48-100) до 74 кг (46-101), но у 25,6%, имеющих ранее МТ 68,5 кг (48-

97) она уменьшилась на 2,47 % (1,75 кг) до 67,5 кг (46-80). Еще 25,6% сохранили свою МТ, а 48,7% - поправились с 82 кг (58-100) до 84-х (60-111). Прибавка МТ составила 2 кг (0,2-6) или 2,78% (0,27%-7,35%). ИМТ (mediana) изменился мало - 27,5 и 27,6. ОТ увеличилась в среднем с 85 до 86 см, причем у 26,3% она уменьшилась и у 18,4% осталась прежней, увеличилась у 55,3%. ОБ и Т/Б увеличились у 42,1% и 48,7%, соответственно.

В группе пациенток с ЗГТ (клиогест - 43 женщины, трисеквенс - 24 пациентки, фемостон 2/10 – 12 и климонорм – 7 человек) медиана МТ за это время снизилась с 70 (50-102,5) до 67 (48-103), причем действительно похудели 68,7% (46 женщин) с 69,5 кг (50-98) до 65 (48-93). Снижение было на 3 кг (1-16), то есть на 4,11% (1,25%-18,9%). Не изменилась МТ у 11,9% (8 человек), а 19,4% (13) поправились с 69 кг (58-102,5) до 74 (58,5-103). Прибавка составила 1,5 кг (0,5 -7) или 2,22% (0,49%-9,59%). ОТ на фоне ЗГТ уменьшилась у 69,6%, осталась прежней у 8,7%, увеличилась только у 21,7%. Медиана ОТ уменьшилась с 80 см до 78. ОБ снизилась у 74,2%, увеличилась только у 10,6%. Осталось прежним соотношение Т/Б - 0,75, то есть достоверно ниже, чему женщин без ЗГТ.

Сравнение эффективности отдельных препаратов продемонстрировало следующее. На фоне клиогеста МТ снизилась у 76%, не изменилась у 8%, увеличилась у 16%; на фоне фемостона, соответственно – 58,3%, 16,7% и 25%; на фоне трисеквенса, соответственно, 54,5%, 18,2%, 27,3%; на фоне климонорма МТ снизилась у всех 100% наблюдаемых.

На фоне клиогеста МТ снизилась в среднем на 1,5 кг, среди похудевших на 3 кг; на фоне фемостона 2/10 – на 2 кг в группе и на 4 кг среди похудевших; на фоне трисеквенса на 3,5 кг и 4, 5 кг, соответственно; на фоне климонорма похудели все (медиана 5 кг).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, прибавка веса на фоне ЗГТ – очередной миф. Все препараты ЗГТ продемонстрировали эффективность в отношении снижения МТ, а, следовательно, и ИМТ, ОТ, ОБ и их соотношения. Снижение МТ и всех сопутствующих показателей у

25,6% женщин, не применявших ЗГТ, говорит о важном значении изменения образа жизни и питания в менопаузе.

Работа выполнена по государственному заданию, тема 0065-2018-0004.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПОДРОСТКОВ

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гемостатическая терапия при аномальных маточных кровотечениях в пубертатном периоде включает применение хирургического метода гемостаза или медикаментозного лечения. Хирургическая тактика показана только в случае выявления полипа эндометрия/цервикального канала или подозрении на малигнизацию. В остальных случаях для достижения гемостатического эффекта у подростков применяют следующие группы лекарственных средств: ингибиторы фибринолиза, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), комбинированные оральные контрацептивные средства (КОК), гестаген-содержащие средства (прогестины), препараты, содержащие «натуральные» эстрогены. До настоящего времени нет четких критериев выбора метода гемостатической терапии при маточном кровотечении у подростков, в связи с чем необходима оценка эффективности каждого вида лечения.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность гемостатической терапии препаратом транексамовой кислоты, низкодозными комбинированными оральными контрацептивными лекарственными средствами и гестаген-содержащим препаратом, содержащим дидрогестерон, при маточных кровотечениях у девочек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 200 девушек в возрасте от 11 до 17 лет, госпитализированных в стационар по поводу аномального маточного кровотечения. Наличие полипа эндометрия, мальформации сосудов, патологии гемостаза, лейомиомы и малигнизации явились критериями исключения из исследования. В 1 группе (70 чел.) больные получи-

ли лечение препаратом ингибитора фибринолиза (транексамовая кислота) в суточной дозе 2 грамма. Во 2 группе (80 чел.) девушки принимали низкодозные КОК по схеме 1/2 таблетки каждые 4-6 часов до достижения полноценного гемостатического эффекта. В 3 группе (50 чел.) пациентки принимали гестаген-содержащий препарат (дидрогестерон) в суточной дозе 20 мг (25 чел.) и 30 мг (25 чел.) в течение 6 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полноценный гемостатический эффект был достигнут в 1 группе у 67 человек (95,71%) к 4-5 суткам лечения ($M \pm \delta = 4,52 \pm 1,86$; 1-9 дней). Во 2 группе у всех больных (100%) в течение 1-2 суток лечения ($Me(25;75) = 1,5$ (1;2); 1-5 дней) произошла полная остановка кровотечения. В 3 группе – у 8 девочек (32%) при приеме 20 мг/сутки кровяные выделения из влагалища прекратились на 4 сутки ($M \pm \delta = 4,00 \pm 1,51$; 1-6 дней), в то время как у 17 человек (68%) произошло усиление обильности кровяных выделений. Еще у 25 человек (100%) из 3 группы при приеме 30 мг дидрогестерона в сутки полноценный гемостатический эффект наступил, в среднем, на 4 день лечения ($M \pm \delta = 4,12 \pm 1,27$, 2-6 дней). Дополнительный анализ показал, что неэффективность лечения у 4,29% больных в 1 группе и у 68% в 3 группе была связана с недостаточной суточной дозой препарата.

Нежелательные побочные реакции возникли у 1 больной (1,43%) (тошнота) в 1 группе, у 7 человек (8,75%) (7 девушек – тошнота; 1 из них - рвота) во 2 группе и не возникали в 3 группе лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по данным проведенного исследования гемостатическая терапия препаратами транексамовой кислоты, комбинированными

оральными контрацептивами и гестаген-содержащими средствами имеет высокую эффективность в лечении маточных кровотечений у подростков. Прием низкодозных КОК имеет самый быстрый гемостатический эффект при большем количестве нежелательных побочных реакций. Гестагенные

препараты в суточной дозе 20 мг не эффективны для остановки маточного кровотечения и высоко эффективны при применении 30 мг дидрогестерона в сутки.

СТРУКТУРА ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В мире на протяжении длительного периода изучения этиологии и патогенеза аномальных маточных кровотечений было предложено несколько разных классификаций заболевания. Маточные кровотечения разделяли на основании учета возраста больных (пубертатный, репродуктивный и менопаузальный период), генеза заболевания (органические, дисфункциональные, ятрогенные), принципа наличия или отсутствия овуляции (овуляторные и ановуляторные), особенностей концентрации гормонов в крови (гипер-, нормо- и гипострогенные; гиперандрогенные), цикличности кровяных выделений (меноррагия, метроррагия, полименоррея) и т.п. Международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO) в 2010 году принята и активно используется в практической работе врачей новая классификационная система аномальных маточных кровотечений (PALM-COEIN), которая основана на выделении причин возникновения АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста. До настоящего времени не описана частотная характеристика причин возникновения маточных кровотечений у подростков в соответствии с рекомендованной FIGO классификацией.

ЦЕЛЬ

Определить структуру причин возникновения маточных кровотечений в пубертатном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ медицинской документации 400 больных с маточным кровотечением в возрасте от 10 до 17 лет, госпитализированных в стационар ФГБУ НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова в период 1995-2016 гг., что позволило определить структуру причин возникновения заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Органические причины маточного кровотечения (PALM) были выявлены лишь у 60 из 400 (15,00%) больных. В их числе полипы эндометрия - у 35 (8,75%), аденомиоз - у 21 (5,25%), лейомиома - у 3 (0,75%) человек. У одной девочки 12 лет был выявлен и гистологически подтвержден рак эндометрия (0,25%). Наиболее частой причиной маточного кровотечения у подростков оказалась овуляторная дисфункция (54,75%; n=219). Второе место заняли (26,25%; n=105) локальные эндометриальные причины (хронический эндометрит). Ятрогенные маточные кровотечения были определены у 10 больных (2,50%). Коагулопатии были подтверждены лишь у 5 человек (1,25%), мальформация маточных сосудов - у 1 больной (0,25%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Овуляторная дисфункция является лидирующей причиной возникновения маточного кровотечения у подростков, что подтверждает данные ранее проведенных исследований. При этом частота коагулопатии как этиологического фактора возникновения маточного кровотечения в пубертатном периоде по данным нашего исследования была значительно ниже цифр, приводимых в литературе. В то же время локальные эндометриальные причины возникновения маточного кровотечения, включающие наличие воспалительного процесса в эндометрии, занимают вторую позицию в структуре этиологических факторов маточного кровотечения у девочек. Полученные данные указывают на необходимость определения четкого алгоритма лечения каждой больной в зависимости от этиологии заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЛКА ARID1A В КАЧЕСТВЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО МАРКЕРА ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА И РИСКОВ ЕГО ИНВАЗИИ

Самошкин Н.Г.*, Ярмолинская М.И.***, Полякова В.О.***, Нетреба Е.А.**

*ГБОУЗ ЦГКБ №2, многопрофильное отделение, Великий Новгород

**ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) остается по-прежнему нерешенной проблемой. Прогнозирование вероятности его инвазии и малигнизации является одной из важных клинических и научных задач. Частота эндометриоз-ассоциированного рака колеблется от 0,4% до 11% [Леваков С. А. и соавт 2016]. До 75% опухолей происходит из эндометриодных кист яичников и только 25% – экстраовариально. Результаты исследований свидетельствуют о том, что мутация гена ARID1A участвует в возникновении и прогрессировании этого типа рака. По данным литературы, мутация гена ARID1A встречается с частотой 46-57% при светлоклеточном раке яичников, в 30% при эндометриодном раке яичников и в 40% при эндометриодном раке тела матки [Michael J. et al., 2013]. Поиск маркеров, позволяющих оценить риск инвазии, малигнизации эндометриоза для определения тактики терапии, является важным направлением в гинекологии. Белок-супрессор опухолевого роста ARID1A - перспективный маркер для диагностики инфильтративных форм эндометриоза и его злокачественной трансформации.

ЦЕЛЬ

Определение уровня экспрессии белка ARID1A в эндометриодных гетеротопиях в зависимости от степени распространенности генитального эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено изучение эндометриодных гетеротопий у 39 женщин репродуктивного возраста (18–35 лет) с НГЭ. Диагноз у всех больных установлен на основании лапароскопии и подтвержден результатами гистологического исследования. Биоптаты были разделены на 2 группы: 1 группа – НГЭ II ст. по классификации R-AFS (n=10), 2 группа – НГЭ III-IV ст. в сочетании с глубоким инфильтративным

эндометриозом (n=29). Из исследования исключены пациентки с тяжелой сопутствующей соматической патологией, миомой матки, воспалительными заболеваниями и болезнями ЖКТ в стадии обострения.

Оценивался показатель относительной площади экспрессии белка ARID1A при помощи иммунофлюорисцентного гистохимического исследования. Срезы эндометриодных гетеротопий окрашивали методом иммунофлуоресценции с первичными моноклональными антителами к белку ARID1A. Для анализа результатов использовали лазерный сканирующий конфокальный микроскоп OLYMPUS FLUOVIEW FV-1000 и программное обеспечение «VideotestMorphology5.2». Статистический анализ данных проводился с помощью программы Microsoft Office Excel 2010. Для статистической обработки данных использовали U-критерий Манна-Уитни, (p=0,05).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1 группе значение относительной площади экспрессии ARID1A составило 24,48±4,54%, во 2-ой группе этот показатель был в 1,41 раза ниже и составил 17,32±2,56%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлено достоверное снижение экспрессии супрессора опухолевого роста ARID1A по мере прогрессирования эндометриоза. Снижение экспрессии, предположительно, связано с возникновением инфильтративных форм эндометриоза и может быть предиктором повышения риска малигнизации. Планируется дальнейшее исследование для оценки возможности использования уровня экспрессии белка ARID1A в диагностике инфильтративных форм эндометриоза и предикторной оценки риска малигнизации.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Насырова С.Ф., Зиганшин А.М., Бадретдинова Ф.Ф., Кулавский Е.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из проблем девушек-подростков является первичная дисменорея, которая появляется через 1,5–2 года после менархе и связана со значительным количеством обуславливающих ее гормональных, нейровегетативных, обменных, психических и эмоциональных факторов, требующих поиска методов лечения данного заболевания.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка эффективности комплексной терапии первичной дисменореи у девушек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 106 девушек-подростков в возрасте от 14 до 17 лет, в среднем возрасте $16,5 \pm 1,24$ лет. Всем пациенткам проведено обследование включающее: анамнез и оценку степени тяжести дисменореи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основными жалобами у всех подростков были боли внизу живота, возникающие в первый день менструации. Интенсивность болей была слабой у 15 (14,2%), переносимой у 84 (79,2%), сильно раздражающей у 7 (6,6%) девушек. Менархе наблюдалось в возрасте 11-14 лет, менструальный цикл был регулярный у 84 (79,2%), нерегулярный у 22 (20,8%) обследуемых. Продолжительность менструального цикла у обследуемых составляла 27-28 дней у 83 (78,3%), 21-23 дня у 9 (8,3%), более 35 дней у 14 (13,2%) девушек. Умеренными считали - 82 (77,4%), скудными - 6 (5,6%) и обильными - 18 (17,0%) обследованных девушек. Клинически течение дисменореи было тяжелым у 47 (44,3%), среднетяжелым у 37 (34,9%) и легким у 22 (20,8%) девушек. Комплекс лечения включал проведение медикаментозной

(анальгетики, КОК) и немедикаментозной (рациональное питание, акупунктура, иглорефлексотерапия, магнитотерапия, психотерапия) терапии. При легкой форме дисменореи снятие болей проводилось назначением препарата нимесулид по 200 мг (по 1 табл. 2 раза в сутки), средней - по 100 мг 2-3 раза в сутки, за 1-3 дня до начала менструации, тяжелой - по 100 мг 3 раза в сутки на протяжении всех болезненных менструаций. При проведении гормональной терапии предпочтение отдавалось гестагенам содержащим дидрогестерон внутрь 10 мг 2 р/сут с 16-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 - 9 мес, что позволило восстановить нарушения менструального цикла в более чем 90% наблюдений и купировать болевой синдром. При тяжелой форме комбинированными оральными контрацептивами в течение 6 мес., с содержанием дезогестрела и гестодена: этинилэстрадиол/гестоден внутрь 20 мкг/75 мкг 1 р/сут. с 1-го по 21-й день менструального цикла с перерывом 7 дней. При дисменореи с проявлениями предменструального синдрома назначались оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон: этинилэстрадиол/дроспиренон внутрь 20 мкг/3 мг 1 р/сут. с 1-го по 28-й день менструального цикла (24+4). На фоне проведенной терапии к 4 месяцу у 95 (89,6%) пациенток исчезли боли, связанные с менструациями, и через 6 месяцев наблюдалось восстановление менструального цикла у всех обследуемых девушек-подростков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная диагностика и комплексная терапия первичной дисменореи у девушек-подростков способствует улучшению общего самочувствия, восстановлению нарушений менструального цикла.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Сдвигов А.С., Насырова Н.И., Бондаренко К.Р., Езюков А.А., Житарева И.В.

Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время повсеместно наметилась четкая тенденция к увеличению доли органосохраняющих операций в хирургии миомы матки, особенно среди женщин фертильного возраста, что подтверждается снижением частоты выполнения гистерэктомии за последнее десятилетие на 36%. Главная причина указанного - совершенствование органосберегающих хирургических и медикаментозных методов лечения, позволяющих минимизировать интраоперационные осложнения и сократить сроки восстановления репродуктивной функции.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность методики временной окклюзии внутренних подвздошных артерий (ВОВПА) при проведении лапароскопической миомэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели анализ 422 оперативных вмешательств по поводу миомы матки у женщин репродуктивного возраста, часть которых (N=66) планировали беременность. Всем участвующим в исследовании провели эндоскопическое органосберегающее лечение в объеме миомэктомии, из них: 145 пациенткам - с применением методики ВОВПА (I группа), 277 обследуемым выполнили «классическую» лапароскопическую миомэктомию без ВОВПА (II группа). Для достижения цели провели оценку объема интраоперационной кровопотери и анализ репродуктивных исходов в сравниваемых группах к концу первого года наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ полученных данных показал почти 4-кратное уменьшение объема кровопотери при проведении операции с применением методики ВОВПА по отношению к «классической технике»: $45,6 \pm 11,3$ мл и $210 \pm 56,3$ мл, соответственно ($p < 0.05$). В свою очередь из числа планировавших беременность в I группе наблюдения (N=31) в 80% (N=25) случаев регистрировали наступление беременности к концу первого года после операции, из которых 50% (N=13) женщин родили самостоятельно через естественные родовые пути, в 35% (N=8) случаев потребовалось проведение операции кесарева сечения, а в 15% (N=4) наблюдений - беременность прервалась в различные сроки гестации. Из числа планировавших беременность во II группе наблюдения (N=35) беременность наступила в 57% (N=20), что было достоверно ниже аналогичного показателя в I группе ($p < 0.05$). Частота естественных родов во II группе составила 35% (N=7), в 55% (N=11) случаев потребовалось проведение операции кесарева сечения, а в 10% (N=2) наблюдений - беременность прервалась в различные сроки гестации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение методики ВОВПА при выполнении лапароскопической миомэктомии по сравнению с «традиционным» хирургическим подходом без ВОВПА позволяет повысить качество проводимого оперативного лечения за счет снижения объема интраоперационной кровопотери, а также ассоциируется с более высокой частотой наступления беременностей к окончанию первого года после операции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Соколова Е.И., Куценко И.И., Крутова В.А., Кравцова Е.И., Кокарева А.Г.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

У 10-14% женщин, оперированных по поводу объёмных образований органов малого таза, диагностируются эндометриоидные кисты яичников (ЭКЯ). По современным представлениям, первым этапом лечения при размерах кист более 4 см должно быть хирургическое вмешательство с бережным обращением к капсуле ЭКЯ, представляющей корковый слой яичника, и это важно у женщин в позднем репродуктивном возрасте с нереализованной репродуктивной функцией, так как овариальный резерв зависит, в том числе, и от объёма и степени коагуляции этой ткани. Поэтому всё большее распространение находит использование различных гемостатических средств для контроля интраоперационного кровотечения.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка возможности и эффективности применения гемостатического материала при лапароскопической цистэктомии у пациенток с ЭКЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 79 пациенток с ЭКЯ, находившихся на стационарном лечении в Клинике ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Критериями включения в исследование были: возраст 36-45 лет, размеры кист от 4 до 7 см, лапароскопическая энуклеация односторонней ЭКЯ. Критерии исключения: возраст менее 18 и более 45 лет, беременность, онкозаболевания. У 21 (26,3%) пациенток ЭКЯ сочетались с бесплодием. Средний возраст исследуемых составил $37,8 \pm 2,6$. Пациентки были разделены на три группы в зависимости от способа гемостаза: использование рассасывающегося гемостатического материала, изготовленного по методу контролируемого окисления восстановленной целлюлозы (1 группа, $n=26$), биполярная электрокоагуляция (БПК)- (2 группа, $n=27$) и аргоноплазменная коагуляция (АПК) (3 группа, $n=26$). Группы были сопоставимы возрасту и размерам кист. Для

оценки тяжести операционной травмы использовали динамику лейкоцитоза, температурную реакцию, концентрацию СРБ и активных продуктов взаимодействия с тиобарбитуровой кислотой в плазме крови (до и через 12 ч после операции).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам нашего исследования длительность операции в 1 группе составила $56,3 \pm 8,4$ мин, во 2 группе - $44,1 \pm 7,4$ мин, в 3 группе - $46,4 \pm 8,7$ мин. Объём кровопотери был одинаковый во всех группах и составил менее 80 мл. Исследование температурной реакции в 1 группе показало, что у 69,2% пациенток температура не превышала $37,0^\circ\text{C}$, от $37,1$ до $37,5^\circ\text{C}$ отмечалась у 30,8% женщин. Во 2 группе повышение температуры тела от $37,1$ до $37,5^\circ\text{C}$ отмечалось у 55,6%, а от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ — у 7,6% больных. В 3 группе повышение температуры тела от $37,1$ до $37,5^\circ\text{C}$ отмечалось у 38,5%, а от $37,6$ до $38,0^\circ\text{C}$ — у 3,8% больных. Исходный уровень лейкоцитов в 1, 2 и 3 группах достоверно не отличался. Максимальное повышение через 12 ч — $10,5 \pm 0,4$, $p < 0,05$ отмечалось во 2 группе. При оценке показателей СРБ выявлено повышение его уровня во 2 и 3 группах сравнения через 12 ч ($21 \pm 2,1$ и $15,1 \pm 1,6$) ($p < 0,05$), в 1 группе достоверного отличия значения СРБ от отмечено не было, $p > 0,05$. При исследовании ТБК-ап выявлено, что достоверные отличия ($p < 0,05$) в 1, 2 и 3 группах наблюдаются через 12 ч после операции ($0,48 \pm 0,23$; $0,92 \pm 0,23$ и $0,61 \pm 0,67$ соответственно). При этом в 1 группе они ниже достоверно ниже, чем во 2 и 3 группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование гемостатического материала при оперативных вмешательствах при ЭКЯ позволяет снизить процесс эндогенной интоксикации продуктами деструкции тканей и является щадящим методом интраоперационного гемостаза, не увеличивая объёма кровопотери.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ АКРОМЕГАЛИИ

Станоевич И.В.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Акромегалия - хроническое заболевание, обусловленное гиперпродукцией СТГ аденомой гипофиза, что приводит к повышению ИФР1 сыворотки крови с развитием вторичных изменений в различных системах органов. Одним из возможных путей улучшения диагностики акромегалии и предотвращения развития осложнений, является выявление ранних проявлений заболевания со стороны гениталий и особенностей течения акушерско-гинекологической патологии при акромегалии.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей акушерско-гинекологического анамнеза и статуса пациенток с впервые установленным диагнозом акромегалии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 122 пациентки, поступившие в отделение нейрохирургии для проведения планового оперативного вмешательства по поводу СТГ-продуцирующей опухоли гипофиза. Гинекологическое обследование больных включало консультацию гинеколога и эхографическое исследование органов малого таза, по показаниям – гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание.

Пациентки распределены на группы в зависимости от возраста: I группа 20 (16,4%) человек – с 18 до 34 лет включительно, II группа - 27 (22,1%) – 35-44 года, III группа -18 (14,8%) – с 45 лет до 1 года постменопаузы и IV группа - 57 (46,7%) – постменопауза более 1 года. Антропометрические параметры отражали избыточную массу тела или ожирение 1-2 степени у 52 (42,6%) и 46 (37,7%) больных соответственно. У 14 (11,5%) женщин диагностирован сахарный диабет вследствие акромегалии, у 45 (36,9%) – патология щитовидной железы, у 49 (40,2%) - патология желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основным профилем жалоб и симптомов в I возрастной группе явилась олиго/амеоррея - 9 (45,0%) человек, совпадавшая с лабораторными признаками гиперпролактинемии, гирсутизм – 6 (30,0%) и эхографические признаки мультифолли-

кулярных яичников – 11 (55,5%); во II и III группе – меноррагия/менометроррагия, соответствующая изолированному диффузному аденомиозу (при невыраженности или отсутствии альгоменорреи), лабораторным признакам хронического дефицита железа – анемии 1-2 степени – 17 (63,0%) и 10 (55,6%) по группам соответственно; в IV группе – гипертрофия яичников по данным эхографии -17 (29,8%), отсутствие типичных климактерических жалоб и признаков возрастной атрофии гениталий 49 (86,0%). Частота миомы матки закономерно нарастала к позднему репродуктивному возрасту и перименопаузе и составила на момент осмотра пациенток 71 (58,2%) наблюдений. Однако 17 (13,9%) пациенток на момент диагностики акромегалии перенесли гистерэктомию в позднем репродуктивном возрасте по поводу быстрого отмеченного роста миомы матки/ миомы матки больших размеров – 12 (9,8%), а также атипической гиперплазии эндометрия – 3 (2,9%) или умеренно дифференцированной аденокарциномы эндометрия – 1 (0,8%) в отсутствие предшествовавших олиго-/амеорреи, ожирения, бесплодия.

Акушерскими особенностями больных анамнестически явились: высокая частота невынашивания беременности - 24 (19,7%), рождение крупного плода - 23 (18,6%), плацентарная недостаточность/ гипотрофия плода – 11 (9,0%), а также преэклампсия - 8 (6,6%) и эклампсия – (0,8%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными «масками» акромегалии явились олигоамеоррея в сочетании с гиперпролактинемией и/или гирсутизмом, менометроррагия в сочетании с быстрым прогрессированием миомы матки или аденомиоза, отсутствие типичных постменопаузальных проявлений гипогонадизма, а также отягощенный акушерский анамнез.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Стокос К.Ю.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нервная и эндокринная системы находятся в тесной взаимосвязи. Следовательно, изменения в одной из них приводят к изменениям в другой. В связи с этим исследование уровня тревожности является актуальным при изучении болезней эндокринной системы. Следует отметить, что понятия тревожности и стресса не тождественны. Тревожность может являться следствием перенесенного стресса, и в отличие от него воздействует на организм на протяжении длительного периода времени.

ЦЕЛЬ

Изучение уровня тревожности у женщин с первичной олигоменореей в анамнезе после применения иглорефлексотерапии при планировании беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 30 женщин с первичной олигоменореей в анамнезе (основная группа). У всех установился правильный ритм менструаций. При обследовании выявлено женское бесплодие, обусловленное недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла. Все женщины основной группы при планировании беременности получали лечение недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла с применением иглорефлексотерапии по индивидуальной схеме. Контрольную группу составили 30 женщин с правильным ритмом менструаций и полноценной лютеиновой фазой менструального цикла. Оценка уровня тревожности проводилась с применением шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. При интерпретации показателей использовались следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкий; 31 - 44 балла - умеренный; 45 и более - высокий уровень тревожности.

Обработка полученных данных проводилась с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 и пакета статических программ Statistica 10.

Критерии включения: первичная олигоменорея в анамнезе. Критерии исключения: ожирение, гипертоническая болезнь, подтвержденная клиническими и гормональными исследованиями, воспалительные болезни женских тазовых органов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин основной группы составил $26,31 \pm 0,32$ года, контрольной - $25,38 \pm 0,34$ года ($p > 0,05$). Средний возраст менархе $13,42 \pm 0,16$ и $12,13 \pm 0,11$ года ($p > 0,05$) соответственно.

У женщин основной группы исходный уровень тревожности оценивался как низкий у 12 (40,0%), умеренный у 13 (43,3%) и высокий у 5 (16,7%). В контрольной группе низкий уровень тревожности отмечался у 25 (83,3%) женщин, умеренный у 5 (16,7%), женщин с высоким уровнем тревожности не выявлено.

После проведения курса иглорефлексотерапии, направленного на коррекцию менструальной функции с дополнительной постановкой противотревожных точек, у женщин основной группы низкий уровень тревожности выявлен у 22 (73,3%), умеренный у 8 (26,7%), высокий уровень тревожности не отмечался.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у женщин с первичной олигоменореей в анамнезе установлено достоверное увеличение умеренного уровня тревожности ($p < 0,01$) и снижение низкого уровня тревожности ($p < 0,001$) в сравнении с женщинами контрольной группы, высокий уровень тревожности выявлен только у женщин основной группы. После проведения курса иглорефлексотерапии при планировании беременности уровень тревожности у женщин основной группы достоверно не отличался от контрольной ($p > 0,05$).

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТКАНЕИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОНЕДЕГРАДИРУЕМОГО ИМПЛАНТАТА С АУТОЛОГИЧНЫМ КЛЕТОЧНЫМ КОМПОНЕНТОМ (МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТРОМАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ КОСТНОГО МОЗГА И ДЕРМАЛЬНЫМИ ФИБРОБЛАСТАМИ)

Сулина Я.Ю., Люндуп А.В., Александров Л.С., Ищенко А.И., Крашенинников М.Е., Сняжкин И.С., Северюхина Д.А., Барина А.Р., Пашенко А.А.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В течение последнего столетия в гинекологической практике особое место занимает проблема пролапса гениталий. Актуальность ее обусловлена распространенностью, ранней манифестацией, высокой частотой рецидивов. Распространенность данной проблемы достигает, по данным различных авторов от 28 до 38,9% среди всех гинекологических заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции.

ЦЕЛЬ

Сравнить тканевую реакцию организма на внедрение тканеинженерных конструкций (ТИК) с аутологичными МСК КМ и ДФ на основе бионедegradуемых имплантатов и контрольной хирургической сетки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве матриц использовались полипропиленовая (нерассасывающиеся волокна толщиной около 0.5мм) сетка. В качестве клеточного материала: мезенхимальные стволовые клетки, полученные из костного мозга и дермальные фибробласты эпидермиса кожи у 12 лабораторных животных (крыс), адгезированные на пластике. Клетки схожей веретеновидной формы, выстраивающиеся в направленные колонии.

Клетки (МСК КМ и ДФ) каждой лабораторной крысы третьего пассажа были нанесены на образцы полипропиленовой сетки. Из каждой сетки в стерильных условиях были вырезаны 12 фрагментов квадратной формы 10x10 мм. На каждый фрагмент сетки добавили по 250 мкл клеточной суспензии (400-450 тыс клеток). Инкубировали при температуре 37 С° во влажной среде, содержащую 5 % CO₂ в течение 60 минут. Затем, в каждую лунку добавляли по 2 мл культуральной среды, продолжая инкубацию в тех же условиях.

Операция по имплантации клеточноинженерных конструкций, полученных путем адгезии аутологич-

ных клеток на полипропиленовом имплантате была проведена группе из 12 лабораторных животных. Проведена установка контрольных сеток и тканеинженерной конструкции в образованные «карманы» в межлопаточную область у каждой из 12 крыс.

Заживление послеоперационного шва наступало в среднем в течение 10-15 суток. Животные выводились из эксперимента через 7 (2), 14 (2) и 21 (2) день, 2 (2) и 4,5 (4) месяца, образцы сеток отправлялись на гистологическое исследование. Производились гистологическое исследование полученных парафиновых срезов (окраска ГЭ и пикрофуксин по Ван - Гизону) и оценка тканевой реакции по интенсивности признака балльной шкалой от 1 до 5. Тканевая реакция была оценивала индексы пролиферации (ИП), воспаления (ИВ) и регенерации (ИР).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Гистологическое исследование: при отсутствии хирургических осложнений, соединительная ткань вокруг ТИК отличалась зрелостью и минимальной воспалительной реакцией в отличие от контрольной сетки у того же животного. Отмечалась наименее выраженная клеточная реакция, достаточное количество капилляров, менее выраженный отек окружающих тканей. У ТИК на полипропиленовой сетке с МСК КМ получили данные: ИП – $11,5 \pm 0,58$; ИВ – $9,38 \pm 0,71$; ИР – 1,23; у ТИК с ДФ: ИП – $7,33 \pm 0,58$; ИВ – $9,66 \pm 1,08$; ИР – 0,76. У контрольных сеток: ИП – $10,67 \pm 0,58$; ИВ – $9,66 \pm 0,72$; ИР – 1,1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТИК на полипропиленовом матриксе с МСК КМ и ДФ обеспечивают лучшее врастание компонентов соединительной ткани на поздних сроках (14 и 21 сутки, 4,5 мес) и резистентность организма к растяжению и деформации. Данные конструкции пригодны для имплантации и формируют in vivo более зрелую соединительную ткань – основной функциональный компонент фасции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

К «малым» формам поражения эпителия шейки матки относится группа пациентов с наличием вируса папилломы человека высокого онкогенного риска (ВПЧ ВР) и изменениями по данным онкоцитологии – ASCUS или LSIL. Страх за свое здоровье, здоровье полового партнера и негативные последствия на будущую фертильность оказывают влияние на качество жизни женщины (КЖ). Следует отметить особую важность оценки КЖ женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки на КЖ женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинические методы исследования; типирование ВПЧ; цитологические методы исследования; анкетирование при помощи опросника EQ-5D-5L.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами изучено КЖ 380 пациенток репродуктивного возраста (от 18 до 45 лет), разделенные на 3 группы в зависимости от результатов цитологи-

ческого исследования: ASCUS с ВПЧ ВР (1 группа – 108); LSIL с ВПЧ ВР (2 группа – 87); контрольная группа (здоровые женщины) (3 группа – 185). Оценка КЖ проводилась с помощью опросника EuroQoL EQ-5D-5L. Обработка ответов на вопросы анкеты позволили оценить КЖ пациенток по следующим аспектам жизни: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной деятельности, боль/дискомфорт и беспокойство/депрессия. Каждый компонент разделен на пять уровней в зависимости от степени выраженности проблемы. Показатели КЖ по общему состоянию здоровья у пациенток 1 группы соответствовал 0,83 (0,24), 2 группы 0,81 (0,27), что достоверно ниже по сравнению с контрольной группой – средний балл 0,94 (0,14) ($p < 0,001$).

У пациенток с ВПЧ – инфекцией (1 и 2 группы) были выявлены изменения КЖ – снижение психологического компонента, обусловленного эмоциональным состоянием пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток с «малыми» формами поражения эпителия шейки матки достоверно снижен психологический компонент КЖ по сравнению с группой контроля.

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ, АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОК С АДЕНОМИОЗОМ

Телегина О.В., Конопля А.А., Иванова О.Ю.

ОБУЗ Липецкий областной перинатальный центр, Липецк

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патогенетические звенья эндометриоза тесно взаимосвязаны и, помимо, ретроградной менструации включают: чрезмерную локальную продукцию эстрогенов, резистентность к прогестерону, воспаление и неоангиогенез, что не позволяет ингибировать патологический процесс на начальных ста-

диях и объясняет инфильтративный рост, инвазию в окружающие ткани с последующей их деструкцией и распространением поражений. Состояние перекисного окисления липидов, факторов антиоксидантной защиты, структурно-функциональные изменения в эритроцитах, являются звеньями одной цепи каскада патофизиологических реакций

в условиях различной патологии. Немногочисленность таких данных в условиях гинекологической патологии предопределяет целесообразность их детального изучения.

ЦЕЛЬ

Исследование процессов пероксидации липидов, антиоксидантной защиты и метаболического статуса эритроцитов у пациенток с аденомиозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 46 пациенток с верифицированной диффузной формой аденомиоза I–II степени, подтвержденной клиническими и инструментальными (ультразвуковое и гистероскопическое исследование) методами. Все пациентки были рандомизированы по возрасту ($34,7 \pm 2,6$ лет), индексу массы тела (индекс Кетле) не более 26 кг/м^2 . Контрольную группу (КГ) составили 18 здоровых женщин. Выраженность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали путем определения в сыворотке крови, цервикально-влагалищном смыве и эритроцитах содержания ацилгидроперекисей (АГП) и малонового диальдегида (МДА). Кроме этого, определяли общую антиоксидантную активность (ОАА), активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), уровень стабильных метаболитов оксида азота. Эритроциты получали из 5 мл гепаринизированной крови по методу E. Beutler, после чего определяли их сорбционную способность (ССЭ) и сорбционную емкость их гликокаликса (СЭГ). Мембраны эритроцитов получали методом G.T. Dodge, липиды мембран определяли методом тонкослойной хроматографии. Статистическую обработку результатов исследования про-

водили, используя непараметрические методы: критерии Вилкоксона-Манна и Уитни. Статистически значимыми считали различия с $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В сыворотке крови у пациенток с аденомиозом установлено повышение концентрации продуктов ПОЛ (МДА в 2,6 и АГП в 4,7 раза), снижение всех факторов антиоксидантной защиты (ОАА на 21%, ЦП 34,7%, неоптерина на 28,5%, активность СОД в 4,8 раза, каталазы на 14,4%). В эритроцитарной мембране отмечено повышение уровня лизофосфатидилхолина на 40,1%, свободного холестерина на 30,1%, триглицеролов на 32,1%, свободных жирных кислот на 41,7%, снижение концентрации фосфатидилхолина на 60,9%, фосфатидилэтаноламина на 24,9%, фосфатидилинозитола на 12,1%, сфингомиелина на 21,3%, эфиров холестерина на 21,3%, моно- и диглицеролов на 41,4%. Также при аденомиозе достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой установлена внутриэритроцитарная интенсификация ПОЛ со снижением факторов антиоксидантной защиты, о чем свидетельствует повышение в эритроцитах концентрации МДА ($1,37 \pm 0,13$) и АГП ($0,86 \pm 0,02$) и снижение ОАА ($22,2 \pm 1,52$), активности ферментов СОД ($10,3 \pm 0,7$) и каталазы ($5,99 \pm 0,17$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты позволяют предположить важную роль интенсивности процессов свободно-радикального окисления и структурно-функциональных свойств мембран цельных эритроцитов в поддрежании как общего, так и иммунного, гомеостаза при аденомиозе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ МЕЛАТОНИНА НА ХИРУРГИЧЕСКИ ИНДУЦИРОВАННЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ У КРЫС

Тхазаплизева С.Ш., Ярмолинская М.И., Молотков А.С., Денисова А.С., Траль Т.Г.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наружный генитальный эндометриоз является хроническим, прогрессирующим, эстроген-зависимым заболеванием. Несмотря на длительную историю изучения, патогенез заболевания остается до конца неизвестным, а частота рецидивов высокой. Мелатонин является гормоном индоламинового

ряда, секретлируемым шишковидной железой. На сегодняшний день увеличивается интерес к этому соединению в качестве потенциального терапевтического агента при различных заболеваниях, что обусловлено его плеiotропными эффектами [Yang HL, et al, 2018]. Для изучения эффективности различных препаратов в лечении эндометриоза достаточно часто

используется модель хирургически индуцированно-го заболевания у самок крыс. Моделирование эндометриоза позволяет оценить эффективность новых методов таргетной терапии. Однако большинство экспериментальных работ посвящено интраперитонеальному способу введения мелатонина, что трудно экстраполировать в практическую деятельность.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние различных доз мелатонина на очаги эндометриоза при пероральном пути введения в экспериментальной модели у крыс.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследовали 27 половозрелых самок крыс линии Wistar. Животные содержались в регламентированных условиях вивария. На первом этапе проводилось формирование хирургически индуцированной модели эндометриоза. Для создания эстрогеннасыщенного фона всем животным вводился этинилэстрадиол 50мкг/кг. Второй этап – лапароскопия, проводилась с целью оценки размеров сформировавшихся гетеротопий. Затем крысы были рандомизированы на три группы. Первая группа – 9 самок крыс, получавшие лечение мелатонином в дозировке 3мг/кг. Вторая группа – 7 самок крыс, которые получали мелатонин в дозировке 10мг/кг массы тела. Длительность приема препарата у всех животных составила 3 недели. В контрольную группу были включены 11 животных. На третьем этапе эксперимента выполнялась аутопсия, измерение очагов эндометриоза и их гистологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе лечения у 9 крыс сформировались 18 гетеротопий. Средняя площадь гетеротопий составила $56,16 \pm 19,42 \text{ мм}^2$. После применения мелатонина в дозе 3мг/кг наблюдалось достоверное уменьшение размеров очагов эндометриоза в среднем в 1,4 раза (площадь в среднем составила $30,53 \pm 7,21 \text{ мм}^2$), в 16,6% случаев очаги резорбировались полностью.

В группе лечения мелатонином в дозе 10мг/кг у 7 прооперированных животных сформировались 12 гетеротопий, средняя площадь гетеротопий после первой операции составила $73,42 \pm 27,92 \text{ мм}^2$. На фоне применения большей дозы мелатонина отмечен более выраженный эффект в сравнении с первой группой – уменьшение размеров очагов в среднем в 1,6 раз (среднее значение площади составило $11,38 \pm 4,07 \text{ мм}^2$). Полная резорбция гетеротопий наблюдалась в 75% случаев.

В контрольной группе у 11 животных сформировалась 21 гетеротопия. Площадь гетеротопий на втором этапе операции в среднем составила $46,46 \pm 6,00 \text{ мм}^2$. На заключительном этапе отмечался достоверный рост очагов - площадь гетеротопий в среднем была $55,12 \pm 11,66 \text{ мм}^2$. В одном случае зафиксирована резорбция ранее сформировавшейся гетеротопии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании хирургически индуцированной модели эндометриоза у крыс была продемонстрирована высокая эффективность перорального способа введения мелатонина. Применение препарата приводило к достоверному уменьшению размеров эндометриозидных гетеротопий и их резорбции, при этом эффект был дозозависимым. Полученные данные позволяют рассматривать мелатонин в качестве таргетной терапии заболевания.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ МЕЛАТОНИНА В ЭНДОМЕТРИИ И ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ГЕТЕРОТОПИЯХ У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Тхазаплизева С.Ш., Ярмолинская М.И., Молотков А.С., Клейменова Т.С., Андреева Н.Ю., Лысенко В.В.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) является широко распространенным рецидивирующим и прогрессирующим заболеванием, патогенез которого, несмотря на многочисленные исследования, остается загадкой. Поэтому дальнейшее изучение механизмов развития эндометриоза и

разработка новых схем терапии являются актуальной задачей.

Мелатонин – гормон, синтезируемый шишковидной железой. Известно, что источники секреции этого гормона и его рецепторы присутствуют во всех системах и органах, в том числе и репродуктивной системы. Активно изучается эффек-

тивность применения мелатонина в лечении эндометриоза, но отсутствует патогенетическое обоснование для его применения. Поэтому изучение роли мелатонина в патогенезе НГЭ является перспективным направлением.

ЦЕЛЬ

Определить экспрессию рецепторов мелатонина в эндометриоидных гетеротопиях и эндометрии женщин с НГЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основную группу вошли 23 пациентки репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом НГЭ различной степени распространенности и 10 женщин, у которых не выявлено гинекологической патологии (группа контроля). Морфологическая оценка включала гистологическое и иммунофлюоресцентное исследование с использованием конфокальной лазерной сканирующей микроскопии FluoView 1000 (Olympus, Япония). Для оценки экспрессии рецепторов мелатонина 1A (MTR1) и 1B (MTR2) использовали антитела к рецепторам мелатонина MTR1, (ab 87639) и MTR2 (ab 92339). Морфометрия проводилась с помощью программы Видеотест-Морфология 5.0 (ВИДЕОТЕСТ, Россия). Забор эндометрия и эндометриоидных гетеротопий осуществлялся с 18 по 22 день менструального цикла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке коэкспрессии MTR1 и MTR2 отмечено, что относительная площадь экспрессии в эутопическом эндометрии в группе больных НГЭ была достоверно ниже по сравнению со значениями в контрольной группе ($19,8 \pm 1,9$ и $32,6 \pm 2,4$ соответственно ($p < 0,05$)). Относительная площадь экспрессии MTR1 в эутопическом эндометрии больных

НГЭ была достоверно ниже по сравнению с группой контроля ($20,1 \pm 1,9$ и $33,2 \pm 1,7$ соответственно) ($p < 0,05$). Аналогичная картина отмечена при оценке относительной площади экспрессии MTR2 в эндометрии больных НГЭ и контрольной группы ($19,5 \pm 1,7$ и $31,5 \pm 1,7$; $p < 0,05$) соответственно. Статистически значимых отличий между показателями оптической плотности в обеих группах не выявлено. В эндометриоидных гетеротопиях коэкспрессия MTR1 и MTR2 характеризовалась снижением относительной площади экспрессии ($17,6 \pm 2,9$) по сравнению с эутопическим эндометрием больных НГЭ ($19,8 \pm 1,9$) и эндометрием контрольной группы $32,6 \pm 2,4$. Отмечено достоверное отличие ($p < 0,05$) между суммарной экспрессией рецепторов мелатонина в эндометриоидных гетеротопиях по сравнению со значениями эндометрия здоровых женщин.

Анализ экспрессии MTR1 в эндометриоидных гетеротопиях по сравнению с эутопическим эндометрием у пациенток с НГЭ и эндометрием контрольной группы достоверных отличий не выявил. При этом, экспрессия MTR2 в эндометриоидных гетеротопиях была в 1,2 раза ниже по сравнению со значениями в эндометрии контрольной группы. Оптическая плотность экспрессии между группами достоверно не отличалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных НГЭ в эутопическом эндометрии и эндометриоидных гетеротопиях обнаружена экспрессия двух типов рецепторов MTR1 и MTR2. Отмечено, что относительная площадь экспрессии рецепторов мелатонина как в эндометрии пациенток с НГЭ, так и в эндометриоидных гетеротопиях достоверно ниже по сравнению со значениями в эндометрии контрольной группы.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Исакова Ю.С., Гольденберг И.Г., Тимонина А.В., Савчук О.Б.

Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства, гинекологии и дерматовенерологии, ГБУЗ РК «Детская республиканская больница», Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Молочная железа является одним из самых уязвимых органов женского организма. При этом большинство заболеваний репродуктивной системы манифестируют именно в период интенсивного роста и развития организма (Гуменюк О. И. с соавт.,

2011, Травина М.Л., 2012). Важен также тот факт, что клинико-рентгенологический вариант диагностики, применяемый у взрослых, не применяется у подростков, что требует детального изучения методов диагностики патологии молочных желез у данной категории пациенток.

ЦЕЛЬ

Выявить структуру заболеваемости молочных желез и возможные факторы риска развития данной патологии у девочек-подростков для выработки рекомендаций по профилактике и выявлению групп риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В процессе исследовательской работы был проведен ретроспективный анализ историй болезни 47 пациенток с патологией молочных желез по данным хирургических отделений ГБУЗ РК «Детская республиканская больница» за 2014 – 2017 годы. Возраст пациенток от 11 до 17 лет 11 месяцев 29 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил $14,36 \pm 1,92$ лет. При оценке менструальной функции 87% девочек были менструирующие, причем в 51% случаев возраст менархе составил 12 лет. По шкале Tanner 70% девочек соответствовали возрастной норме. В 32% случаев дети находились на искусственном вскармливании, в 38% случаев анамнез был отягощен наличием гинекологических заболеваний у матери. По срочным показаниям была госпитализирована 61,7% девочек. В 72% случаев пациентки предъявляли жалобы на боль в области молочной железы, гиперемия кожи в 43% случаев и образование в молочной железе в 39% случаев. При пальпации наиболее часто встречались одиночные образования (63,83% случаев), при этом чаще всего они имели эластическую консистенцию (29,79% случаев) или вид узлового образования (14,89% случаев). Интересен тот факт, что при осмотре двусторонняя патология была выявлена лишь в 2,13% случаев, в то время, как при УЗИ пато-

логия с двух сторон была выявлена в 19% случаев. По результатам УЗИ в 42,5% выявлялись одиночные образования в молочной железе, а в 57,5% - множественные образования размерами до 10 мм с гипоехогенной структурой. Уровень пролактина оценивался в 55,3% случаев, при этом у 50% обследованных выявлялась гиперпролактинемия. При проведении консервативного лечения чаще всего назначались антибактериальные препараты из группы цефалоспоринов – в 92,3% случаев. Среди оперативных вмешательств вскрытие и дренирование мастита производилось в 25,5% случаев, пункция узла молочной железы – в 19% случаев, также в 8,51% случаев проводилась секторальная резекция молочной железы. Оценка гистологии проводилась в 27,7% случаев, при этом в 19,15% случаев выявлялась фибroadенома молочной железы. Если при поступлении в 46,8% случаев диагноз звучал как острый гнойный нелактационный мастит, на втором месте новообразование молочной железы (23% случаев), то при выписке чаще всего диагноз звучал, как кистозная трансформация ткани молочной железы в 40,4% случаев, фибroadенома молочной железы в 9,15% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота встречаемости заболеваний молочных желез наибольшая в возрасте 14 (21%), 15 и 17 лет (17%). Вероятными факторами риска развития заболеваний молочных желез у девочек-подростков явились искусственное вскармливание (32%), наследственная предрасположенность (38%). При выявлении изменений в молочных железах данные осмотра необходимо подкреплять проведением УЗИ молочных желез для уточнения характера патологии, а также исследованием уровня пролактина.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ

Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Иванова Н.А., Вильданова А.Р., Погодин О.О., Иванов А.В.

Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства, гинекологии и дерматовенерологии, ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние годы гинекологи все чаще диагностируют миому матки у женщин, которые не реализовали свою репродуктивную функцию. Появились совершенно новые методы лечения, при использовании которых в большом проценте случаев возможно избежать органоуносящих вме-

шательств и выбрать наиболее подходящий для каждой конкретной пациентки. Накопленный опыт позволяет сравнить репродуктивные исходы, качество жизни в послеоперационном периоде и другие отдаленные.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было проанализировать подходы к лечению пациенток с миомой матки и выяснить психологическое состояние женщин, в зависимости от выбранного метода лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни пациенток, находящихся на лечении по поводу миомы матки в гинекологическом отделении Республиканской больницы им. В.А. Баранова за 2016 год. При оценке психологического состояния женщин было использовано 2 вида опросника. Первый содержал 11 вопросов с открытой формой ответа, второй – тест Спилберга-Ханина. (1976 г.). Проведена оценка клинико-анамнестических данных и данных протоколов операций, проанализированы опросники и тесты о психологическом состоянии. Было опрошено 16 пациенток с миомой матки. Из них 9 пациенткам предстояла гистерэктомия, 7 – ЭМА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациентки были разделены на 4 группы в соответствии с видом лечения: гистерэктомия - 91 чел.(68,9%), миомэктомия лапаротомическая - 17 чел.(12,9%), гистероскопическая миомэктомия -13 чел.(9,8 %), эмболизация маточных артерий(ЭМА) -11 чел.(8,4%). Средний возраст пациенток с гистерэктомией составил 49+0,9 лет, преимущественная локализация узлов интрамурально-субсерозная (53%), размеры узлов 7-11 нед. У31% женщин, 12-13 нед у 34% пациенток и более 14 нед. у 35% женщин. Средний возраст пациенток, которым выполнялась миомэктомия лапаротомическая 38+0,5 лет, почти половина узлов были интраму-

ралльно-субсерозной локализации (48%). Размеры узлов до 8 нед. были у 29% женщин, 9 – 11 нед. - 53% пациенток и 12-13 нед-18%. Средний возраст пациенток с гистероскопической миомэктомией составил также 38+0,5 лет, причем преобладали узлы 1 типа (у 69% женщин). При ЭМА средний возраст составил 48 лет, преимущественная локализация узлов – интрамуральная (46%), размеры узлов 6-8 нед. были у 45% пациенток, 9-11 нед. - у 37% пациенток, более 12 нед. - у 18% женщин. Преобладающими жалобами во всех группах были меноррагии, нарушение мочеиспускания и дефекации. Опрос показал, что 88% женщин не знает других методов лечения, кроме хирургических. Они не были информированы своим врачом об альтернативных методах. При оценке тревожного состояния в группе, где выполнялась гистерэктомия 69% женщин испытывали либо тревогу, либо депрессивное состояние, либо состояние близкое к неврозу, что объясняли органосохраняющей радикальной операцией. Так же в этой группе почти половина пациенток считали, что качество жизни никак не улучшится после операции. В группе, где выполнялась ЭМА, у всех больных не было выявлено тревожного состояния, так как все пациентки считали, что качество жизни изменится в лучшую сторону.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование показало, что не смотря на главенствующее место радикальных операций при миоме (69%), в 31% случаев у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста использованы органосохраняющие методы лечения, которые не оказали отрицательного влияния на их психологическое состояние и позволяют улучшить качество жизни в дальнейшем.

МИКРОФЛОРА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Храмова И.А., Слюсарева Е.Е., Матюшкина Л.С., Шутка Е.В.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема диагностики и лечения пациенток с эктопией шейки матки становится всё более актуальной в связи с увеличением частоты заболеваемости раком шейки матки, особенно у молодых женщин. Наиболее частой причиной эктопии шейки матки и ее рецидивирования является воспалительный процесс (82,2%). На его фоне нарушается

созревание и десквамация эпителия, что предполагает к развитию дисплазии и рака шейки матки.

ЦЕЛЬ

Изучить микрофлору цервикального канала у женщин репродуктивного возраста с неосложненной и осложненной формой эктопии шейки матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одномоментное проспективное исследование были включены 104 женщины от 18 до 35 лет, проходившие обследование в центре женского здоровья «Белая роза», расположенного на базе Краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи в 2017 году.

Критерии включения: наличие эктопии шейки матки, подтвержденной кольпоскопическим исследованием, подписанное информированное согласие на проведение исследования.

Методы исследования: визуальный осмотр, кольпоскопия, микробиологическое исследование материала, полученного с экто- и эндоцервикса. Для верификации возбудителя использовались бактериоскопический, хемолюминисцентный методы и метод полимеразной цепной реакции. Пациентам проведено генотипирование ВПЧ с определением вирусной нагрузки в соскобах эпителиальных клеток тест-системами «Квант 21».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди инфекционных агентов у женщин с эктопией преобладали *C.trachomatis* (36,1%), *Trich. vaginalis* (16,7%), *Neisseria gonorrhoeae* (11,2%), *U.urealiticum* (6,7%), вирус герпеса 6-ого типа (3,2%). ВПЧ выявлен у 26,1% обследованных женщин. Наиболее часто встречающимися генотипами ВПЧ были онкогенные 16 (20,6%), 51, 52 и 56 и их ассоциация, а также не онкогенный генотип 44. Обнаружен низкий процент распространенности онкогенного типа ВПЧ 18 (14,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитию эктопии шейки матки в значительной степени способствуют микроорганизмы, передаваемые половым путем, а наиболее часто встречаемыми возбудителями являются *C.trachomatis* и ВПЧ высокого онкогенного риска, причем ассоциация разных типов вируса. Это диктует необходимость комплексного обследования женщин с эктопией шейки матки с обязательным ВПЧ-тестированием и проведением своевременной этиопатогенетической терапии.

РОЛЬ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ-СУПРЕССОРОВ WNT-СИГНАЛЬНОГО ПУТИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Чернуха Г.Е., Иванов И.А., Полозников А.А, Киселев В.И., Куземин А.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является одной из наиболее частых причин АМК и ведущим фактором развития рака эндометрия (РЭ). По современным представлениям, важную роль в генезе РЭ играет активация WNT-сигнального пути. Однако его значимость при формировании ГЭ остается практически неизученной. Известно, что WNT-путь усиливает пролиферацию, ангиогенез, оказывает провоспалительное действие и в норме подавляется специфическими антагонистами, наиболее изученным из которых является WNT-ингибирующий фактор 1 (WIF-1). Различные эпигенетические нарушения, в частности метилирование генов, могут приводить к супрессии WIF-1 и, как следствие, к патологической активации WNT пути.

ЦЕЛЬ

Цель данного исследования - изучение роли метилирования гена WIF-1 в формировании ГЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 20 пациенток, обратившихся в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» для проведения гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания по поводу ГЭ. Средний возраст женщин в исследуемой группе составил $36,8 \pm 8,3$ лет. Методом бисульфитного секвенирования была проведена оценка степени метилирования гена WIF-1 в биоптатах эндометрия с гистологически подтвержденной ГЭ без атипии. В качестве группы контроля отобраны образцы эндометрия 20 женщин с гистологическим заключением - стадия пролиферации без патологических изменений.

Их возраст составил $36,3 \pm 7,4$ лет. В каждом образце оценивалось 24 сайта метилирования. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного пакета для статистического анализа R версии 3.4.0. В качестве меры значимости применялся критерий хи-квадрат Пирсона, критический уровень $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании эндометрия стадии пролиферации ни в одном образце метилирование WIF-1 обнаружено не было. При ГЭ метилирование выявлено в 15 (75%) случаях ($p < 0,00003$). Низкая степень метилирования (1-8 метилированных сайтов) отмечена в 12 образцах, средняя (9-16 сайтов) - в

одном и высокая (17-24 сайта) – в двух образцах эндометрия. Среднее количество измененных сайтов составило 6,8.

Не было установлено достоверной корреляции степени метилирования гена с возрастом, наличием АМК, частотой рецидивов ГЭ, паритетом и ИМТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, эпигенетические нарушения, приводящие к супрессии WIF-1 и активации WNT-пути, могут приводить к повышению пролиферативной активности эндометрия и формированию ГЭ. В связи с этим перспективным направлением лечения ГЭ представляется применение таргетной деметилирующей терапии.

ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Юдин В.А., Мельникова И.А., Князева А.В., Мельников А.А.

ГБУ РО ОКБ, Рязань

АКТУАЛЬНОСТЬ

Избыточный вес служит одной из причин бесплодия у женщин детородного возраста. Исследования о влиянии метаболической хирургии на репродуктивную функцию женщины показывают, что операции по снижению веса оказывают положительное воздействие при ановуляции, гирсутизме, гормональных изменениях, инсулинорезистентности, нарушениях половой активности и либидо присущих СПКЯ. Улучшение фертильности молодых пациенток после перенесенных бариатрических операций связано именно со снижением веса.

ЦЕЛЬ

Оценить репродуктивную возможность пациенток, перенесших бариатрические операции и процент потери избыточного веса, при котором наступила беременность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2012г. на базе РОКБ г. Рязани оперировано 47 пациенток репродуктивного возраста (от 18 до 44 лет). У 31 из них выполнена операция лапароскопического бандажирования желудка; у 13 операция лапароскопической продольной (sleeve) резекции желудка; у 3 операция лапароскопического гастрешунтирования. Средний возраст 36,5 лет (от 24 до 44 лет). Средний индекс массы тела $42,17 \text{ кг/м}^2$ (от 35,1 до $61,3 \text{ кг/м}^2$). Нарушение мен-

струальной функции до выполнения бариатрической операции в виде хронической ановуляции и бесплодия имело место у 16 (34,1%) из них.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке результатов операции, выявлено, что на фоне интенсивного снижения веса, беременность наступила у 11 (68,75%) из 16 пациенток с установленным до операции диагнозом бесплодия. При этом у 9 (56,25%) из них до операции отмечены попытки лечения бесплодия. Сроки наступления беременности составили от 4 месяцев до 3 лет с момента операции, что соответствовало снижению веса на $36 \pm 14 \text{ кг}$ на момент зачатия. Минимальный процент потери избыточного веса (%EWL) 47,5%. Изменение веса во время беременности (от момента наступления беременности до родов): увеличение веса до 7кг у 7 пациентов (63,6%), увеличение веса до 3кг у 2 пациентов (18,2%), снижение веса у 2 пациентов (18,2%). Родоразрешение путем кесарева сечения у 5 (45,45%) пациенток, самостоятельно у 6 (54,55%) пациенток на сроках от 36 до 39 недель.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные показывают, что потеря веса после бариатрических операций повышает вероятность наступления беременности у женщин ранее страдавших бесплодием.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Якупова Г.М., Манасова И.К., Насырова Ш.Т.

Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии МЗ РК, Республика Казахстан, Алматы

АКТУАЛЬНОСТЬ

Охрана репродуктивного здоровья молодежи является государственной задачей. Репродуктивное здоровье формируется с детского возраста и наиболее уязвимо в период вхождения во взрослую жизнь. Понятие репродуктивного здоровья включает в себя и сексуальное здоровье, сексуальное поведение.

ЦЕЛЬ

Оценить сексуальное поведение студентов и их отношение к своему репродуктивному здоровью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено анонимное анкетирование 348 студентов ВУЗов города Алматы. В анкетировании участвовали 3 ВУЗа города. КНТУ имени К. И. Сатпаева – 104 студента; КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова – 155 студентов; Каз УМО и Мя – 91 студент. Нами разработана и составлена специальная анкета, состоящая из 22 вопросов, отражающая сексуальную активность респондентов, а также их отношение к ранней половой жизни, контрацепции, полигамности, незапланированной беременности, их информированности о ИППП.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст студентов от 20 до 25 лет. В анкетировании участвовали девушки – 52.4%, молодые мужчины – 47.6%.

Половую жизнь отрицают 68,8% студенток и 14,4% респондента мужского пола; 0,8% девушек и 2,8% мужчин воздержались от ответа. Таким образом, сексуально активных девушек 30,4% и 82,8% молодых мужчин.

Половой дебют у юношей наступал раньше чем у девушек в среднем на 1.5 ± 0.4 года. Основной возраст для полового дебюта у девушек в 19-21 год – 69%, Пик полового дебюта у юношей в возрасте 16-18 лет – 60,1%.

Семейный статус сексуально активных студентов определил, состоящих в браке 62% у девушек, тогда как среди молодых людей в браке состоит только 12,4% респондентов.

Количество половых партнеров у респондентов: большинство девушек 68% предпочитают моногамные отношения, тогда как только 14,8% мужчин склоняются в сторону моногамности. Большинство юношей 67,4% имели более 4 половых партнеров, тогда как среди девушек 14% имеют полигамные отношения, 17% молодых женщин уклонились от ответа.

Хочется отметить, что первый половой опыт связан с негативными эмоциями у каждой второй сексуально активной респондентки, в то время как среди юношей – у каждого десятого.

При анализе информированности об ИППП выявлено, что большинство респондентов осведомлены об ИППП, причем среди девушек 82,4% и среди юношей 79,1%.

Большинство студентов контрацептируют барьерным методом: девушки 25,9%, а юноши 81,5%, что свидетельствует об информированности о нем молодежи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований выявлено, что к широкому распространению ИППП привели, с одной стороны, нарастающее экологическое неблагополучие среды, нарушающее иммунный статус организма и создающее повышенную восприимчивость к инфекциям, с другой, и это главное, формирование определенной нравственной атмосферы. Большинство студентов проявили завидную осведомленность и информированность в вопросах ИППП, контрацепции, но случаи нежелательной беременности имели место быть. Актуальным также является половой дебют в ювенильном возрасте, сексуальные неудачи обеих полов.

Среди сексуально активных юношей удельный вес полигамных респондентов гораздо выше, чем среди девушек. Первый половой опыт у девушек не всегда связан с положительными эмоциями. Большинство респондентов предпочитают моногамные отношения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Якупова Г.М., Садуакасова Ш.М., Манасова И.К.

Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии МЗ РК, Республика Казахстан, Алматы

АКТУАЛЬНОСТЬ

Предменструальный синдром (ПМС) – совокупность циклически повторяющихся физических и эмоциональных симптомов, появляющихся в лютеиновую фазу менструального цикла и исчезающих в течение первых дней менструации. Частота ПМС варьирует в широких пределах 21 – 75%. Заболевание возникает на фоне нормальной функции яичников в результате цепи психоэндокринных реакций, пусковым моментом которых является овуляция.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность применения комбинированных оральных контрацептивов, содержащих дроспиренон, в терапии ПМС у женщин репродуктивного возраста с гиперандрогенией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено обследование 60 женщин с ПМС, включающее сбор анамнеза, специальное гинекологическое исследование, ультрасонографию органов малого таза, определение концентрации ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, пролактина, тестостерона, ДГЭА-сульфата в сыворотке крови до и после лечения, Оценку симптомов путем заполнения «календаря предменструального наблюдения», включающего 12 психоэмоциональных и 10 соматических симптомов ПМС в течение 3 менструальных циклов до лечения и 6 менструальных циклов во время лечения. Пациентки разделены на 2 группы: I группе (n = 30) назначался низкодозированный комбинированный оральная эстроген-гестагенный препарат, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона в режиме в 21/7 дней (препарат Ярина), II группе (n = 30) микродозированный комбинированный оральная эстроген-гестагенный препарат, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона в режиме в 24/4 дней в течение 6 месяцев (препарат Джес).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил 31,1±6,79 лет. Средние показатели тестостерона и ДГЭА-сульфата до лечения в обеих группах были выше нормы: тестостерон – 5,0±0,34 и 4,8±0,28 нмоль/л, ДГЭА-сульфат – 4,5±0,30 и 4,3±0,31 мкг/мл соответ-

ственно группам. У 30,0±4,8 пациенток I группы и у 33,3±5,1 (10) II группы отмечались признаки себореи и акне.

До лечения отмечалось преобладание следующих психоэмоциональных и соматических симптомов: раздражительность – от 70,0±4,9% до 73,3±4,9%, эмоциональная лабильность – 63,3-66,7%, плаксивость – 63,3-60,0%, повышение аппетита – 53,3-50,0%, депрессия – 43-41,2, агрессивность – 40,0-36,7%, масталгия – 80,0% - 73,3%, отечность – 46,6-50,0%, метеоризм – 60,0-60,0% соответственно группам.

После лечения отмечалось уменьшение следующих психоэмоциональных и соматических симптомов ПМС: раздражительности, эмоциональной лабильности, плаксивости, повышения аппетита, депрессии, агрессивности, масталгии, отеков, метеоризма, что связано с антиминералокортикоидным эффектом дроспиренона. В обеих группах отмечалось уменьшение акне и концентраций тестостерона и ДГЭА-сульфата за счет антиандрогенной активности дроспиренона. Побочным эффектом проводимой терапии явились межменструальные кровянистые выделения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Достоверное снижение частоты и выраженности основных психоэмоциональных и соматических симптомов ПМС наблюдалось в обеих группах к 6-му месяцу проведенной терапии. Применение микродозированного комбинированного эстроген-гестагенного препарата обеспечило уменьшение масталгии, отеков, метеоризма, что связано с минимальной дозой эстрогенов в составе препарата, поскольку гестагены обладают способностью задерживать жидкость. Эффективность микродозированного эстроген-гестагенного препарата оказалась выше.

Онкогинекология

КОМПЛЕКСНЫЙ ЕДИНЫЙ СКРИНИНГ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Аминодова И.П., Крючко Д.С.

АНО «Медицинский центр «Белая Роза», Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Повышение уровня онкологической заболеваемости, увеличение числа сочетанных опухолей у женщин репродуктивного возраста, низкие показатели выявления ранних стадий опухолей обуславливают необходимость нового подхода к скрининговым программам.

ЦЕЛЬ

Оценить возможности комплексного обследования в повышении эффективности скрининга сочетанных заболеваний репродуктивных органов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Комплексное обследование: осмотр гинеколога, онколога, цитологическое исследование, УЗИ органов малого таза, молочных желез, маммографию; анкетирование пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комплексное обследование проведено 41 241 женщине, в том числе маммография выполнена у 69,5%. Злокачественные новообразования (ЗНО) органов репродуктивной системы диагностированы у 196 женщин (0,4% обследованных), ЗНО других локализаций - у 10 пациенток. В пересчете на 100 тысяч полученные результаты соответствуют уровню заболеваемости 475,3 на 100 тысяч.

Наиболее часто диагностирован рак молочной железы – 149 случаев, значительно реже - ЗНО шейки матки (12), эндометрия (11) и яичника (10), что соответствует структуре онкологической заболеваемости. Заболеваемость в пересчете на 100 тысяч соответствовала среднероссийским показателям по раку шейки матки 29,1 против 25,28; по раку яичников значительно превышала аналогичные параметры (36,3 против 17,81); по раку молочной железы и раку эндометрия оказалась

ниже данных в РФ – соответственно 361,0 против 439,0 и 26,7 против 31,89. Из 21 женщин с цервикальным раком у 9-ти диагностирована *carcinoma in situ* - преинвазивная стадия ЗНО составила 47,6%, что значительно выше, статистических данных по России - 0,9-1,2 на 100 верифицированных. У 163 женщин диагностирована тяжелая цервикальная дисплазия (CIN II-III), что свидетельствует о высокой частоте CIN. У 30,2% женщин, выявлены гиперпластические процессы органов репродуктивной системы. Первое место в структуре занимала миома матки - 7725 (18,7%), полипы половых органов выявлены у 4,0%; гиперпластические процессы эндометрия у 2,7% женщин. Сочетанные заболевания половых органов и молочных желез диагностированы у 59,6%; патологии не выявлено лишь у 14,4% обследованных. Данные анкетирования продемонстрировали, что только 12% опрошенных привержены здоровому образу жизни, низкую физическую активность отметили 69,7% респонденток, курящие составили 36% опрошенных, более 60% имели избыточный вес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из вариантов решения проблемы онкологического скрининга может стать открытие в регионах дополнительных центров, ориентированных на комплексный подход к скринингу и ранней диагностике.

ЕЖЕГОДНЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ РАКА ЯИЧНИКОВ И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Демидов В.Н.*, Портнова Н.И.***, Полякова Ю.В.***, Байсур М.В.***

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

**ФГБУ Поликлиника №1 УДП РФ, Москва

ЦЕЛЬ

Ранняя диагностика и профилактика злокачественных новообразований является одной из наиболее важных проблем здравоохранения. Одним из наиболее неблагоприятных, отличающихся быстрым ростом и ранним метастазированием, является рак яичников. Поэтому при выполнении настоящей работы мы поставили перед собой задачу оценить эффективность проведения ежегодного эхографического скрининга при указанном виде патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения данной задачи были проанализированы результаты ежегодного эхографического скрининга, полученные за 10-летний период наблюдений. Среднее число женщин, прикрепленных за этот период к поликлинике составляло 16222. Возраст этих женщин варьировал от 18 до 93 лет и составлял в среднем 62,3 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе проведенного исследования было установлено, что из всех обследованных нами женщин рак яичников имел место у 29 из них. Возраст этих женщин варьировал от 37 до 86 лет. В процессе проведенного скрининга I ст. рака яичников была установлена у 23,5% женщин, II ст. – у 17,5% III ст. – 47,2% и IV ст. – у 11,8%. Аналогичные показатели в Москве в 2015 г составили соответственно 24,5%, 10,7%, 38,9% и 25,8%; при этом было установлено, что ранние стадии рака - I-II ст. при эхографическом исследовании имели место у 41% женщин и поздние – III-IV у 59%; при популяционном исследовании в Москве ранние и поздние стадии рака составили соответственно 35,2% и 64,7%.

Эти данные свидетельствуют о том, что ранние стадии рака яичников при ультразвуковом скрининге выявляются только на 5,8% чаще, чем в популяции и поздние - на 5,7% реже. Из этих данных следует, что преимущество ежегодного ультразвукового скрининга по сравнению с обычным исследованием было небольшим и составляло всего 11,5%. В тоже время стандартизированный показатель рака яичников, вычисленный с учетом возраста пациенток, снизился с 39,3 при проведении обычного обследования до 18 при эхографическом скрининге, т.е. различие между этими показателями составило 2,2 раза. Последнее, с нашей точки зрения, обусловлено тем, что в подавляющем большинстве случаев рак яичника бывает вторичным и возникает из папиллярных (31–60%) и муцинозных (16,6–26,7%) цистаденом.

Поэтому своевременное выявление во время ежегодного эхографического скрининга и последующее удаление потенциально злокачественных опухолей приводит к существенному снижению частоты возникновения рака яичников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что ежегодный эхографический скрининг представляет собой важное диагностическое мероприятие, способствующее существенному снижению частоты возникновения рака яичников.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бикеев Ю.В., Сенча А.Н., Родионов В.В., Гайлиш Ю.П., Хияева В.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ошибки в ранней и дифференциальной диагностике узловых образований молочной железы по данным литературы составляют 17-56%, поиск новых технологий ультразвуковой визуализации, в том числе с применением контрастных препаратов, актуальное и перспективное направление визуальной диагностики.

ЦЕЛЬ

Оценить диагностические возможности ультразвукового исследования с применением контрастных веществ в дифференциальной диагностике узловых образований молочной железы (МЖ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты контрастно-усиленного ультразвукового исследования (КУ-УЗИ) у 52 пациенток с очаговой патологией МЖ, средний возраст 49 лет (возрастной диапазон 26-72 года). По данным морфологического исследования были выделены две группы патологии: первая - рак молочной железы (РМЖ) (n=30), вторая - с доброкачественными опухолями (n=22).

УЗИ проводили на сканерах DC-8 (Mindray, Китай), Logiq – 9E (GE, США), опция «Contrast», MI – 0,07, с использованием линейных датчиков (7,5-18 МГц), эхоконтрастный препарат (ЭКП) «SonoVue» (Bracco, Италия) в объеме 2,4 мл.

Методика проведения КУУЗИ включала три основных этапа: первый этап – визуализация узлового образования в МЖ с оценкой характеристик по системе BIRADS, оценка кровотока в цветодоплерографическом режиме эхографии, проведение компрессионной эластографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациентки были отобраны для КУУЗИ на основании выявления у них очаговых образований МЖ после стандартного УЗИ с типичными признаками опухоли из группы BI-RADS 3-5. Размеры узловых образований составили 7-36 мм (средний размер 25 мм).

На втором этапе – анализировали качественные характеристики скорости, интенсивности накопления и распределения ЭКП в образовании. У всех пациенток с узловыми образованиями категории BIRADS 4c-5 на фоне контрастного усиления, при качественной оценке были выявлены признаки пери- и интратуморальной васкуляризации (гиперинтенсивный сигнал контрастирования). В 22 (73,3%) случаях, мы наблюдали неоднородное интенсивное накопление ЭКП. В 4 (13,3%) случаях наблюдалось периферическое контрастное усиление, в 4 (13,3%) наблюдениях - краевое контрастное усиление. Вторая группа (доброкачественные узловые образования МЖ) – гистологическая верификация – фиброаденома, киста и очаговый фиброз: в 13 (59%) наблюдениях опухоль контрастировалась с минимальным периферическим усилением, в 5 (22,7%) случаях ЭКП накапливался интенсивно и неоднородно, у 2 (9%) пациенток с кистозными образованиями наблюдался стойкий дефект перфузии.

На третьем этапе проводился количественный анализ контрастирования. Выявлены показатели, характерные для РМЖ: среднее время накопления ЭКП в образовании (time to peak) - $22,89 \pm 1,6$ (13,2 - 26,27); интенсивность накопления (peak intensity) – $21,9 \pm 0,8$ (18,7 - 25,34); время полувыведения ЭКП (descending time) – $52,67 \pm 5,04$ (31,86-72,2). Для фиброаденом: TTP $32,08 \pm 1,2$ (27,9 – 35,85), PI $27,04 \pm 0,7$ (24,54 - 29,52), DT $79,13 \pm 3,1$ (65,77-85,22).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КУУЗИ является информативной технологией визуализации кровотока в опухолевых узлах МЖ, определения «неоангиогенеза», характерного для злокачественных образований. по нашим данным чувствительность КУУЗИ в выявлении РМЖ у женщин составила – 88,5%, специфичность – 92%, диагностическая точность – 88,5%.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Пронин С.М., Мальцагов М.Р.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пик заболеваемости раком эндометрия приходится на возраст женщин старше 50 лет. В 25% случаев приходится на пременопаузальный возраст, в 3-14,1% опухоль выявляется в возрасте до 40 лет. Увеличение числа заболевших женщин репродуктивного периода является достаточно тревожным фактором, поскольку данный контингент пациенток представляет собой не только репродуктивно значимую часть женского населения, но и активную в социальном отношении группу с желанием сохранить фертильность и в последующем успешно реализовать репродуктивную функцию.

ЦЕЛЬ

Определить комплекс наиболее диагностически значимых методов выявления начального рака эндометрия у женщин репродуктивного возраста для выбора оптимальной тактики лечения (гормональное или хирургическое лечение).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На ранних этапах более 90% больных обращаются к врачу со специфическими жалобами, однако диагностируется заболевание лишь у 14% женщин в возрасте моложе 40 лет. К сожалению, патогномичного симптома начального рака эндометрия (нРЭ) нет, а симптом маточного кровотечения является классическим только для женщин в постменопаузе.

Информативность аспирационной биопсии эндометрия при атипической гиперплазии не превышает 36,1%. Кратность исследования увеличивала ценность метода до 54%, что, конечно, не могло удовлетворять требованиям скрининг-теста.

Наиболее распространенный диагностический метод при массовых обследованиях населения ультразвуковое сканирование также обладает низкой информативностью – 48,3%. (не выполняется в 1-ую фазу менструального цикла, сопутствующая внутриматочная патология, технические характеристики аппаратуры).

МРТ увеличивает информативность до 81,7% при оценке состояния лимфатических узлов малого таза, а при инвазии опухоли в миометрий до 92%. При этом МРТ исследование входит в стандарт обследования при раке эндометрия.

Ведущее место в диагностике занимает гистероскопия. При этом значительная часть лечебно-диагностических выскабливаний проводится «вслепую», нарушается последовательность и поэтапность его выполнения, что заведомо приводит к ошибочным заключениям. Отсутствие морфологической верификации не исключает наличия патологии. Информативность первичного выскабливания при нРЭ в репродуктивном периоде, когда отмечается ограниченное поражение, локализованное преимущественно в верхнем сегменте матки (дно, трубные углы) составляет 76,1%. Повысить эффективность выявления рака эндометрия можно сочетая гистероскопию с флуоресцентной диагностикой с 5-АЛК. При первичной диагностике чувствительность метода 100%, специфичность 96%. Применение флуоресцентной диагностики целесообразно при органосохраняющем лечении для выявления сохранявшейся злокачественной трансформации в ткани органа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При постановке диагноза начального рака эндометрия все вышеперечисленные методы должны быть представлены в комплексе, последовательность их применения зависит от информативности предыдущего.

Репродуктология

ПРОТЕОМНЫЕ ПРОФИЛИ МИКРОВЕЗИКУЛ И КЛЕТОК НАТУРАЛЬНЫХ КИЛЛЕРОВ ЛИНИИ NK-92

Александрова Е.П., Корневский А.В., Соколов Д.И., Сельков С.А.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Микровезикулы – экстраклеточные везикулы размерами от 100 до 1000 нм, отпочковывающиеся от клеточной мембраны и несущие в себе различные трансмембранные и цитоплазматические белки, а также молекулы РНК. Микровезикулы содержатся во всех биологических жидкостях и обеспечивают клеточную коммуникацию в процессах воспаления, ангиогенеза, инвазии трофобласта и трансформации иммунных клеток в ходе беременности. Процессы ангиогенеза и апоптоза в плаценте контролируются различными клетками, в том числе натуральными киллерами.

ЦЕЛЬ

Обнаружение характерных сходств и различий протеомных профилей клеток натуральных киллеров линии NK-92 и производимых ими микровезикул для последующего выявления сигнальных молекул, обеспечивающих межклеточные взаимодействия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клетки линии NK-92 спонтанно культивировали в полной ростовой среде на основе α -MEM при 37°C и 5% CO₂. Клетки и микрочастицы выделяли из культуры спустя сутки после полной смены среды методом дифференциального центрифугирования (200g, 9900g, 19800g). Конечную фракцию подвергали механическому лизированию, после чего белки отделяли от фрагментов мембран и разделяли с помощью двумерного электрофореза в полиакриламидном геле. Визуализированные красителем Кумасси G250 белковые пятна вырезали из геля, промывали, подвергали трипсинолизу и обессоливали. Триптические пептиды извлекали из геля и анализировали на масспектрометре Agilent 6538 UHD, совмещенном с хроматографической системой Agilent 1260. Полученные спектры обрабатывали в базе данных Uniprot (SwissProt).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В суммарном протеомном профиле клеток линии NK-92 и их микровезикул были достоверно определены 24 белка. В составе микровезикул, и клеток были обнаружены белки тубулинового цитоскелета (тубулин, статмин), а также цитоплазматические ферменты гликолиза (α -енолаза, глицеральдегид-3-фосфат дегидрогеназа, триозофосфатизомераза). В отличие от микровезикул, в клетках представлены белки компартментов (АТФ-синтаза, гольджины, глюкозорегулируемый белок 78 кДа), а также белки цитоплазматической мембраны (рецептор гормона секретина, протокадгерин), цитоплазматические белки (α -казеинкиназа) и элементы виментинового цитоскелета. Только в микровезикулах были обнаружены белки теплового шока 60 кДа и 70 кДа, цитоплазматические ферменты (пептидил-пролил-цис/транс-изомераза А, N-ацилураминат цитидилтрансфераза), ядерные белки (ламинин, гистоны H2B типа 1A) и белки актинового цитоскелета (актин, трансгелин, профилин). Сывороточный альбумин и кератины – артефакты всех видов проб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В микровезикулах клеток линии NK-92, в отличие от клеток-источников, не обнаруживаются специфические белки компартментов, а также многие мембранные протеины, цитоскелет представлен актином и тубулином, но не виментином. В микровезикулах широко представлены белки теплового шока и некоторые цитоплазматические ферменты, которые могут принимать участие в межклеточной коммуникации.

Поддержано грантом РФФИ №17-04-00679. Исследования проведены с использованием оборудования ресурсного центра Научного парка СПбГУ «Развитие молекулярных и клеточных технологий».

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА: ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ

Мишиева Н.Г., Богатырева Х.А., Мартазанова Б.А., Веюкова М.А., Королькова А.И., Бурменская О.В., Абубакиров А.Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Мультиволновая теория фолликулогенеза дает основу для проведения стимуляции функции яичников в различные фазы менструального цикла. Стимуляция в лютеиновую фазу и двойная стимуляция (индукция суперовуляции в фолликулярную и лютеиновую фазу одного менструального цикла) являются альтернативой традиционному началу программы ЭКО у пациенток, обратившихся для сохранения генетического материала при диагностированном онкологическом заболевании. В настоящее время, лимитированное число исследований, посвященных стимуляции функции яичников в лютеиновую фазу менструального цикла у пациенток с бедным ответом, подтверждают высокую эффективность предложенной схемы стимуляции функции яичников, однако данный подход нуждается в дальнейшем изучении.

ЦЕЛЬ

Повысить эффективность программ ЭКО у пациенток со снижением овариального резерва путем проведения индукции суперовуляции в различные фазы менструального цикла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Это проспективное рандомизированное исследование с выборкой 148 человек со сниженными показателями овариального резерва. Критерии включения: возраст <43 лет; концентрация АМГ <1,2 нг/мл; число антральных фолликулов <6; концентрация ФСГ >11 МЕ/мл. Критерии исключения: миома матки субмукозной локализации, наружный генитальный эндометриоз III-IV, пороки развития внутренних половых органов, онкологические заболевания. Группа I (n=72) включает пациентов с традиционным началом стимуляции со 2го дня менструального цикла (контрольная группа). Группа II (n=76) включает женщин, которым проведена двойная стимуляция функции яичников: первая стимуляция функции яичников начинается со 2го д.м.ц., затем, через 4 дня после

первой трансвагинальной пункции яичников (ТВП), в лютеиновой фазе менструального цикла – вторая стимуляция функции яичников. Была произведена витрификация эмбрионов на стадии бластоцисты у всех участников исследования. Перенос эмбрионов проведен в криопротоколе, после предварительной подготовки эндометрия. Гормональный профиль определялся в день начала стимуляции функции яичников, на 6й день стимуляции, в день введения триггера овуляции и в день ТВП.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст ($36,0 \pm 4,5$ в группе I и $36,7 \pm 3,8$ в группе II) и концентрация АМГ ($0,89 \pm 0,3$ в группе I и $0,94 \pm 0,3$ в группе II) были сопоставимы в обеих группах. Анализ эмбриологических показателей выявил статистически достоверно большее число полученных ооцитов во II группе ($4,4 \pm 2,1$ в группе I и $8,8 \pm 4,2$ в группе II, $p < 0,001$), зрелых ооцитов MII ($3,9 \pm 2,0$ в группе I и $7,4 \pm 3,6$ в группе II, $p < 0,001$) и число бластоцист ($1,8 \pm 1,5$ в группе I и $2,7 \pm 2,7$ в группе II, $p = 0,039$). Также было выявлено статистически достоверное увеличение частоты клинической беременности в группе II по сравнению с группой I (51,3 % (39/76) и 41,7% (30/72), $p > 0,034$, соответственно), однако, частота ранних репродуктивных потерь в обеих группах была сопоставима (16,7% (5/30) в группе I и 7,7% в группе II (3/39, $p = 0,06$). Концентрация прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови были статистически достоверно выше в день начала стимуляции функции яичников в лютеиновую фазу группы II (прогестерон: $0,9 \pm 1,67$ и $16,7 \pm 13,27$ нмоль/л, $p < 0,001$; эстрадиол: $150,94 \pm 83,41$ и $384,27 \pm 334,44$ пмоль/л, $p < 0,001$ в группе I, и в лютеиновую фазу группы II, соответственно), но, в день введения триггера овуляции гормональный профиль между группами был сопоставим (прогестерон: $3,49 \pm 3,62$ и $5,65 \pm 4,58$ нмоль/л; эстрадиол: $4630,17 \pm 2469,52$ и $3697,73 \pm 2231,34$ пмоль/л в группе I и в лютеиновую фазу группы II, соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стимуляция функции яичников в различные фазы одного менструального цикла приводит к повышению частоты наступления клинической беременно-

сти у пациенток со снижением овариального резерва за счет увеличения числа получаемых ооцитов и, соответственно, увеличения числа эмбрионов пригодных для переноса.

ЗАВИСИМОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНОЦИТОТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША ОТ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МОЛЕКУЛЫ CD200 НА ПОВЕРХНОСТИ ВВОДИМЫХ АЛЛОГЕННЫХ ЛИМФОЦИТОВ

Арефьева А.С., Николаева М.А., Степанова Е.О., Голубева Е.Л., Тетруашвили Н.К., Кречетова Л.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Привычный выкидыш (ПВ) является одной из актуальных проблем в акушерстве, однако его этиология в 40-50% случаев остается невыясненной. Предполагается, что в основе идиопатического ПВ лежит нарушение формирования иммунологической толерантности (ИТ) к антигенам плода. Эффективным способом индукции ИТ у женщин с ПВ в анамнезе является иммунизация пациенток лимфоцитами их полового партнера - иммуноцитотерапия (ИЦТ), которая проводится как до, так и после наступления беременности. Одним из факторов, способствующих формированию противовоспалительного Th2 фона в результате ИЦТ, считается молекула CD200, которая активно экспрессируется на В и Т-лимфоцитах. Учитывая, что имплантация и ранние стадии первого триместра беременности протекают на фоне провоспалительных Th1 реакций, нельзя исключить, что избыточная экспрессия CD200 на вводимых при предгестационной ИЦТ лимфоцитах может препятствовать развитию локального воспалительного процесса, необходимого для наступления беременности.

ЦЕЛЬ

Выявление взаимосвязи между экспрессией молекулы CD200 на вводимых лимфоцитах, формированием иммунологического фона у женщины и наступлением беременности после проведения ИЦТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 37 пар с идиопатическим ПВ в анамнезе. Пациенткам были проведе-

ны предгестационные иммунизации лимфоцитами их полового партнера. 50 млн клеток лейкоцитарной фракции, полученной из периферической крови мужчины, вводилось женщине в середине фолликулярной фазы двух последовательных менструальных циклов. Фенотип аллогенных лимфоцитов, а также лимфоцитов самой пациентки, определяли с помощью проточной цитометрии. Мультиплексное определение концентрации цитокинов в супернатантах стимулированных культур цельной периферической крови женщин проводили с помощью проточной цитометрии и технологии FlowCytomix™.

РЕЗУЛЬТАТЫ

73% женщин достигли беременности в течение года после проведения ИЦТ. Наступление беременности не зависело от количества введенных лимфоцитов, экспрессирующих молекулу CD200, однако зависело от уровня экспрессии CD200 на поверхности клеток. ROC анализ (AUC=0.755, чувствительность 62.5%, специфичность 84.6%, $p=0.02$) показал, что среди женщин, которым были введены лимфоциты с низким уровнем экспрессии CD200 (<64.6 у.е.), только 12% пациенток не забеременели, тогда как в группе с высоким уровнем экспрессии CD200 (>64.6 у.е.) 55.6% женщин не достигли беременности. При этом повышенный уровень экспрессии CD200 коррелировал с увеличенным количеством регуляторных Т клеток, пониженным содержанием активированных NK клеток и провоспалительных цитокинов в периферической крови женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повышенный уровень экспрессии CD200 на лимфоцитах, вводимых при ИЦТ, коррелирует с супрессией провоспалительного Th1 фона, что может препятствовать наступлению беременности.

Определение уровня экспрессии молекулы CD200 на аллогенных лимфоцитах является прогностическим критерием наступления беременности после проведения ИЦТ у женщин с идиопатическим ПВ в анамнезе.

РОЛЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ЦИТОТОКСИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НК-КЛЕТОК В ОТНОШЕНИИ КЛЕТОК ТРОФОБЛАСТА

Баженов Д.О., Михайлова В.А., Сельков С.А., Соколов Д.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Зона маточно-плацентарного контакта характеризуется сложной цитокиновой сетью и уникальным микроокружением. Вместе они поддерживают баланс между клетками иммунной системы матери и полуаллогенным плодом. Натуральные киллеры (NK-клетки) тесно взаимодействуют с клетками трофобласта на всех этапах беременности. Цитотоксическая активность NK-клеток – один из способов этого взаимодействия. На сегодняшний день, в литературе недостаточно отражено влияние цитокинов на цитотоксическую активность NK-клеток в отношении клеток трофобласта.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние цитокинов IL-4, IL-10, TGF- β на цитотоксическую активность NK-клеток в отношении клеток трофобласта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании использовали NK-клетки линии NK-92 и клетки трофобласта линии JEG-3. В 96-луночный планшет вносили клетки линии NK-92, затем к ним добавляли клетки линии JEG-3, обработанные красителем CFSE, соотношение клеток было 5:1. Затем вносили индукторы: IL-4 (R&D, США) 1 нг/мл, IL-10 (R&D, США) 1 нг/мл, TGF- β (R&D, США) 1000 Ед/мл. После совместной инкубации обрабатывали клетки красителем PI. Оценку цитотоксического эффекта индукторов осуществляли с помощью проточного цитометра FACSCantoII (BD, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Цитокины IL-4 и TGF- β увеличивали цитотоксический потенциал NK-клеток в отношении клеток трофобласта ($p < 0.001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Апоптоз клеток трофобласта – это необходимый процесс, который сопровождает инвазию трофобласта и дифференцировку клеток трофобласта. Гибель трофобласта, инициированная NK-клетками, может усиливаться в присутствии провоспалительных цитокинов IL-4 и TGF- β .

Работа поддержана:

Грантом Президента РФ (НШ-2873.2018.7)

Стипендией Президента РФ (СП-2836.2018.4)

ЦИТОТОКСИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НК-КЛЕТОК В ОТНОШЕНИИ КЛЕТОК ТРОФОБЛАСТА В ПРИСУТСТВИИ СЕКРЕТОРНЫХ ПРОДУКТОВ ПЛАЦЕНТ

Баженов Д.О., Михайлова В.А., Сельков С.А., Соколов Д.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Натуральные киллеры (НК-клетки) – преобладающая клеточная популяция лейкоцитов в зоне маточно-плацентарного контакта. НК-клетки регулируют инвазию трофобласта и ангиогенез в плаценте. Однако, ключевая функция НК-клеток в организме – элиминация трансформированных или чужеродных клеток. К последним можно отнести полуаллогенные клетки плода. В литературе описаны механизмы, позволяющие клеткам трофобласта избегать цитотоксической активности со стороны НК-клеток. Однако, каким образом происходит регуляция цитотоксической активности НК-клеток при беременности однозначно не определено.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние секреторных продуктов плацент первого и третьего триместров беременности на цитотоксическую активность НК-клеток в отношении клеток трофобласта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании использовали НК-клетки линии NK-92 и клетки трофобласта линии JEG-3. В 96-луночный планшет вносили клетки линии NK-92, затем к ним добавляли клетки линии JEG-3, обработанные красителем CFSE, в соотношении 5:1. В качестве индукторов использовали секреторные продукты плацент, полученные в результате предварительного культивирования

эксплантов плацент первого и третьего триместров. После совместной инкубации обрабатывали клетки красителем PI. Оценку цитотоксического эффекта осуществляли с помощью проточного цитометра FACSCantoII (BD, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

НК-клетки увеличивали относительную гибель клеток трофобласта ($p < 0,001$) по сравнению со спонтанной гибелью. В присутствии секреторных продуктов плацент первого триместра и НК-клеток относительная гибель клеток трофобласта увеличилась ($p < 0,001$) по сравнению с гибелью в присутствии НК-клеток без индукторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

НК-клетки реализуют свой цитотоксический потенциал в отношении клеток трофобласта. В ходе беременности подобный тип взаимодействия может лежать в основе ограничения инвазии трофобласта в эндометрий. Нами показано, что секреторные продукты плацент первого триместра усиливают цитотоксический потенциал НК-клеток в отношении клеток трофобласта, а инвазия трофобласта наиболее активна именно в этот период беременности.

Работа поддержана:

Грантом Президента РФ (НШ-2873.2018.7)

Стипендией Президента РФ (СП-2836.2018.4)

ОЦЕНКА ФЕНОТИПА ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ ЛИНИИ NK-92 И ОБРАЗУЕМЫХ ИМИ МИКРОЧАСТИЦ

Белякова К.Л., Михайлова В.А., Шевелева А.Р., Сельков С.А., Соколов Д.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Микрочастицы (МЧ) – новый биологический объект пристального внимания исследователей. Они представляют собой мембранные структуры

размером от 100 до 1000 нм, образуются клетками различного происхождения как при физиологических, так и при патологических состояниях. Показано, что при беременности в периферической кро-

ви женщин повышается уровень микрочастиц как трофобластического, так и лейкоцитарного происхождения, в частности МЧ естественных киллеров. Микрочастицы содержат в своем составе различные поверхностные и внутриклеточные белки. Особый интерес исследователей к МЧ обусловлен возможностью их определения в качестве маркеров различных заболеваний, к примеру, преэклампсии и эндометриоза.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилась оценка фенотипа МЧ, полученных из интактных и активированных естественных киллеров линии NK-92.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования служили активированные IFN γ и TNF α , а также интактные естественные киллеры линии NK-92. Для получения МЧ и дальнейшей оценки их фенотипа, клетки линии NK-92 сеяли в лунки 24-луночного планшета, к части лунок добавляли IFN γ и TNF α . Клетки инкубировали в течение 24 часов при 37 C и 5% CO $_2$. Спустя 24 часа планшеты центрифугировали при 200g 22C0 10 мин для осаждения клеток. Супернатанты центрифугировали при 500g 10C0 10 мин, а затем при 15500g 10C0 90 мин. Полученный осадок был дважды отмыт PBS и центрифугирован при 20000g 10C0 20 мин. Активированные и интактные клетки линии NK-92 и полученные из них МЧ обработали моноклональными антителами к CD11a, CD11b, CD11c, CD18, CD119, CD54, CD95, CD56 (BD, USA). Оцен-

ку экспрессии поверхностных рецепторов производили при помощи цитофлюориметра Cytotflex flow cytometer (Beckman coulter, USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все NK-клетки экспрессировали CD11a, CD11b, CD11c, CD18, CD119, CD54, CD95, CD56 на своей поверхности. Относительное количество МЧ, образующих интактными клетками NK-92, и экспрессия ими рецепторов была ниже чем у клеток источников: только 2% экспрессировали CD95, 10-20% экспрессировали CD11a, CD11c и CD18, 20-39% экспрессировали молекулы CD11b, CD119, CD54 и CD56. Показано, что МЧ и естественные киллеры имеют схожий профиль экспрессии молекулы CD56, однако у МЧ экспрессия молекул CD119 и CD11b была выше, а CD18 ниже, чем у клеток источников. При культивировании NK-клеток с TNF α возрастала экспрессия CD54 и CD95. При культивировании NK-клеток с IFN γ снижалась экспрессия CD11b. Активация клеток источников TNF α и IFN γ снижала на МЧ экспрессию CD95 и CD54 соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как активированные, так и интактные естественные киллеры линии NK-92, образуют микрочастицы с фенотипом, сходным с клетками-источниками, однако с меньшим уровнем экспрессии поверхностных молекул.

Работа поддержана грантом РФФИ 17-04-00679.

БЕЛКОВЫЙ ПРОФИЛЬ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ ЛИНИИ NK-92 И ПРОДУЦИРУЕМЫХ ИМИ МИКРОВЕЗИКУЛ ПРИ ИХ СПОНТАННОМ КУЛЬТИВИРОВАНИИ И АКТИВАЦИИ ЦИТОКИНОМ IL-1 β

Березкина М.Э., Александрова Е.П., Семенов В.А., Корневский А.В., Соколов Д.И., Сельков С.А.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Естественные киллеры (NK-клетки) — ключевые клетки системы врожденного иммунитета, участвующие в процессах иммунологической резистентности, а также в формировании плаценты. В ответ на воздействие цитокинов микроокружения NK-клетки активируются, продуцируя цитотоксические белки и собственные сигнальные молеку-

лы. В регуляторной и цитотоксической активности NK-клеток могут принимать участие вырабатываемые ими микровезикулы (МВ). Роль МВ в этих процессах и зависимость их белкового состава от активации клеток в настоящее время изучена недостаточно.

ЦЕЛЬ

Исследовать белковые профили НК-клеток и их МВ при их спонтанном культивировании и активации цитокином IL-1 β .

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клетки линии НК-92, воспроизводящие все характеристики НК-клеток, культивировали в полной ростовой среде на основе α -MEM и активировали цитокином IL-1 β (1000 Ед/мл среды). Активированные и интактные культуры подвергали дифференциальному центрифугированию (200g, 9900g, 19800g), выделяя клетки и их МВ. Полученные пробы лизировали, освобожденные от мембран белки осаждали в ледяном ацетоне, высушивали и растворяли в натрий-бикарбонатном буфере в равных концентрациях. Белковый профиль подготовленных образцов анализировали методом капиллярного электрофореза на микрочипе High Sensitivity Protein Chip 250 с помощью биоанализатора Agilent 2100 (Agilent Technologies, США). Статистический анализ полученных данных ($n=4-6$) проводили при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Активированные и интактные НК-клетки содержат 12 основных (>3% от относительного количества белка) групп белков по массе, а их МВ – четыре основные группы, причем ни одна из них не является общей для клеток и их МВ ($p<0,05$). В клетках преобладающими являются белковые молекулы с массой: 12,4 \pm 0,04 кДа (9,3 \pm 0,55%); 13,6 \pm 0,06 кДа (11,8 \pm 2,55%); 21,0 \pm 0,25 кДа (9,3 \pm 1,00%) и 46,3 \pm 0,30 кДа (17,0 \pm 0,80%). В МВ преобладают группы белков с массами: 59,5 \pm 0,36 кДа (67,7 \pm 3,69%) и 140,8 \pm 0,91 кДа (11,7 \pm 1,49%). Активация цитокином не влияет на состав масс НК-клеток и их МВ и их процентное соотношение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Белковые профили клеток линии НК-92 и их МВ различаются: клетки содержат большее разнообразие белков, чем МВ, при этом в МВ преобладают белки с большей, по сравнению с клетками, массой. После активации цитокином IL-1 β белковый состав клеток и их МВ не изменяется.

РОЛЬ ПРОНАЗНОГО ХЕТЧИНГА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Процесс выхода эмбриона из блестящей оболочки (хетчинг) является одним из важнейших этапов преимплантационного развития эмбриона человека. От 50 до 75% всех морфологически нормальных бластоцист человека не способны к самостоятельному хетчингу, что является одной из причин неудачи имплантации в циклах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Применение методик вспомогательного хетчинга – нарушения целостности (механический, химический и лазерный хетчинг) или полного разрушения блестящей оболочки (ферментативный хетчинг) может быть эффективным способом повышения эффективности программ лечения бесплодия методами ВРТ.

ЦЕЛЬ

Оценка результатов программ ВРТ в зависимости от проведения и вида вспомогательного хетчинга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное когортное исследование было включено 309 пациенток, проходящих лечение бесплодия методом ВРТ. На основании вида и наличия вспомогательного хетчинга бластоцист пациентки были разделены на 3 группы: группа 1 – 106 пациенток с проведением лазерного хетчинга (с частичным удалением блестящей оболочки), группа 2 – 103 пациентки с проведением проназного хетчинга (с полным удалением блестящей оболочки), группа 3 – 100 пациенток без проведения вспомогательного хетчинга бластоцист. Оценку степени зрелости, качества ооцитов и эмбрионов, и мониторинг хет-

чинга проводили с применением световой микроскопии (Nikon TE 300, общее увеличение $\times 400$). Лазерный хетчинг бластоцист проводили с помощью системы лазерной диссекции (инфракрасный лазер) Zilos-tk (Hamilton Thorne, Англия), формировали отверстие диаметром 10-14 мкм через всю ZP непосредственно перед переносом эмбриона в полость матки. Ферментативный хетчинг проводили при помощи фермента проназа Е (40 МЕ/мл, ЗАО «Протеинсинтез», Россия), растворение оболочки наблюдали под микроскопом, после чего отмывали эмбрион в культуральной среде с последующим переносом в полость матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Доля биохимической беременности не различалась в группах сравнения и составила 34,9, 42,7 и 36,5% в группах 1, 2 и 3, соответственно. В группе проведения проназного хетчинга отмечалось статистически более высокая частота наступления клинической беременности (42,7%), по сравнению с группами 1 и 3 (28,3% и 28,1%, $p=0,0292$), а также значимо более низкая доля многоплодных

беременностей ($p=0,0348$). Развитие многоплодной беременности при проведении лазерного хетчинга наблюдалось в 2,7 раз чаще, по сравнению с отсутствием хетчинга, и в 5,6 раз чаще, чем при проведении проназного хетчинга. Число самопроизвольных выкидышей и живорождения также были выше в группе проназного хетчинга, однако различия оказались статистически не достоверны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Технология полного ферментативного удаления блестящей оболочки является новым подходом к вспомогательному хетчингу, при котором, во-первых, не происходит механического разделения клеток, формирующих эмбрион, а, во-вторых, формируется быстрый контакт с клетками эндометрия в период имплантации. Это позволяет добиться не только повышения эффективности программ ВРТ, но и снижения риска монозиготных беременностей при переносе одной морфологически нормальной бластоцисты, а соответственно и снижения частоты осложнений беременности, связанных с многоплодием.

ОЦЕНКА РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ С ПОМОЩЬЮ ПАНЕЛИ БИОТИНИЛИРОВАННЫХ ЛЕКТИНОВ С ИЗВЕСТНОЙ УГЛЕВОДНОЙ СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ

Зиганшина М.М., Файзуллина Н.М., Асатурова А.В., Абдурахманова Н.Ф., Долгушина Н.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на постоянное совершенствование методологии ВРТ, частота наступления беременности в расчете на один цикл в среднем составляет 33%, на перенос эмбриона - 37,5%, и не имеет тенденции к увеличению. Очевидно, что современные критерии оценки рецептивности эндометрия не могут быть признаны удовлетворительными, поскольку даже при хорошем качестве эмбриона и признании статуса эндометрия рецептивным, имплантация не наступает в большинстве случаев. В качестве перспективных молекулярных маркеров рецептивности могут рассматриваться гликаны, поскольку установлено, что межклеточный контакт при имплантации осуществляется посредством углеводов-белкового и углеводов-углеводного взаимодействий. Также известно, что в период окна имплантации происходят значительные изменения гликома эндометрия и увеличивается

экспрессия высокогликозилированных продуктов, в частности с терминальными остатками фукозы и сиаловой кислоты.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилось изучение гликома эндометрия для совершенствования системы оценки рецептивного статуса эндометрия в программах ЭКО и ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одномоментное исследование были включены 18 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. У всех пациенток до лечения была выполнена пайпель-биопсия эндометрия в окно имплантации. На основании определения экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона, лейкопения ингибирующего фактора и количества пиноподий пациентки были разделены на две

группы: с условно «хорошей» и «плохой» рецептивностью эндометрия. Клинико-анамнестические характеристики в обеих группах были сопоставимы. Методом лектиновой гистохимии изучалось распределение терминальных остатков фукозы (окрашивание лектином UEA-I), маннозы (Con A), N-ацетиллактозамина (ECL), N-ацетилгалактозамина (VVL), 3'-сиалозидов (MAL-II) и 6'-сиалозидов (SNA) в составе гликоконъюгатов поверхностного эпителия, стромы и маточных желез. Количественный анализ гистохимических реакций выполнялся с помощью программы ImageJ с плагином ICH Profiler для количественной оценки экспрессии иммуногистохимических маркеров. Рассчитывался процент клеток с различной степенью интенсивности окраски гликоконъюгатов, оцениваемый как высокопозитивные (ВП), позитивные (П), низкопозитивные (НП) и негативные (Н). Результаты представлены в виде медианы с межквартильным размахом. Достоверность межгрупповых различий устанавливали с использованием критерия Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что у пациенток с «хорошей» рецептивностью (n=10) процент ВП клеток, окра-

шенных лектином MAL-II в поверхностном эпителии значимо выше 26,94 (0,00-66,48), чем в группе с «плохой» рецептивностью (n=8) 0,00 (0,00-0,00) p=0,032. Пациентки, у которых наступила беременность (n=6) характеризовались более низким содержанием НП клеток, окрашенных лектином SNA 6,22 (1,77-14,98) по сравнению с пациентками, у которых беременность не наступила 20,37 (15,62-43,61) p=0,035.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В поверхностном эпителии пациенток с «хорошей» рецептивностью содержится повышенное количество α 2,3-связанной сиаловой кислоты в составе гликоконъюгатов, что согласуется с известным фактом о вероятном опосредовании межклеточных взаимодействий при имплантации гликаном Sialyl-LewisX, который содержит данный углеводный остаток. Необходимы дальнейшие исследования гликома эндометрия для поиска эффективных маркеров рецептивности.

*Работа профинансирована из средств госзадания.
РН^о:AAAA-A18-118053190022-8*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И БЕСПЛОДИЕМ

Коротченко О. Е., Сыркашева А. Г., Гвоздева А. Д., Довгань А. А., Долгушина Н. В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) определяется как 2 или более потери беременности при сроке до 22 недель гестации. Пациентки с ПНБ в анамнезе часто не могут достичь самостоятельной беременности и нуждаются в применении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). ЭКО с преимплантационным генетическим скринингом (ПГС) рассматривается как один из возможных методов повышения эффективности ЭКО у пациенток с ПНБ в анамнезе, учитывая известную роль анеуплоидии эмбрионов в генезе ранних репродуктивных потерь.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было оценить возможное влияние ПГС методом array-CGH на частоту наступления беременности и живорождения у пациенток с ПНБ в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное когортное исследование были включены 196 супружеских пар. Критериями включения явились нормальный кариотип обоих супругов, а также наличие ПНБ в анамнезе (2 и более потери беременности при сроке до 20 недель гестации в данном браке). Женщины с аномалиями строения половых органов, эндокринными нарушениями и антифосфолипидным синдромом были исключены из исследования. Пациенты были стра-

тифицированы на две группы: группу 1 составили 96 пациенток, которым была проведена программа ЭКО+ПГС (биопсия бластоцисты+array-CGH). Группу 2 составили 100 пациенток, которым была проведена программа ЭКО без ПГС. Перенос эмбриона во всех случаях осуществляли в криоцикле.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота наступления беременности и живорождения была выше у пациенток в группе ЭКО+ПГС (45,8% и 29,0%, $p=0,0148$ частота беременности, 35,4% и 17,0%, $p=0,0033$ частота живорождения, соответственно). Частота самопроизвольных потерь беременности не отличалась в группах сравнения (10,4% и 12,0%, $p=0,7255$).

Был проведен стратификационный анализ эффективности ЭКО с ПГС у пациенток различных возрастных групп. Возраст пациенток, включенных в исследование, составлял от 23 до 47 лет (средний возраст $(35,7 \pm 5,3)$ лет, и в целом не оказывал влияния на частоту наступления беременности (ОШ=1,05; 95% ДИ=0,9;1,1) или живорождения (ОШ=1,03; 95% ДИ=0,9;1,09). При исключении из ана-

лиза пациенток старшего возраста наименьшие шансы и AUC (с-статистика) живорождения были у пациенток 23-29 лет, что позволяет считать возраст 30 лет первой пороговой отсечкой. При исключении из анализа пациенток старшего возраста наименьшие шансы и AUC (с-статистика) живорождения были у пациенток 40-47 лет, что позволяет считать возраст 39 лет второй пороговой отсечкой. Таким образом, ПГС методом aCGH увеличивало шансы живорождения у пациенток с ПНБ в возрасте от 30 до 39 лет, и не увеличивало эффективность программ ВРТ у пациенток 29 лет и младше, и у пациенток 40 лет и старше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение ПГС методом сравнительной геномной гибридизации с исследованием клеток трофобласта у пациенток с ПНБ в анамнезе увеличивает эффективность программ ВРТ: наступления беременности - в 1,6 раз, живорождения - в 2,4 раза за счет подгруппы пациенток среднего возраста (30-39 лет).

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НК-КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА КЛЕТКИ ТРОФОБЛАСТА IN VITRO

Михайлова В.А., Баженов Д.О., Вязьмина Л.П., Агнаева А.О., Хохлова Е.В., Беспалова О.Н., Сельков С.А., Соколов Д.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

НК-клетки присутствуют в большинстве органов и тканей, включая эндометрий. Формирование популяции НК-клеток эндометрия и децидуальной оболочки может происходить за счет миграции НК-клеток из периферической крови матери. При физиологической беременности НК-клетки эндометрия и децидуальной оболочки могут взаимодействовать с клетками вневорсинчатого трофобласта.

ЦЕЛЬ

Целью настоящей работы явилась оценка цитотоксической активности НК-клеток периферической крови в отношении клеток трофобласта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы здоровые небеременные женщины без предшествующих беременностей ($n=50$), здоровые небеременные женщины, с предшествующими физиологически протекавшими беременностями, закончившимися родами в срок (фертильные) ($n=40$), женщины с неосложненной (физиологической) беременностью на сроке 6-7 недель ($n=25$). Также использовали клетки трофобласта линии JEG-3, воспроизводящие все основные характеристики клеток вневорсинчатого трофобласта первого триместра беременности.

Мононуклеары периферической крови культивировали в течение 4 суток в присутствии рекомбинантного IL-2 («Ронколейкин», НПК «БИОТЕХ», Россия) и без него. В день эксперимента проводили обработку клеток трофобласта раствором 4 мкМ CFSE и помещали клетки в 96-луночный

планшет. В часть планшетов с клетками трофобласта вносили мононуклеары периферической крови в соотношении эффектор:мишень 10:1. Центрифугировали планшеты в течение 3 минут при 100g и инкубировали клетки в течение 4 часов. Часть клеток трофобласта инкубировали в культуральной среде без добавления мононуклеаров для определения базовой гибели клеток трофобласта. Затем оценивали количество нежизнеспособных клеток трофобласта с помощью обработки клеток раствором propidium iodide в конечной концентрации 0,01 мг/мл.

Полученные данные статистически обработаны с помощью программы Statistica 10, применяли U-критерий Манна-Уитни и критерий Вилкоксона. Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,001$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

НК-клетки фракции мононуклеаров повышали гибель клеток трофобласта по сравнению с уровнем базовой гибели. Цитотоксический эффект НК-клеток в отношении клеток трофобласта был

выше после предварительной инкубации мононуклеаров в присутствии IL-2 по сравнению с цитотоксичностью НК-клеток, предварительно инкубированных без IL-2, во всех обследованных группах. У женщин с физиологической беременностью цитотоксический эффект НК-клеток в составе мононуклеаров, предварительно культивированных в присутствии IL-2, был ниже, чем у небеременных женщин, ранее не бывших беременными, и у женщин, имевших детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сниженная цитотоксическая активность НК-клеток в отношении трофобласта при беременности может лежать в основе успешной имплантации и инвазии бластоцисты и формирования плаценты.

Работа поддержана грантом НШ-2873.2018.7 в части оценки цитотоксической функции НК-клеток к клеткам трофобласта и частично выполнена в рамках Гос. задания № АААА-А18-118011020016-9 (культивирование клеток). Участие Баженова Д.О. поддержано стипендией СП-2836.2018.4.

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ МИКРОВИБРАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ КУЛЬТИВИРОВАНИИ IN VITRO И ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Романов А.Ю., Сыркашева А.Г., Фролова А. М., Макарова Н.П., Ильинская С.М., Долгушина Н.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для улучшения систем культивирования эмбрионов в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) проводится подбор оптимального состава культуральной среды, но большинство систем представляют собой относительно небольшой объем статичной среды. Эти условия во многом далеки от тех, в которых находится эмбрион человека в условиях in vivo. При развитии эмбриона человека в естественных условиях, эмбрион находится в сложных динамических взаимодействиях с организмом матери.

Положительные эффекты применения механической микровибрации при культивировании эмбрионов заключаются также в мягком перемешивании культуральной среды, что позволяет увеличить поступление питательных веществ,

содержащихся в культуральной среде, к развивающемуся эмбриону с одновременным удалением токсичных метаболитов и побочных продуктов жизнедеятельности, что позволяет создать оптимальное микроокружение при культивировании эмбриона человека.

ЦЕЛЬ

Целью данного пилотного исследования стала оценка влияния механической микровибрации на качество эмбрионов человека и эффективность программ ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное когортное исследование была включена 51 супружеская пара. Стимуляция функции яичников проводилась по стандартному про-

токолу с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона. Морфологическую оценку эмбрионов по классификации Гарднера (Gardner DK, 1999) проводил эмбриолог через 120-122 часа после оплодотворения. Перенос эмбриона в полость матки проводили на 5-е сутки культивирования. Наступление беременности оценивали по уровню b-ХГЧ в крови пациенток через 14 суток после переноса эмбриона. При культивировании в условиях механической микровибрации инкубатор помещали на платформу AristTT180-s (K&S Advanced Systems Ltd, Израиль) в режиме активной вибрации с частотой 40 Гц в течение 30 секунд с интервалом покоя 30 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 51 супружеской пары эмбрионы 13 пар культивировали с применением механической вибрации (группа микровибрации), эмбрионы 38 пар – в стандартных условиях (группа контроля). Основные клинико-анамнестические характеристики (возраст, индекс массы тела, показатели овариального резерва), а также параметры оогенеза (сред-

нее число ооцитов, среднее число зрелых ооцитов) не различались в группах сравнения.

Частота оплодотворения составила 86,3% в группе микровибрации и 67,2% – в контрольной группе ($p = 0,449$). Эмбрион отличного качества для переноса имелся в 76,9% и 68,4% случаев, соответственно ($p = 0,420$). Частота наступления беременности при переносе эмбриона в полость матки составила 38,5% в группе микровибрации и 34,2% – в контрольной группе ($p = 0,517$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение механической микровибрации не снижает частоту оплодотворения и качество полученных эмбрионов в программах ВРТ. Несмотря на то, что полученные в группах сравнения различия не достигли статистически значимых результатов, наблюдали тренд увеличения эффективности ВРТ в экспериментальной группе: частота наступления беременности в группе микровибрации была выше на 4,3%. Требуется проведение дальнейших исследований с большим объемом выборки для уточнения показаний для использования технологии механической микровибрации в программах ВРТ.

РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ

Станоевич И.В., Селиванова Л.С., Воротникова С.Ю., Тарасова А.В., Луценко А.С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Акромегалия обусловлена секрецией СТГ адекватной гипофиза и, как следствие, ИФР 1 печенью. Половина пациенток относятся к репродуктивному возрасту, в связи с чем остается актуальным вопрос о возможности деторождения до нейрохирургического лечения, которое влечет гипогонадотропный гипогонадизм, вторичный гипотиреоз и надпочечниковую недостаточность в 5% наблюдений.

ЦЕЛЬ

Оценить рецептивность эндометрия (РЭ) у пациенток с активной стадией акромегалии на основании иммуногистохимической (ИГХ) оценки экспрессии рецепторов эстрогенов (ER), прогестерона (PR) и лейкомиа-ингибирующего фактора (LIF) в слизистой оболочке матки средней секреторной стадии (СЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основная группа представлена 12 образцами СЭ больных репродуктивного возраста с впервые

установленным диагнозом акромегалии и сохраненным двухфазным менструальным ритмом; группа сравнения А - 16 образцами СЭ женщин без доброкачественных заболеваний внутренних гениталий; группа сравнения Б - 14 образцами СЭ пациенток, страдающих миомой матки и/или аденомиозом. Средний возраст составил $40 \pm 4,2$; $32 \pm 6,1$ и $37 \pm 3,6$ лет соответственно. Материал получен путем аспирационной биопсии или кюретажа. РЭ оценивали путем определения экспрессии PR, ER, LIF в эпителиальных и стромальных клетках.

ИГХ исследование проведено по протоколам, рекомендованным фирмой-производителем, с антителами к ER (моноклональные мышинные, ready-to-use, Leica); к PR (моноклональные кроличьи, ready-to-use, Leica); к LIF (моноклональные мышинные, 1:100, Genotex) на срезах толщиной 3 мкм с помощью автоматизированного иммуногистостейнера Leica Bond max. Оценка экспрессии ER и PR проведена по системе HistoScore в %; оценка экспрессии LIF – полуколичественным методом по шести бальной системе: 2 балла – до 20 % окрашенных клеток; 4 балла – от 20 до 40 % окрашенных

клеток; 6 баллов – более 40 % окрашенных клеток. Основным прогностическим критерием наступления беременности является соотношение PR / ER, рассчитанное по стромере, в диапазоне от 2 до 5.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Экспрессия ER и PR выявлялась в виде коричневого окрашивания ядер эпителиальных и стромальных клеток эндометрия, LIF – в виде коричневого окрашивания цитоплазматической мембраны. Достоверных отличий экспрессии ER и PR между основной группой и группой сравнения А не выявлено, в отличии от группы сравнения Б, характеризовавшейся меньшей экспрессией рецепторов половых стероидов. Уровень экспрессии в основной группе, группе сравнения А и Б в эпителии и стромере составили по PR (%) 250 ± 30 и 230 ± 20 ; 230 ± 20 и 210 ± 20 ; 170 ± 20 и 170 ± 15 , соответственно; по ER (%) - 150 ± 15 и 120 ± 15 ; 150 ± 20 и 110 ± 15 ; 150 ± 20 и 110 ± 10 , соответственно; по LIF (баллы) - $4,4 \pm 0,4$ и $2,0 \pm 0,6$;

$4,2 \pm 0,4$ и $4,0 \pm 0,4$; $2,8 \pm 0,4$ и $2,0 \pm 0,2$, соответственно. Оценка экспрессии LIF в поверхностных эпителиоцитах, содержащих зрелые пиноподии продемонстрировала следующие значения по группам: $5,2 \pm 0,6$; $4,4 \pm 0,4$ и $2,0 \pm 0,4$ соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных отличий по чувствительности к эстрогенам и прогестерону при сохранном двухфазном менструальном ритме у пациенток репродуктивного возраста, страдающих активной стадией акромегалии. Однако, несмотря на отсутствие снижения экспрессии LIF в эпителии, в том числе пиноподиях, нами впервые выявлено снижение экспрессии LIF в стромере эндометрия, что может отрицательно влиять на формирование иммунологической толерантности к эмбриону и быть одним из патогенетических факторов повышенного риска потери беременности при акромегалии.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЭКО У ПАЦИЕНТОК ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Урюпина К.В., Куценко И.И., Кравцова Е.И., Соколова Е.И.

Клиника репродукции «Эмбрио-Сочи», ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Сочи, Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно данным Росстата доля женщин позднего репродуктивного возраста за период с 1989 по 2014 гг. увеличилась с 38,5% до 42,5%. Это сопровождается частым откладыванием деторождения на более поздний период жизни, что приводит к определенным проблемам с зачатием и нормальным течением беременности. Оценочная частота наступления беременности у женщин позднего репродуктивного возраста составляет 15%, что является следствием нарастающей возрастной дисфункции яичников, снижения числа яйцеклеток и ухудшения их качества. У женщин старше 35 лет наблюдается прогрессирующий рост атрезии фолликулов и сокращение фолликулярного резерва. При этом ответ яичников на стимуляцию в позднем репродуктивном возрасте также снижается. Кроме того, ухудшаются рецептивные свойства эндометрия, что в совокупности с низким качеством яйцеклеток создает препятствия для имплантации.

ЦЕЛЬ

Сравнить эффективность комплексных программ ЭКО у пациенток позднего репродуктивного возраста с донорскими и собственными ооцитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проводились на базе клиники репродукции Эмбрио-Сочи: изучались результаты программ ЭКО 60 пациенток репродуктивного возраста старше 35 лет, для индукции беременности которых использовали донорские ооциты. В группу контроля входили 45 женщин, которым проводилась экстракорпоральное оплодотворение собственных ооцитов. Общая продолжительность бесплодия варьировала от 7 до 16 лет. Базальный уровень ФСГ в крови всех обследуемых превышал 13 мМЕ/мл. Была проведена морфологическая оценка ооцитов и эмбрионов. Перенос качественных эмбрионов осуществляли на 5 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее число эмбрионов и среди них эмбрионов высокого качества равнялось, соответственно: в первой группе (с донорскими ооцитами) $5,4 \pm 1,8$ и $3,7 \pm 1,2$; в контрольной популяции – $3,9 \pm 1,4$ и $1,8 \pm 0,8$ ($p < 0,05$).

В группе женщин с донорскими ооцитами родилось 26 (43%) условно здоровых детей. При этом были прерваны две беременности (3%): одна – в результате самопроизвольного выкидыша, а второй случай был

следствием замершей беременности. В контрольной группе беременность закончилась родами в 9 случаях (20%). Потери беременности составили около 7%: среди них два выкидыша на сроке 9-10 недель и одна замершая беременность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка эффективности ЭКО у пациенток с донорскими ооцитами обнаружила, что у этих женщин общее число и количество качественных эмбрионов достоверно выше, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). В программе ЭКО в случае использования донорских ооцитов значительно больше число успешных беременностей, закончившихся рождением условно здорового ребенка. Для первой группы

обследуемых беременность завершилась здоровым деторождением в 43% случаев. В контрольной популяции родили детей только 20% всех женщин ($p < 0,05$). Кроме того, число прерванных беременностей у женщин с донорскими ооцитами составило 3% против 7% в контрольной группе.

Таким образом, можно резюмировать, что применение донорских ооцито для индукции беременности приводит к улучшению таких показателей, как общее число эмбрионов, качество эмбрионов, эффективность имплантации и количество доношенных беременностей с рождением здоровых детей. Программа ЭКО с применением донорских ооцитов в наших исследованиях доказала свою эффективность.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК И МАКРОФАГОВ В ПРОЦЕССЕ АНГИОГЕНЕЗА

Шевелева А.Р., Белякова К.Л., Соколов Д.И., Сельков С.А.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им Д.О. Отта», Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ангиогенез представляет собой многофакторный процесс, в ходе которого происходит формирование кровеносных сосудов в организме человека. Ангиогенез сопровождается как патологические процессы, так и физиологические, в том числе формирование плаценты. Протекание ангиогенеза зависит от функционального состояния эндотелиальных клеток (ЭК), клеток микроокружения, в частности макрофагов, а также от цитокинов и факторов роста. Большую роль в контроле ангиогенеза приписывают фактору роста эндотелия сосудов (VEGF). Тем не менее в литературе недостаточно данных, касающихся механизмов регуляции ангиогенеза, опосредованных VEGF, в связи с чем изучение данных механизмов в настоящее время является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние антител, связывающих VEGF, на формирование капиллярноподобных структур эндотелиальными клетками и на уровень экспрессии рецепторов к данному фактору роста на эндотелиальных клетках в присутствии макрофагов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использовали ЭК линии EA.Hy926 и моноцитоподобные клетки линии THP-1. В лунки 24-луночного планшета, покрытые матриксом Матригель, вносили ЭК. В часть лунок добавляли клетки линии THP-1, а также препарат «Авастин», который представляет собой моноклональные антитела к VEGF. При помощи микроскопа AxioObserver.Z1 подсчитывали количество и измеряли длину образованных сосудов в микрометрах в пяти полях зрения в каждой лунке. Затем клетки обрабатывали антителами к рецепторам VEGF (VEGFR1 и VEGFR3) и анализировали уровень их экспрессии на проточном цитофлуориметре. Для разделения ЭК и клеток линии THP-1 использовали антитела к CD45.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования было установлено, что клетки линии THP-1 способствовали увеличению длины капиллярноподобных структур, образованных ЭК, но при этом снижали их количество. В условиях совместного культивирования ЭК с клетками линии THP-1 было отмечено увеличение экспрессии VEGFR1 и VEGFR3. Препарат Авастин при монокультивировании увеличивал длину капиллярноподобных структур, а также увеличивал экспрессию

VEGFR3, не влияя при этом на экспрессию VEGFR1. При совместном культивировании ЭК с клетками линии ТНР-1 препарат «Авастин» отменял стимулирующий эффект клеток линии ТНР-1 в отношении длины капилляроподобных структур. Тем не менее препарат «Авастин» не отменял стимулирующего эффекта клеток линии ТНР-1 в отношении экспрессии VEGFR1 и VEGFR3.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование препарата «Авастин» помогло установить, что при удалении VEGF-A из среды ЭК проявляют пластичность и изменяют свое поведение,

вероятно, за счет продукции других цитокинов. Клетки линии ТНР-1 играют роль регулятора поведения ЭК за счет секреции цитокинов, в том числе VEGF, а также благодаря контактными взаимодействиями с ЭК. Клетки линии ТНР-1 также способны повышать чувствительность ЭК к VEGF за счет стимуляции экспрессии рецепторов для VEGF (VEGFR1 и VEGFR3), однако данный эффект является VEGF-независимым.

Исследование поддержано грантом РНФ № 17-15-01230.

«ТОНКИЙ» ЭНДОМЕТРИЙ – НЕГОРМОНАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Шнейдеран М.Г., Мишиева Н.Г., Смольникова В.Ю., Абубакиров А.Н., Куземин А.А., Калинина Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для усиления роста тонкого эндометрия используется медикаментозное, хирургическое и физиотерапевтическое лечение. Эти методы не всегда дают желаемый результат. Поиски альтернативных методов лечения тонкого эндометрия являются весьма актуальными. В современной медицинской литературе нет данных о лечении женщин с тонким эндометрием путем орошения эндометрия смесью (CO₂ и N₂) под воздействием которой происходит значительное усиление кровообращения в слизистой и увеличение толщины базального и функционального слоев эндометрия.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка эффективности применения газовой смеси (CO₂ и N₂) при лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Толщина эндометрия менее 7 мм в период окна имплантации дает минимальные шансы на зачатие. Как воздействует газовая смесь на эндометрий? CO₂ обладает сосудорасширяющим действием. Локальное воздействие CO₂ на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объема кровотока, усилением их метаболизма, восстановлением рецепторной чувствительности. Азот в организме является одним из основных биогенных элементов, входящих в состав важнейших

веществ живых клеток, белков и нуклеиновых кислот, входит в состав белков, аминокислот, нуклеиновых кислот, гемоглобина и др. Методика исследования. Толщина эндометрия (УЗИ) измерялась до первой процедуры орошения, а затем через каждые два дня после введения газовой смеси. Орошение эндометрия газовой смесью (CO₂ и N₂) проводилось на 7, 9, 13 дни менструального цикла, а УЗ-мониторинг с измерением толщины эндометрия на 9, 11, 13 и 15 дни при 28-дневном цикле. В полость матки через специально сконструированный катетер под давлением 1,3 атм. вводилась дозированная воздушная смесь (CO₂ и N₂) в количестве 40-50 куб. см, которая, заполняя полость матки, воздействовала на эндометрий. Процедура показала себя безопасной, так как при этом использовались всегда применяемые при проведении ЭКО проводник и катетер, а состав газовой смеси состоял из ингредиентов, применяемых для культивирования эмбрионов (CO₂ и N₂). В исследование были включены 203 пациентки репродуктивного возраста (25-40 лет) с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами. Всем пациенткам было выполнено клиничко-лабораторное исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование. Все больные подписали письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании и согласие на выполнение процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении первого УЗИ, до начала проведения газового орошения эндометрия, толщина последнего варьировалась от 3,1мм до 5,9 мм. В ходе последующих УЗИ, через 2 дня после первого орошения толщина эндометрия увеличилась на 2,7-3,3 мм, через два дня после второго орошения - еще на 1,8-3,4мм, а после третьего орошения толщина эндометрия соответствовала 8,3 -12,8мм. Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами и физиотерапевтическими

процедурами, прослеживается четкая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате применения процедуры обработки эндометрия смесью газов (CO₂ и N₂) и реального увеличения толщины эндометрия большинство пациенток получили возможность перейти к следующему этапу в программе ЭКО-процедуре переноса эмбриона в полость матки.

Неонатология

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКИ-ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Бережанская С.Б., Лукьянова Е.А., Тодорова А.С., Каушанская Е.Я., Афонин А.А.

НИИ акушерства и педиатрии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Интерес к липооксигеназным метаболитам арахидоновой кислоты, в состав которых входит 15(S) гидроксизейкозатетраеновая кислота (15(S)HETE), обусловлены их участием в регуляции тонуса сосудов и практически всех звеньев свертывающей системы крови.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось определение уровня 15(S)HETE при рождении и в динамике неонатального периода в зависимости от тяжести церебральной ишемии (ЦИ) у новорожденных из группы высокого перинатального риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 40 здоровых новорожденных (1 группа) и 134 из группы высокого перинатального риска, в состав которых вошли 90 детей с ЦИ II степени – 2 группа и 44 ребенка с ЦИ III степени – 3 группа. Степень церебральной ишемии оценивали по клиническим проявлениям в сопоставлении с результатами нейровизуализации и доплерометрическими показателями церебрального кровотока. Определение содержания 15(S)HETE проводилось иммуноферментным методом с помощью коммерческих наборов фирмы «Enzo» в пуповинной крови в возрасте 7-14 дней и 1 месяца. Статистическая обработка индивидуальных показателей осуществлялась с учетом выделенных групп и возрастных периодов непараметрическими методами с представлением результатов в виде медианы (Me) и интервального размаха (25-75 квартиль). Степень зависимости двух переменных определялась коэффициентом корреляции (r) по Спирмену со значимой достоверностью коэффициента $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлен большой размах колебаний индивидуальных показателей, составивший в крови пуповины у детей 1 группы 6071-10833 pg/ml, в то время

как у новорожденных 3 группы они были значительно выше (10416-19821 pg/ml), что определило более высокий уровень Me у новорожденных 2, 3 групп (12291; 17083 pg/ml) по сравнению с таковой у новорожденных в 1 группе (7916 pg/ml). Me в 1 группе повышалась к 7-14 дням (13492 pg/ml), нерезко снижаясь в 1 месяцу жизни, в то время как к этому периоду у детей 2 группы Me нарастала на 40,3%. А в 3 группе, при сохраняющейся тенденции к повышению, обращено внимание на наиболее высокий показатель 75 квартиля к двум (20930 pg/ml) и четырем неделям жизни (25116 pg/ml). Значительный размах колебаний индивидуальных показателей определил большой интервал межквартильных диапазонов (25-75 квартиль), составивших у детей 1 группы при рождении 4762 pg/ml, в то время как в 3 группе повышался до 9405 pg/ml. Указанная тенденция сохранялась в динамике неонатального периода и была вполне логична с учетом значительного разброса индивидуальных показателей и медиан соответственно характеру, тяжести ЦИ и возрастному этапу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принимая во внимание особенности метаболизма и многофункциональность 15(S)HETE, можно высказать предположение о компенсаторном характере повышения 15(S)HETE у новорожденных из групп высокого риска с тяжелым поражением ЦНС, направленном на стабилизацию церебральной гемодинамики и нормализацию гемокоагуляции, снижая прокоагулянтную активность эндотелия, тромбогенность моноцитов, а также функциональную активность эритроцитов и клеток белой крови с целью реализации реакций коагулогического каскада, имеющих важное значение для обеспечения равновесия про- и антикоагулянтных звеньев свертывающей системы крови, что может определять прогноз ЦИ в плане развития и исхода ишемически-геморрагических последствий.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛУТАРОВОЙ АЦИДУРИИ ТИП 1 В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Воронин С.В., Воронина В.Г., Чаусова П.А., Михайлик Л.И., Ибрагимова Е.М.

ГАУЗ «ККЦ СВМП», Департамент здравоохранения Приморского края, Владивосток

АКТУАЛЬНОСТЬ

Глутаровая ацидурия тип 1 - аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное мутациями в гене, кодирующем фермент глутарил-КоА дегидрогеназу (GCDH). распространенность по данным литературы 1 на 50 тыс. Дефицит фермента приводит к накоплению глутаровой и 3-ОН-глутаровой (3-гидрокси-глутаровой) кислот оказывающих нейротоксическое действие. Диагноз заболевания в случае отсутствия неонатального скрининга методом тандем-масс-спектрометрии устанавливается поздно или не устанавливается совсем. При аутопсии у всех пациентов с ГА1 выявляют выраженную субкортикальную и кортикальную атрофию головного мозга, атрофическую вентрикуломегалию. В большинстве случаев визуализируются некротические изменения в области скорлупы и головки хвостатого ядра. Реже поражаются зрительные тракты, мозолистое тело, внутренняя капсула, глубокие отделы белого вещества мозжечка, ствола мозга. У ряда пациентов обнаруживают «губчатую» дегенерацию белого вещества, преимущественно в перивентрикулярных областях, реже в таламусе, бледном шаре и стволе головного мозга.

ЦЕЛЬ

Целью работы было оценка потенциальных возможностей и фактического уровня диагностики глутаровой ацидурии 1 типа в Приморском крае.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

База данных об обращении пациентов с подозрением на наследственную патологию краевой медико-генетической консультации за период 1998-2018 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходя из распространенности заболевания и численности населения Приморского края 2 млн. человек предполагалось о возможном выявлении до 40 больных. При анализе базы данных было установлено только одно обращение пациента в 2007 г. с подозрением на данное заболевание в возрасте около 4 лет. Диагноз на уровне КМГК не был подтвержден. Даны рекомендации о проведении дообследования на федеральном уровне. 2-й случа - 2018 г. При проведении массового скринин-

га новорожденных методом тандемной масс-спектрометрии (начат в Приморском крае в 2017 г.), был выявлен новорожденный с повышением уровня глутарилкарнитина/3-гидроксигексаноилкарнитина в 7 раз. При проведении ретеста увеличение концентрации C5DC/C6OH сохранялось, что позволило заподозрить у ребенка глутаровую ацидурию тип 1. Ребёнок от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания беременности в 5-6 недель.. Роды первые срочные в 41-42 недели. Масса тела при рождении 3150 г. Длина тела 51 см. На момент выявления мама жалоб на состояние ребенка не предъявляет. Были отправлены биоматериалы пациента в лабораторию наследственных болезней обмена (НБО) ФГБНУ «МГНЦ» г. Москва для проведения подтверждающей диагностики. Было выявлено резкое повышение концентрации глутарилкарнитина, в моче резкое повышение глутаровой кислоты, что позволило поставить диагноз: Глутаровая ацидурия тип 1. Сопутствующий диагноз: Анемия гипохромная средней степени тяжести. Постнатальная дистрофия по типу гипотрофии 1 степени. На данный момент состояние ребенка стабильное, аппетит сохранён, не срыгивает, в массе прибавил 1750 г за 2 мес. Для лечения ребенка используется белковый гидролизат не содержащий триптофан и лизин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время у врачей педиатрического направления отсутствует как опыт диагностики, так и настроенность в отношении глутаровой ацидурии 1 типа. Правильный диагноз устанавливается очень редко, что приводит к отсутствию патогенетического лечения и инвалидизации и/или гибели ребенка. Только массовое внедрение метода неонатальной тандемной масс-спектрометрии позволит выявить пациентов с глутаровой ацидурией 1 типа.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У МАТЕРИ

Жумабаева У.А., Иванец Т.Ю., Кесслер Ю.В., Сухова Ю.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия – тяжелое осложнение беременности, которое влечет за собой серьезные нарушения в организме женщины, а также неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья плода и новорожденного. Клинический анализ крови является общедоступным и информативным методом оценки общего состояния новорожденных детей, как доношенных (гестационный возраст ≥ 37 недель), так и недоношенных (гестационный возраст < 37 недель) и обязателен в первые сутки жизни.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние преэклампсии различной степени тяжести на гематологические лабораторные показатели новорожденных в зависимости от их гестационного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 78 новорожденных от женщин с преэклампсией (ПЭ). Все дети были разделены на две группы в зависимости от диагноза матери: новорожденные от матерей с умеренной ПЭ (УПЭ) ($n=61$) и новорожденные от матерей с тяжелой ПЭ (ТПЭ) ($n=17$), и в зависимости от гестационного возраста: доношенные новорожденные от матерей с ПЭ (дПЭ) ($n=32$) и недоношенные новорожденные от матерей с ПЭ (нПЭ) ($n=46$). В контрольную группу было включено 60 здоровых доношенных новорожденных. Гематологические показатели определяли на анализаторе SYSMEX 800i (SYSMEX, Япония) в первые сутки жизни детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех группах средний возраст матерей и способ родоразрешения достоверно не отличались, не было отличия в группах УПЭ и ТПЭ по гестационному возрасту и массе тела при рождении. По сравнению с результатами группы контроля отмечалось достоверное снижение среднего количества лейкоцитов в группах УПЭ, ТПЭ, дПЭ (19,4 против 12,9, 10,3 и 16,5 $\times 10^9$ /л соответственно), тромбоцитов в группах УПЭ, ТПЭ, дПЭ (293 против 222, 210 и 248 $\times 10^9$ /л соответственно), тромбокриты в группах УПЭ, ТПЭ (0,29 против 0,22 и 0,23% соответственно);

достоверное повышение НСТ в группах УПЭ, ТПЭ, дПЭ (0,51 против 0,53, 0,55 и 0,55 л/л соответственно), MCV и MCH в группах УПЭ, ТПЭ (90,4 против 99,0, 101,1 фл и 35,1 против 36,4, 37,4 пг соответственно), RDW-SD и RDW-CV в группах УПЭ, ТПЭ (52,7 против 61,9, 63,2 фл и 17,1 против 18,3, 18,4% соответственно), MPV и PDW в группах ТПЭ и дПЭ (9,9 против 10,2, 10,2 фл и 11,0 против 12,0, 12,0 фл соответственно), P-LCR в группе ТПЭ (24,7 против 26,7%). Не было выявлено достоверных отличий количества эритроцитов и гемоглобина. При сравнении гематологических показателей групп дПЭ и нПЭ отмечалось достоверное снижение количества лейкоцитов (16,5, против 10,9 $\times 10^9$ /л), эритроцитов (5,8 против 5,2 $\times 10^{12}$ /л), тромбоцитов (248 против 204 $\times 10^9$ /л), тромбокрита (0,26 против 0,20%) и повышение параметров MCV (96,5 против 104,1 фл) MCH (35,4 против 37,4 пг). Не было выявлено достоверных отличий в содержании гемоглобина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По сравнению со здоровыми новорожденными в 1 с.ж. выявлено достоверное снижение количества лейкоцитов и тромбоцитов и повышения MCH у новорожденных в зависимости от степени тяжести преэклампсии у матери и от гестационного возраста новорожденных, увеличение PDW при тяжелом течении преэклампсии. У недоношенных новорожденных выявлено достоверное снижение количества лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов, тромбокрита и повышение MCV и MCH независимо от степени тяжести преэклампсии. Пока невозможно однозначно ответить, являются ли изменения гематологических показателей у недоношенных детей непосредственным результатом развития преэклампсии у матери или обусловлены только незрелостью новорожденных.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НА ФОНЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ – ФАКТОР РИСКА В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ЖЕНЩИНА-ПЛОД-НОВОРОЖДЕННЫЙ»

Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Баринаева А.С., Ахалова Е.А., Мазуркевич М.В., Кокая И.Ю., Побединская О.С., Шморгунов Т.В., Царева Л.Э., Соловьёва И.В.

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время технологический прогресс в здравоохранении позволил значительно увеличить удельный вес женщин с хронической венозной недостаточностью на фоне наследственной тромбофилии, способных выносить и родить детей, что, с одной стороны, потребовало детальной разработки методов коррекции различных нарушений гемостаза у данной категории женщин, а с другой стороны обусловило необходимость пристального изучения условий развития плода и состояния здоровья родившихся детей.

ЦЕЛЬ

Оценить состояние здоровья детей раннего неонатального периода, у женщин с наследственной тромбофилией (НТ) и у женщин с хронической венозной недостаточностью (ХВН) и НТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

I группа: женщины с ХВН на фоне варикозного расширения вен нижних конечностей и НТ и их дети (n=20) и II группа: женщины с НТ без ХВН и их дети (n=29).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди полиморфизмов генов системы гемостаза у женщин II группы по сравнению с женщинами I группы достоверно чаще определялись полиморфизмы генов PAI-1 (89,3% и 30%, p 0,01) и MTHFR (71,4% и 20%, p 0,01). У женщин II группы по сравнению с женщинами I группы чаще отмечались полиморфизмы генов FXIII (42,8% и 15%), FGB (35,7% и 10%) и FXII (21,4% и 10%), а у женщин I группы по сравнению с женщинами II группы чаще была мутация FII (10% и 3,6%). Только у женщин II группы выявлены полиморфизмы генов MTRR (75%) и ITGA2 (71,4%). Соматический анамнез был чаще отягощён у женщин I группы по сравнению с женщинами II группы миопией (50% и 42,8%) и гипотиреозом (20% и 10,7%), а у женщин II группы хронической патологией ЖКТ (28,6% и 20%) и хроническим тонзиллитом (25% и 10%). Только в I группе отмечалась артериальная

гипертензия (35%), а только во II группе - хроническая инфекция мочевыделительной системы (17,9%) и ВСД (10,7%). Среди гинекологических заболеваний у женщин II группы по сравнению с женщинами I группы чаще выявлялись эрозия шейки матки (32,1% и 10%) и инфекции половых путей (21,4% и 10%). А у женщин I группы по сравнению с женщинами II группы чаще была миома матки (15% и 10,7%). И только у женщин II группы отмечались эндометриоз (28,6%) и бесплодие (10,7%). Акушерский анамнез был отягощён у женщин I и II групп: угрозой прерывания беременности (55% и 53,6%), гестозом (30% и 25%), токсикозом (25% и 32,1%) и неразвивающейся беременностью (30% и 14,3%). У женщин II группы по сравнению с женщинами I группы достоверно чаще отмечались самопроизвольные выкидыши (28,6% и 5%, p 0,01) и ОРЗ (42,9% и 15%, p 0,05) и только у женщин II группы наблюдалась анемия (42,9%) и антенатальная гибель плода (3,6%). Практически половина женщин I и II групп были родоразрешены путём кесарева сечения (45% и 53,6%), преимущественно в экстренном порядке, в связи с острой гипоксией плода. У женщин II группы по сравнению с женщинами I группы достоверно чаще отмечены внутриутробная гипоксия плода (93,1% и 50%, p 0,01), в 2 раза чаще недоношенность (10,3% и 5%) и 4 раза чаще МФН (41,8% и 10%, p 0,01). С одинаковой частотой у детей I и II групп выявлены умеренная ИА (5% и 6,7%) и ЗВУР (10% и 13,8%). ГИП ЦНС как следствие перенесенной внутриутробной гипоксии было достоверно чаще диагностировано у детей II группы по сравнению с детьми I группы (93,1% и 50%, p 0,01).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, причиной нарушения дезадаптации в раннем неонатальном периоде у детей у женщин с НТ без ХВН по сравнению с детьми у женщин с ХВН и НТ определяется более отягощённым соматическим, акушерско-гинекологическим анамнезом, более высокими показателями внутриутробной гипоксии, недоношенности, МФН и в итоге ГИП ЦНС, определяющим социальную значимость ребенка в будущем.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ

Петелина В.К., Цой Е.Г., Михеева Н.А., Соколова Ю.Э.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Достижение перинатальной медицины привели к значительному повышению выживаемости новорожденных с ЭНМТ (экстремально низкой массой тела) при рождении. У выживших недоношенных новорожденных детей наблюдается повышенный риск развития острых и хронических заболеваний как в неонатальном периоде, так и в отдаленном катамнезе. Здоровье таких детей вызывает тревогу у многих специалистов как медицинской, так и социальной сфер в связи со значительным процентом среди данной категории пациентов инвалидов, детей с тяжелыми соматическими заболеваниями, с патологией нервной системы. В связи с этим особое значение имеет разработка эффективных методов восстановительного лечения детей с ЭНМТ. Изучение факторов влияющих на НПР (нервно психическое развитие) детей с ЭНМТ актуально в программе реабилитации с первых дней жизни.

ЦЕЛЬ

Изучение факторов влияющих на НПР детей с ЭНМТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 23 недоношенных ребенка с ЭНМТ рожденных в период 2016-2018г. в г. Кемерово на базе ГБУЗ КО ОКПЦ им. Л.А. Решетовой. Дети были рождены на сроке гестации 25-29 недель (средний срок гестации $26 \pm 0,236$ недель), с массой тела от 620 до 995 грамм ($874,21 \pm 27,97$ г). Оценены анамнестические данные, клиническая картина в динамике, данные ультразвукового исследования (УЗИ) головного мозга, а так же неврологический статус с использованием схем количественной оценки неврологического статуса недоношенных детей с учетом различных сроков постменструального возраста (Пальчик А.Б., 2008 г.) в возрасте 2 недель жизни, в 1 месяц и 1,5 месяца. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0» и Microsoft Excel на персональном компьютере. Статистически значимыми считались показатели, у которых р-уровень не превышал 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследуемой группе - мальчики 9 человек (47,37 %), девочки 10 человек (52,63%). ЗВУР (задержку внутриутробного развития) имели 3 человека (15,79%). В качестве респираторной поддержки инвазивную ИВЛ через интубационную трубку получили 13 человек (68,42 %), ИВЛ не инвазивная - 8 человек (42,1 %), СРАР - 18 человек (94,73 %). ВЖК (внутрижелудочковое кровоизлияние) различной степени имели 3 ребенка (15,8%). Судорожный синдром развился у 1 ребенка (5,26 %). Ретинопатия выявлена у 17 человек (89,47%). При анализе выявили, что снижение коэффициента НПР зависело от срока гестации, более низкие уровни НПР определяли у детей с меньшим сроком гестации. ($R = 0,649$). Наличие ЗВУР ассоциировалось с более низкой оценкой НПР в 2 недели ($R = -0,479$). Необходимость в инвазивной респираторной поддержке неблагоприятно влияла на НПР в 2 недели ($R = -0,545$), 4 недели ($R = -0,588$), в то время как длительность не инвазивной поддержки (СРАР), значимо не влияла на уровень НПР. Уровень НПР коррелировал со структурными изменениями в головном при нейросонографии. Наличие ВЖК, изменений в (каудо-таламической вырезке)КТВ, деформация наружных ликворных пространств ассоциировалось с более низким уровнем НПР. Наличие судорожного синдрома сочеталось с более низким НПР в 1,5 месяца ($R = 0,55$). Низкое НПР ассоциировано с различной степенью ретинопатии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задержке НПР способствовали низкий гестационный возраст, длительная инвазивная респираторная поддержка, ЗВУР, морфологические изменения в головном мозге. В исследуемой группе нормальный уровень НПР был достигнут у 3 детей (15,78 %) к 1 – 1,5 месяцу. Но средний показатель НПР детей с ЭНМТ в исследуемой группе не достиг нормальных показателей.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ И СРОК ВЫПИСКИ НОВОРЖДЕННЫХ

Понамаренко Е.Н, Холичев Д.А.

ГБУЗ МО «МОЦОМД», Люберцы

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что условия пренатальной жизни ребенка и период раннего детства имеют первостепенное значение для оптимального роста и развития ребенка (Баранов А. А., 2013). Снижение смертности и инвалидизации детей определено приоритетным в национальной научной платформе «Педиатрия» (2012). Значительный прогресс, достигнутый в понимании механизмов развития, диагностике, терапии и профилактике заболеваний, в ряде случаев не затрагивает понимания ряда рутинных моментов, определяющих длительность пребывания новорожденных в родильном доме.

ЦЕЛЬ

На основании исследований клиничко-лабораторных параметров у доношенных новорожденных обосновать алгоритм их последующего индивидуализированного наблюдения на педиатрическом участке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе роддома №32 ЦАО г.Москвы путем анализа медицинской документации доношенных новорожденных, рожденных в период 2012-2017 гг. Полученные данные были обработаны в программе Statistica 7,0, в работе приводятся только достоверные данные.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было проведено исследование 204 доношенных детей, родившихся от естественной беременности, в раннем неонатальном периоде (0-7 дней жизни) в физиологическом родильном доме. Исследование проводилось на основании анамнеза матерей до беременности, во время беременности, а так же исследовались новорожденные дети клиничко-лабораторно (показатели крови - пуповинная, 1-е сутки, 3-е сутки, 5,7-е. Только 2 женщины (0,9%) относились к I группе здоровья. Во II A - 40 (19,6%); в III - 162 (79%). Выявлено: у детей матерей I группы здоровья, клиничко-лабораторные показатели значительно отличаются от показателей групп 2A, и тем более III. При обработке этих данных выявлено – наиболее достоверными и информативными являются анализ крови новорожденных выполненный на 5-е сутки жизни по всем показателям крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выписка новорожденных относящихся к I группе здоровья возможна на 1-2-е сутки жизни. Составляющих IIa – на 3-е сутки, III – на 5-е сутки, либо перевод на II этап выхаживания. Новорожденным из I группы здоровья рекомендуется патронаж в первые 3 дня после выписки из родильного дома.

АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ В УСЛОВИЯХ ОРИТН

Холичев Д.А., Мельник Т.Н.

ГБУЗ МО «МОЦОМД», Люберцы

АКТУАЛЬНОСТЬ

Аспирационный синдром остается одним из наименее изученных состояний в акушерстве и неонатологии, что связано с трудностью его диагностики и многофакторностью причин (Шабалов, 2014). Аспирационный синдром возникает при попадании в бронхолегочную систему плода и новорожденного мекония, крови, околоплодных вод, грудного молока.

Средняя частота аспирационного синдрома, по данным разных авторов, колеблется от 2 до 3% (Сидорова, 2000). А роды с околоплодными водами, окрашенными меконием наблюдаются примерно у 9-15% рожениц. Ранняя диагностика и профилактика аспирационного синдрома остаются резервом для дальнейшего снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности, что определено приоритетным в национальной научной платформе «Педиатрия» (2012).

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось определение факторов риска развития аспирационного синдрома у новорожденных в условиях МОЦОМД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Государственного учреждения здравоохранения МОЦОМД (гл. врач – Т. Н. Мельник) путем ретроспективного анализа медицинской документации новорожденных нуждавшихся в респираторной поддержке за 2015-2017 гг. Полученные данные были обработаны в программе Statistica 7,0, в работе приводятся только достоверные данные.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2015-2017 гг. в МОЦОМД в респираторной поддержке нуждались 586 новорожденных. Из них количество детей с аспирационным синдромом и аспирационной пневмонией составило 22 (3,75%) человек. Полученные нами результаты в целом согласуются с данными мировой литературы о том, что синдром аспирации мекония чаще встречается у доношенных и переношенных детей. Так, беременность была доношенной у 68,2% (n=15) женщин, переношенной - у 31,8% (n=7). По данным ряда авторов, внутриутробное отхождение мекония редко происходит в сроке до 37 нед, но при сроке

гестации свыше 40 недель имеет место более, чем у 30% беременных.

На долю детей со сроком гестации 38-42 нед. приходится в среднем 90% от 22 детей, соответственно 10% отводится детям с меньшим сроком гестации. На долю детей с нормальной массой тела приходится в среднем 90% от 22; 10% соответственно на долю детей с низкой массой тела. За отчетный период летальных случаев, связанных с данной патологией, не было.

Из 22 новорожденных с аспирационным синдромом и аспирационной пневмонией новорожденных мужского пола 45,5% (n=10), женского 54,5% (n=12). Полученные данные в целом соответствуют общемировым показателям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования нами не выявлено гендерных отличий в развитии аспирационного синдрома. Наши исследования подтвердили данные о развитии аспирации меконием и околоплодными водами преимущественно у доношенных и переношенных новорожденных. Внедрение в лечебный процесс ОРИТН МОЦОМД современных методов респираторной поддержки, активная терапевтическая стратегия позволили существенно снизить частоту встречаемости аспирационного синдрома и летальность при данной нозологии.

ПРИМЕНЕНИЕ АТА-ТЕСТА ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Шарафутдинова Д.Р., Сухова Ю.В., Ионов О.В., Балашова Е.Н., Киртбая А.Р., Иванец Т.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Недоношенность является основной причиной неонатальной заболеваемости и смертности. Младенцы, родившиеся на сроке гестации менее 37 полных недель, считаются недоношенными. Для новорожденных гестационного возраста (ГВ) с 34 недели 1 дня по 36 неделю 6 дней используется термин «поздние недоношенные». Риск развития патологических состояний (респираторные расстройства, внутриутробные инфекции) у таких детей выше, чем у доношенных новорожденных. Своевременная диагностика и лечение определяют благоприятный исход и снижают длительность госпитализации.

ЦЕЛЬ

Оценить клиническую значимость АТА-теста (детоксикационная активность альбумина (DTE)) при ранней диагностике врожденной пневмонии у недоношенных детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 96 новорожденных гестационного возраста 34-36 недель, потребовавших лечения и наблюдения в условиях ОРИТН в связи с реализацией дыхательных нарушений с 1 суток жизни. С целью верификации диагноза дважды в течение первых 72 часов жизни всем детям проводилось клини-

ко-лабораторное обследование. Диагноз «врожденная пневмония» (ВП) устанавливался при наличии клинических признаков инфекционного процесса, характерных изменений на рентгенограмме и положительных лабораторных маркеров воспаления. При отсутствии данных за течение воспалительного процесса с манифестацией дыхательных нарушений с 1 с.ж. с последующим регрессом выставлялись диагнозы «Транзиторное тахипноэ новорожденных» (ТТН) или «респираторный дистресс синдром» (РДС). В результате все дети были разделены на две группы в зависимости от причины развития дыхательных нарушений: 1 группа – поздние недоношенные с диагнозом ВП (n=68), 2 группа – поздние недоношенные с диагнозом ТТН и РДС (контрольная группа, n=28). При подтверждении течения ВП минимальный курс антибактериальной терапии составлял 7 дней, после чего проводилось повторное обследование с целью оценки эффективности терапии. Для определения СРБ и DTE использовали сыворотку крови. СРБ определяли турбидиметрическим методом (CRP, анализатор ВА-400, Biosystems, Испания), DTE - методом электронного парамагнитного резонанса («АТА-тест-Т-20», анализатор «ЭПР АХМ-09», «Альбутран», Беларусь).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В обеих группах средний возраст матерей, способ родоразрешения, распределение детей по ГВ, оценка по Апгар на 1 и на 5 минутах жизни, средняя масса тела и длина при рождении достоверно не отличались. В 1 группе потребность в проведении респираторной, инфузионной терапии, длительность лечения в условиях ОРИТН и общая длительность госпитализации была достоверно выше, чем во второй (p<0,05). Параметр DTE достоверно отличался в группах ТТН-РДС и ВП на 1 сутки (p<0,001). Не было выявлено достоверных отличий DTE между группами ТТН-РДС и ВП на 2-7 сутки (p>0,05) и уровня СРБ - на 1-7 сутки (p>0,05). Параметр DTE показал высокую информативность для диагностики ВП на 1 сутки (AUC=0,857), которая в дальнейшем снижалась. Так на 1 сутки диагностическая чувствительность DTE составила 72,2%, специфичность - 94,1%, cut-off - 70% (AUC=0,857), на 2 сутки - 60,0%, 73,7%, 50% (AUC=0,677), на 7 сутки - 61,8%, 60,0%, 65% (AUC=0,556) соответственно. СРБ показал низкую диагностическую информативность в обеих группах на 1-7 сутки (AUC 0,58 и 0,65).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показатель DTE на 1 сутки жизни у поздних недоношенных новорожденных может являться перспективным маркером ранней диагностики врожденной пневмонии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОМФАЛОЦЕЛЕ

Щукина А.А., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Шумихин В.С., Дьяконова Е.Ю., Сулавко М.А.

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Омфалоцеле относится к одним из самых часто встречающихся пороков развития передней брюшной стенки. В настоящее время не существует единой тактики хирургического лечения. Применение первичной радикальной пластики при омфалоцеле больших размеров, особенно при наличии сопутствующей патологии, приводит к высокой частоте повторных оперативных вмешательств. Различные формы омфалоцеле и высокий риск развития лёгочной гипертензии затрудняют проведение первичной радикальной пластики передней брюшной стенки, что оставляет вопрос о хирургической тактике лечения омфалоцеле открытым.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность хирургического лечения у новорождённых с различными формами омфалоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 107 новорождённых с омфалоцеле разных размеров и различным содержанием грыжевого мешка, прооперированных методом первичной радикальной пластики и отсроченной пластики передней брюшной стенки в возрасте от 3,2 дн ($\pm 2,1$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

За период с августа 2011г по март 2018г было пролечено 107 пациентов с диагнозом омфалоцеле. Средний возраст на момент госпитализации соста-

вил 3,2 дня. Девочек - 50, мальчиков - 57. Средний гестационный возраст пациентов составил 37,8 недели. По наличию печени в грыжевом мешке были сформированы 2 группы: 1-ая группа - 47 новорожденных без печени в грыжевом мешке, 2-я группа - 60 новорожденных, у которых в оболочках омфалоцеле определялась печень. Средний вес в 1-ой группе составил 3122,4 г, во второй 3106,2 г. Наличие генетически обусловленной патологии в каждой из групп составило 27% и 21% соответственно.

В 1-ой группе преобладала синдромальная патология (синдром Бэквита-Видеманна – 5 детей, Синдром Фринца – 1 ребёнок, синдром Эдвардса – 1 ребёнок (14,8%)), во второй группе - врожденные пороки сердца – 9 детей (15%). Необходимость инвазивной респираторной поддержки составила 4% в первой группе и 6% - во второй. В первой группе всем пациентам выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки, максимальный возраст на момент операции составил 14 с.ж. Во второй группе 9 детям (15%) двухэтапная пластика передней брюшной стенки с уменьшением сроков оперативного вмешательства на первом этапе до 9 дн., и увеличением сроков оперативного вмешательства на втором этапе до 20 суток (за счет поэтапного погружения энтерированных органов в брюшную полость). Среднее время начала энтеральной нагрузки в обеих группах

не различалось и соответствовало 3-4 п/о суткам. Пассаж по ЖКТ в среднем восстанавливался на 1 п/о сутки в каждой из групп. Во второй группе двухэтапная пластика осуществлена у 5 детей (8%). Во второй группе у 6 детей (10%) отмечалось развитие лёгочной гипертензии, потребовавшее проведения посиндромной терапии. В связи с наличием сопутствующих синдромальных нарушений, а также критического ВПС для раннего неонатального периода летальный исход отмечен у 6 пациентов (1 ребёнок (2%) в первой группе, 5 детей (8%) во второй группе).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования выявлено, что риск развития легочной гипертензии выше в группе пациентов, у которых в оболочках омфалоцеле располагалась печень. Мы считаем оправданным проведение пластики передней брюшной стенки в 2 этапа, что позволяет в данной группе пациентов добиться высоких результатов, даже при наличии сопутствующей патологии. Также мы считаем необходимым включение в прокол обследования всех пациентов с омфалоцеле обязательное проведение ЭХО-КГ с измерением показателей легочной гипертензии и проведение генетического обследования.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ЛЕГКИХ У ПЛОДА – МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Машинец Н.В., Туманова У.Н., Немковский Г.Б., Козлова А.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одно из приоритетных направлений развития пренатальной диагностики – своевременная постановка диагноза врожденного порока развития для определения оптимальной стратегии наблюдения и родоразрешения женщины и оказание помощи новорожденному ребенку.

ЦЕЛЬ

Проанализировать опыт наблюдения женщин с пренатально установленным диагнозом врожденных пороков легких у плода, особенностей течения беременности и родоразрешения с точки зрения эволюции порока, а также оказания помощи новорожденным на базе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 189 историй наблюдения женщин, у которых признаки врожденного порока легкого у плода впервые обнаруживали в среднем на сроке 20-26 недель, и 163 истории болезни новорожденных, получавших лечение в отделении хирургии новорожденных, за период 2007-2018 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При первичной пренатальной диагностике врожденные пороки легкого были представлены односторонним поражением (100%): кистами различного диаметра неправильной формы с неровными контурами (168;89%) или гиперэхогенным участком ткани (21;11%). В ряде наблюдений отмечали синдром внутригрудного напряжения в виде смещения сердца в здоровую сторону за счет увеличения объема пора-

женного легкого (46;24,3%). Повторные УЗИ плода в сроке 33-35 недель выявили уменьшение количества и размера кистозных полостей (103;54,5%), отсутствие динамики (86;45,5%). Большинству женщин при первичном выявлении изменений в легких плода по месту жительства решением пренатальных консилиумов было рекомендовано прерывание беременности (162;86%).

Все дети родились живыми, доношенными 155 (95%), недоношенными 8 (5%). Признаки асфиксии средней тяжести наблюдали у 30 (18,4%), тяжелой асфиксии - у 2 детей (1,2%), респираторная поддержка после рождения потребовалась 18 пациентам (11%). По данным обследования признаков легочной патологии не выявлено у 4 пациентов (2,4%), секвестрация легочной ткани - 69 (42,3%), кистозно-аденоматозная мальформация легочной ткани - 85 (52,2%), комбинация кистозно-аденоматозной мальформации и секвестра легкого - 5 (3,1%).

Программная обработка 924 диагностических МСКТ изображений на основании математического анализа объема и структуры патологического очага, распространенности в органах и тканях, степени смещения средостения позволил определить показания к хирургическому вмешательству. Хирургическое лечение в возрасте от 2 недель до 3 месяцев выполнено в 142 случаях (87%), диагноз был подтвержден морфологическим исследованием. Объемное моде-

лирование пораженных тканей и топическая диагностика сосудистого русла ускорила интраоперационный поиск соответствующих объектов и сократила длительность хирургического вмешательства. Течение послеоперационного периода гладкое, катамнестическое наблюдение не выявило отклонений от нормального роста и развития детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Абсолютные показания к прерыванию беременности при выявлении признаков врожденного порока легкого у плода отсутствуют, необходимо наблюдение за течением беременности, родоразрешение женщины в акушерском стационаре III уровня с последующим обследованием и лечением новорожденного. Применение современного аппаратно-программного комплекса анализа диагностических изображений сокращает продолжительность операции и позволяет выполнять эффективные миниинвазивные вмешательства, в том числе у пациентов неонатального периода.

Работа выполнена при финансовой поддержке государства в лице Минобрнауки России (соглашение о предоставлении субсидии от 03.10.2016 г. №14.607.21.0162, идентификатор соглашения RFMEFI60716X0162).

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Макиева М.И., Зубков В.В., Шмаков Р.Г., Тимофеева Л.А., Цой Т.А., Матвеева Н.К., Ванько Л.В., Жукова А.С., Кречетова Л.В., Артамкина Е.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время отмечается увеличение частоты онкологических заболеваний в структуре заболеваемости у женщин репродуктивного возраста. Остается малоизученным вопрос влияния химиотерапии, проводимой во время беременности на состояние здоровья ребенка и на его иммунную систему.

ЦЕЛЬ

С 2015 по 2017 годы отделением новорожденных совместно с отделением клинической иммунологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинато-

логии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации проведено исследование, целью которого была оценка состояния здоровья и иммунного статуса новорожденных у матерей с онкологическими заболеваниями, с химиотерапией и без химиотерапии во время беременности, а также терапия интерфероном альфа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения иммунологического анализа исследовалась пуповинная кровь новорожденных в группе женщин, больных раком молочной железы (РМЖ) (n=27), и онкогематологическими заболевани-

ями (n=27), которым проводилась химиотерапия (ХТ) во время беременности и у женщин с гемобластозами, получавших терапию интерфероном альфа (ИФН). Проводилось сравнение результатов с контрольной группой новорожденных у матерей с физиологическим течением беременности (n=27). Фенотипирование лимфоцитов периферической крови осуществляли методом проточной цитометрии на приборе FACSCanto II (Becton Dickinson, США) с использованием моноклональных антител к поверхностным маркерам CD3, CD5, CD16, CD95, меченных FITC (флуоресцеина изотиоцианатом) и к CD4, CD8, CD19, CD56, HLA-DR, меченных PE (фикоэритрином) (BD Biosciences, США). Абсолютное содержание лимфоцитов исследуемых субпопуляций рассчитывали, исходя из результатов клинического анализа крови. Новорожденные были разделены на 2 группы: первую группу составили дети у матерей с раком молочной железы- 27 детей, которые подразделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа- матери которых во время беременности получали ХТ - 17 детей, 2 подгруппа: матери которых не получали во время беременности ХТ- 10 детей. Во вторую группу включены 27 детей у матерей с гемобластозами, которые также подразделены на подгруппы: 1 подгруппа- матери которых во время беременности получали ХТ- 9 детей, 2 подгруппа: матери которых получали во время беременности терапию интерфероном- 18 детей. Всем детям проводили физикальный осмотр, контроль клинического анализа крови проводился на 1 и 3-5 сутки жизни ребенка, проводилось УЗИ головного мозга, органов брюшной полости и почек, УЗИ сердца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В пуповинной крови новорожденных у матерей с онкологическими заболеваниями, получавших как ХТ, так и терапию ИФН не выявлено выраженных изменений в содержании ряда субпопуляций Т- лимфоцитов. Также отсутствовали различия в иммунорегу-

ляторных индексах между исследуемыми группами по сравнению с контрольной группой. Установлено, что в пуповинной крови новорожденных не обнаружено значимых изменений в содержании субпопуляций Т-лимфоцитов в исследуемых группах, однако выявлено снижение содержания В-лимфоцитов. В подгруппе женщин с РМЖ, которым проводилась ХТ недоношенными родилось 59,3% детей, без проведения ХТ 70 %, в группе гемобластозов с ХТ недоношенными родилось 16,7% % детей, с проведением терапии ИФН 18,2 %. Среди новорожденных у матерей в двух группах как с проведением ХТ, так и без ХТ все дети были сопоставимы по массо-ростовым показателям. Было установлено, что в группе матерей с проведением ХТ во время беременности большинство новорожденных родилось здоровыми, в остальных случаях наиболее часто встречались такие состояния как: апноэ, внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени, стойкое фетальное кровообращение, неонатальная желтуха. В группе детей матери которых во время беременности не получали ХТ или получали терапию ИФН в большем проценте случаев диагностированы респираторные нарушения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном исследовании не обнаружено значимых изменений в иммунном статусе новорожденных у матерей, больных онкологическими заболеваниями по сравнению с новорожденными контрольной группы, что может косвенно свидетельствовать о минимальном воздействии проводимой терапии онкологического заболевания на кроветворную систему плода. Структура заболеваемости детей была обусловлена преждевременным родоразрешением матери ввиду прогрессирования онкологического заболевания или необходимости в проведении терапии, противопоказанной во время беременности.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА МАТЕРИ НА ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Мирошник Е.В., Рюмина И.И., Покровская А.Я.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Люди репродуктивного возраста во всем мире все чаще заболевают диабетом. Среди всех эндокринных заболеваний сахарный диабет наиболее неблагоприятно влияет на течение беременности,

приводя к ее осложнениям, отрицательно воздействует на развитие плода и адаптационные возможности новорожденного.

ЦЕЛЬ

Определить влияние сахарного диабета матери на здоровье новорожденного.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в отделении патологии новорожденных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Проведен анализ 1625 историй болезни матерей, больных различными типами сахарного диабета, и их новорожденных детей; критерием включения являлись все дети, рожденные в Центре 2014-2016 гг женщинами с сахарным диабетом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Была проанализирована структура заболеваемости новорожденных: 43,2% детей имели те или иные заболевания в неонатальном периоде; наиболее часто встречались такие патологические состояния, как неонатальная инфекция, дыхательные расстройства, стойкое фетальное кровообращение, патология центральной нервной системы,

врожденные пороки развития, желтуха неуточненной этиологии, гемолитическая болезнь новорожденных. Большая часть детей (с различными патологиями) были доношенными (76,5%). Заболеваемость детей практически не зависит от возраста матери (48,3% детей с патологией у женщин в возрасте 20-25 лет, 48,6% детей с патологией у женщин в возрасте 25-30 лет, 53,2% детей с патологией у женщин в возрасте 35-40 лет). Максимальный процент грудного вскармливания приходился на возраст матерей 30-35 лет. В группе 35-40 лет преобладал смешанный тип вскармливания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время, не смотря на улучшение оказания медицинской помощи беременным с сахарным диабетом, заболеваемость у детей, рожденных этими женщинами остается высокой. Возраст матери не оказывает существенного влияния на заболеваемость ребенка. В группе более старших женщин лучше сформирована комплаентность к грудному вскармливанию.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ: ЧАСТОТА, КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ

Нароган М.В.^{1,2}, Рюмина И.И.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Определение частоты и клинических проявлений перинатального ишемического инсульта (ПИИ) варьирует в широком диапазоне, в зависимости от специализации и диагностических возможностей медицинских учреждений.

ЦЕЛЬ

Определить частоту и клинические варианты течения ПИИ в неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены дети с ПИИ, родившиеся в 2012-2017 гг. в НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова. Критерии исключения: тяжелая асфиксия при рождении, развитие инсульта

после хирургических вмешательств. Был оценен соматический и неврологический статус новорожденных. Диагноз ПИИ устанавливался на основании результатов нейросонографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 6 лет в Центре родилось 17 детей, у которых диагноз ПИИ не вызывал сомнений, и 5 детей, у которых при МРТ были диагностированы очаговые изменения в подкорковых ганглиях, которые были расценены как вероятные последствия ПИИ. Частота ПИИ составила 0,47-0,61 на 1000 новорожденных (1 из 1651-2140). Большинство детей были доношенными, 3 ребенка – с гестационным возрастом 35-36 недель. Путем операции кесаре-

ва сечения родилось 12 (54,5%) детей, с помощью вакуум-экстракции – 1 (4,5%). По полу преобладающий не было. Большинство детей - 18 (82%) родились с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов и выше; остальные – от 4/5/6 до 6/8. Из родильного зала 17 (77%) детей поступили в физиологическое отделение, 5 (23%) – в тяжелом состоянии в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (диабетическая фетопатия - 1, врожденная пневмония – 2, транзиторное тахипноэ – 1, транзиторное тахипноэ в сочетании с кровопотерей у плода – 1). Клиническая картина ПИИ значительно варьировала. Наиболее часто – в 9 (41%) случаев ПИИ манифестировал развитием судорог в возрасте 1-3 суток. Наиболее тяжело судорожный синдром протекал у 4 (18%) новорожденных, которым потребовалась респираторная поддержка по поводу дыхательных нарушений и апноэ, а двоим из них - кардиотоническая терапия. У 3 (14%) детей в раннем неонатальном периоде отмечались умеренные неврологические симптомы в виде небольшого угнетения функций ЦНС, гипотонии мышечного тонуса, умеренной асимметрии мышечного тонуса и рефлексов. У 4 (18%) детей ведущей в клинической картине являлась соматическая патология (диабетическая фетопатия - 1, врожденная пневмония – 1, транзиторное тахипноэ – 1, транзиторное тахипноэ

в сочетании с кровопотерей у плода – 1). У 6 (27%) новорожденных не выявлялось ни соматических, ни неврологических симптомов. Очаговые изменения головного мозга у них были впервые выявлены при скрининговой нейросонографии и в дальнейшем подтверждены с помощью МРТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота ПИИ, не связанного с тяжелой асфиксией или осложнением хирургического лечения, находилась в пределах 0,47-0,61 на 1000 новорожденных (1 из 1651-2140). ПИИ развивался у доношенных и поздних недоношенных детей, не зависел от пола и способа родоразрешения. Субклиническое или бессимптомное течение ПИИ в неонатальном периоде встречалось в 10 (45,5%) случаев. Течение ПИИ с манифестацией судорог на 1-3 сутки жизни, как правило, на фоне удовлетворительного состояния ребенка наблюдалось в 9 (41%) случаях; при этом наиболее тяжелое течение ПИИ - под маской «нейроинфекции» - отмечено у 4 (18%) новорожденных. У 3 (14%) детей в раннем неонатальном периоде отмечались умеренные неврологические симптомы без судорог, когда основой диагностики служили методы нейровизуализации.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Котик И.Е., Пекарева Н.А., Зубков В.В., Пучкова А.А., Грошева Е.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Анемия недоношенных занимает значительное место в структуре неонатальной заболеваемости. Доказано, что дети с ЭНМТ и ОНМТ имеют больший риск развития не только ранней анемии недоношенных, но и железодефицитной анемии на первом году жизни. Необходимость гемотрансфузий, введения эритропоэтина в сочетании с приемом препаратов железа для коррекции РАН, ферротерапии для лечения ЖДА на первом году жизни у данных групп недоношенных детей остается предметом для дискуссий.

ЦЕЛЬ

Установить связь между частотой развития РАН, требующей гемотрансфузий, введения эритропоэтина в раннем неонатальном периоде у детей с ЭНМТ и ОНМТ и ЖДА на первом году жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование 114 недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении в течение первого года жизни, рожденных за период с 2013г. по 2016г. Оценивалась связь проведения трансфузий эритроцитарной массы и введения рекомбинантного ЭПО в раннем неонатальном периоде

и частоты развития ЖДА недоношенных в течение первого года жизни, требующей назначения ферротерапии. В зависимости от массы тела при рождении все дети были разделены на 2 группы: 51 ребенок с ЭНМТ и 63 ребенка с ОНМТ. Показатели гемоглобина оценивались в возрастных группах 0-2мес, 2-4мес, 4,5-6,5мес, 7-9мес. Кроме того, выделены подгруппы детей: получавшие только эр. массу, только рчЭПО и комбинацию рчЭПО и эр. массы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний ГВ у детей в первой группе был 28,5±3,5нед, вес при рождении 820гр±180 гр, длина 33±5,6см, во второй группе средний ГВ 30±2,5 нед, вес при рождении 1339±286гр, длина 38,3±3,5см. У детей с ЭНМТ анемия в стационаре наблюдалась в 96 % случаев, с ОНМТ в 92,5% соответственно. Лечение препаратами железа в раннем неонатальном периоде проводилось в первой группе 90,2% детей, во второй -92%. Гемотрансфузии проводились у 60,8% детей в первой группе и 25,4% во второй. Рч ЭПО получали 90,2% с ЭНМТ и 60% детей с ОНМТ. Анемия после выписки отмечена у 49% детей первой группы и у 77% из второй. В возрастных группах до 2мес-25,5 % и 50,8%; 2-4мес-17,6% и 30%; 4,5-6,5мес-7,8% и 12,7%; 7-9мес-3,9% и 4,8%, 10-15мес-5,9% и 3,2%. Лечение препаратами железа проводилось после выписки в первой группе 29% и во второй 77,8% детей, при этом в возрасте до 2 мес- 37,3% и 39,7%, 2-4мес-23,5% и 15,9%, 4,5-6,5мес-3,9% и 7,9%, 7-9мес-2 и 1,6% соответственно, в 10-15мес-2% только дети с ЭНМТ. Кроме того, среди детей с ЭНМТ и ОНМТ, получавших лечение в стационаре (47 детей и 42 ребенка соответственно) было выделено три подгруппы:

1-дети, получавшие только Эр.массу в раннем неонатальном периоде -16детей (34%) с ЭНМТ и 4 ребенка (9,5%) с ОНМТ,

2 группа получавшие только рчЭПО- бдетей (12,7%)ЭНМТ и 29 детей (69%) с ОНМТ,

3 группа-получавшие комбинацию рчЭПО и эр. массу-25детей(53%) с ЭНМТ и 9 детей (21,4%) с ОНМТ. При катамнестическом анализе у детей с ЭНМТ отмечено развитие ЖДА в течение первого года жизни во всех подгруппах: в 1 подгруппе (получавших только гемотрансфузии эритроцитарной массы), анемия развилась в 100% случаев, во второй подгруппе (получавших только эритропоэтин), в 87,5% и в третьей подгруппе, получавших комбинированное лечение Эрмассы и эритропоэтином, в 72%.

У детей с ОНМТ выявлено следующее соотношение: в 1 подгруппе, получавших только гемотрансфузии, анемия развилась в 100% случаев, во второй подгруппе, получавших только эритропоэтин, в 93%, и в третьей подгруппе, получавших комбинированное лечение гемотрансфузия и введение эритропоэтина, отмечалось 100% случаев развития ЖДА на первом году жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, независимо от гестационного возраста и массы тела при рождении, проведения коррекции РАН введением рч ЭПО в сочетании с ферротерапией и гемотрансфузий не позволило избежать развития ЖДА на 1 году жизни у детей обеих групп примерно с одинаковой частотой. Лучшие результаты достигнуты при комбинации гемотрансфузии и назначения ЭПО у детей ЭНМТ. Оптимизация стратегии лечения РАН требует, очевидно, более строгого подхода к обоснованию целесообразности и частоты гемотрансфузий, коррекции дозы и кратности введения рч ЭПО в сочетании с препаратами железа для профилактики развития железодефицитной анемии на 1 году жизни.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Авторы: Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Албегова М.Б., Банина Т.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Недоношенные дети с ОНМТ имеют особенности нутритивного статуса, связанные с преждевременным рождением. Адекватное вскармливание

недоношенного ребенка является приоритетной задачей на этапе выхаживания. Введение продуктов прикорма является важным и необходимым этапом в развитии недоношенного ребенка.

В настоящее время не существует единого подхода по введению прикорма у недоношенных детей с ОНМТ. Обобщенные литературные данные предполагают оптимальное введение прикорма у недоношенных детей не ранее 3 месяцев скорректированного возраста.

ЦЕЛЬ

Определить оптимальный возраст введения продуктов прикорма у недоношенных детей с ОНМТ в зависимости от вида вскармливания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование историй развития 100 недоношенных детей с ОНМТ при рождении в течение 9 месяцев СВ, рожденных в 2013-2016 гг. Оценивался возраст на момент введения прикорма, переносимость продуктов прикорма (аллергические реакции, дискинезия ЖКТ). Первыми продуктами прикорма были злаковые (каши) и овощные пюре. В зависимости от вида вскармливания в возрасте 2-4 мес. СВ дети разделены на 3 группы: 1 группа (n=16) - получала грудное молоко, 2 группа (n=44) - искусственное вскармливание; 3 группа (n=40) - смешанное вскармливание.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний гестационный возраст детей составлял 29+2 недели, вес при рождении 1136+276 г; длина 37+3,8 см, данные показатели были сопоставимы в 3 группах. Первые продукты прикорма получали 20% детей 1 группы в возрасте 2,9 + 0,7

мес. СВ; 26% детей 2 группы в возрасте 3,0+0,6 мес. СВ и 27% детей 3 группы в возрасте 2,7+ 0,5 мес. СВ. Аллергические реакции на введение прикорма отмечались у 2% детей 1 группы и 4 % детей 2 и 3 группы, которые в анамнезе имели аллергические реакции. Проявления дискинезии ЖКТ (запоры) отмечались у 2% детей в каждой исследуемой группе. В возрасте 4,5-6,5 мес. СВ от 1 до 4 видов прикорма получали 87% детей 1 группы, 87,5% детей 2 группы и 77% детей 3 группы. Аллергические реакции отмечались у 2 % детей каждой группы. Проявления дискинезии ЖКТ (запоры) отмечались у 1% детей 1 группы и 2% детей 2 и 3 группы. В возрасте 7-9 мес. СВ все дети 1 группы и 96% детей 2 и 3 группы получали продукты прикорма. Аллергические реакции и дискинезия ЖКТ (запоры) отмечались у 1% детей 2 и 3 группы, тогда как в 1 группе не выявлено ни у одного ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оптимальный возраст для введения прикорма у недоношенных детей с ОНМТ определяется совокупностью факторов, включая данные анамнеза (вес при рождении, соматический анамнез), психологической готовностью ребенка, зрелостью ферментативной системы ЖКТ. Большинство детей с ОНМТ при рождении начинают получать продукты прикорма после 4 мес. СВ независимо от вида вскармливания. При этом частота аллергических реакций и проявлений дискинезии ЖКТ не превышает 2-4%.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Рюмина И.И., Орловская И.В., Нароган М.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время приоритет грудного вскармливания является неоспоримым, как для здорового доношенного ребенка, так и для больного, в том числе, родившегося преждевременно. Однако, чем выше уровень лечебного учреждения и, чем больше высокотехнологичных методов, использующихся для лечения и выхаживания новорожденных, тем сложнее обеспечить грудное вскармливание максимально приближенное к естественным условиям. По мере накопления опыта и совершенствования медицинской помощи становится очевидным, что органи-

зация вскармливания новорожденных, прежде всего, больных и недоношенных детей, не нашла своего полного отражения в основных документах, регламентирующих работу перинатальных центров (ПЦ) а многие положения, относящиеся к вскармливанию, противоречат современной концепции питания в неонатальном периоде.

ЦЕЛЬ

Разработать методику сцеживания, хранения, транспортировки и использования сцеженного материнского молока в условиях ПЦ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Организация комнаты, где матери могут сцеживать молоко в комфортных условиях не только рукой, но и с помощью стационарных и индивидуальных молокоотсосов, очень важно для поддержания лактации в этом периоде. Согласно документам, регламентирующим структуру ПЦ, в отделениях реанимации и в наблюдательных отделениях эти помещения не предусмотрены. Для сцеживания молока и в ОРИТН и в ОПНИД были выделены специальные комнаты для сцеживания. Комнаты оснащены удобными креслами, специальными столами и индивидуальными шкафчиками, где хранятся индивидуальные молокоотсосы, холодильником, предназначенным только для хранения молока. Сцеженное молоко из стерильного контейнера переливается в стерильную бутылочку (шприц) и нативное молоко используется для кормления. Избыток молока в стерильной емкости, может храниться в холодильнике до следующего кормления. Емкость с молоком должна быть подписана с указанием ФИО матери, даты и времени сцеживания. Для сцеживания может использоваться стационарный молокоотсос, индивидуальные электрические и ручные молокоотсосы со стерильными контейнерами. Разработаны правила использования индивидуальных молокоотсосов и стерилизаторов в условиях ПЦ. В случае необходимости отсроченного

кормления новорожденного сцеженным молоком, собранное грудное молоко подвергают пастеризации. Доказана целесообразность организации подразделения для приготовления молочных смесей и пастеризации сцеженного грудного молока. Опыт работы ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в течение более 15 лет, показал, что наличие единого подразделения, в задачи которого входит приготовление молочных смесей, пастеризация молока, обработка и стерилизация бутылочек и сосок, позволяет не только эффективно поддерживать грудное вскармливание, но и обеспечить санитарно-гигиенический и противо-эпидемический режим и контролировать его исполнение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вскармливание исключительно грудным молоком является приоритетом, как для здоровых доношенных детей, так и для больных новорожденных и недоношенных детей, поэтому организация комнаты для сцеживания грудного молока в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных является важным условием эффективного выхаживания ребенка, находящегося в тяжелом и критическом состоянии.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Тебердиева С.О., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Дегтярев Д.Н.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Послеоперационное обезболивание проводится наркотическими и ненаркотическими анальгетиками. Ввиду возрастных ограничений выбор препаратов для новорожденных невелик. Опиоидные анальгетики занимают ведущее место в послеоперационном обезболивании у новорожденных. Препараты действуют на различные опиоидные рецепторы клеток: мю, дельта и каппа. Учитывая негативное влияние наркотических анальгетиков на развивающийся головной мозг новорожденного ребенка, максимально в короткие сроки, по возможности, производится их смена на ненаркотическое обезболивание. Следует отметить, что опубликованные в литературе выводы о наличии или отсутствии негативного влияния опиоидных наркотических и ненаркотических анальгетиков, как правило,

были получены без учета других факторов, неблагоприятно влияющих на ЦНС новорожденных.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность различных способов послеоперационного обезбоживания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование 79 случаев рождения доношенных детей с врожденными пороками развития внутренних органов, получавших лечение, в том числе оперативное, в условиях отделения хирургии новорожденных. Исходно пациенты были разделены на две группы: исследования (n=40), в которую вошли пациенты с поражением ЦНС, и контроля (n=39), без поражений ЦНС. Обезболивание детей в послеоперационном периоде осуществлялось нар-

котическими и/или ненаркотическими анальгетиками. Среди наркотических веществ использовались – фентанил, морфин и тримеперидин. Ненаркотическое обезболивание проводилось опиоидным ненаркотическим анальгетиком – трамадол. Для оценки эффективности обезболивания использовались шкалы COMFORT и CRIES.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность обезболивания в группе исследования составила 8.6±3.8 дней, в группе контроля – 7.4±2.1 день. Средняя оценка по шкале COMFORT в исследуемой группе на 5-7 сутки обезболивания составила 20.9±1.1, и в группе контроля 20.9±1.5 ($p>0.05$). При переводе на самостоятельное дыхание, средняя оценка по шкале CRIES в исследуемой группе составила 3.2±0.4, в группе контроля – 2.5±0.2 ($p<0.001$).

В процессе лечения применялось 9 различных схем применения анальгетиков. Мы выделили 3 группы: 1) последовательное использование 2-х и более наркотических анальгетиков; 2) использование 1 наркотического анальгетика с последующей сменой на ненаркотический опиоидный анальгетик; 3) монотерапия ненаркотическим опиоидным анальгетиком.

1 группа была применена у 31 новорожденного ребенка. Из них 23 включены в группу исследования. Наиболее часто данная схема обезболивания применялась у пациентов с врожденной диафрагмальной грыжей – 9/31 (29%), на втором месте – высокая и низкая кишечная непроходимость – 8/31 (26%).

Послеоперационное обезболивание препаратами из 2 группы проводилось у 28 детей, среди них

группу исследования составили 12/28 (43%). Наиболее часто данная схема анальгезии проводилась у детей с гастрошизисом – 8/28 (28.5%). Из 79 пациентов послеоперационное обезболивание трамадолом проводилось 26% новорожденным. Наиболее часто ненаркотическое обезболивание проводилось детям с пороками развития почек – 8/21 (38%). Подавляющее большинство детей из данной группы вошли в группу контроля, и не имели поражений головного мозга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обезболивание проводилось эффективное в обеих группах, однако у детей на самостоятельном дыхании в группе исследования отмечалась более высокая оценка по шкале боли CRIES, что вероятно, связано с более частым применением трамадола у детей на самостоятельном дыхании, нежели промедола, являющегося более сильным анальгетиком.

Наиболее длительное обезболивание последовательным применением 2-х и более наркотических анальгетиков получали пациенты с тяжелыми врожденными пороками развития, такие как: врожденная диафрагмальная грыжа, кишечная непроходимость.

Учет проанализированных факторов не дает однозначно утверждать, что послеоперационное обезболивание влияет на функциональное состояние ЦНС новорожденных детей. Полученные результаты требуют продолжения исследований в этой области с учетом влияния всех возможных факторов.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ. ВЛИЯНИЕ НА НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Каравеева А.Л., Тимофеева Л.А., Зубков В.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия – наиболее тяжелое осложнение беременности, занимающее лидирующее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Ежегодно более 15 млн. детей рождаются недоношенными в результате осложнения беременности ПЭ. Влияние ПЭ находит отражение в течение раннего неонатального периода. У новорожденных отмечаются респираторные нарушения, гематологические нарушения,

внутричерепные кровоизлияния, инфекционные осложнения, что значительно увеличивает сроки пребывания новорожденного в стационаре, и оказывает влияние на постнатальное развитие и заболеваемость у новорожденных.

ЦЕЛЬ

Оценка состояния здоровья новорожденных при ранней и поздней преэклампсии.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 102 пары мать – новорожденный, наблюдавшиеся в ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ в период 2015-2017гг. Все новорожденные были распределены на 3 группы: 1 группа – новорожденные у матерей с ранней тяжелой преэклампсией (N = 6), 2 группа – с поздней тяжелой преэклампсией (N = 22), 3 группа – умеренной преэклампсией (N = 74).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин составил в 1 группе 38,2 ± 9,3 лет, во 2 группе 33,7 ± 4,4 лет, в 3 группе 31,7 ± 6,0 лет (p=0,05) в группах соответственно, что подтверждает связь ПЭ и возраста женщины.

В качестве способа родоразрешения в большинстве случаев применялась операция кесарева сечения: в группе с ранней тяжелой преэклампсией у 83,4%, во 2 группе - 63,6%, в 3 группе - 54,0% пациенток. Преждевременными родами закончилось 58,8% беременностей. В 1 группе новорожденных гестационный возраст составил 26,8±2,8 недель (100% новорожденных родены недоношенными), во 2 группе - 35,3±2,4 недель (59,1% недоношенных детей), в 3 группе - 38,7±1,7 недель (31,1% недоношен-

ных детей). Вес детей при рождении в 1 группе - 765,3±168,3г, во 2 группе - 2260,4±565,4г, в 3 группе - 3100±598,6г (p<0,001). При этом задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 16,6% новорожденных 1 группы, во 2 группе - 22,7%, в 3 группе - 8,1%. Тяжелая асфиксия при рождении и антенатальная гибель плода диагностировалась только в группе ранней тяжелой ПЭ. Проведения респираторной терапии потребовали 83,3% новорожденных 1 группы, 40,9% новорожденных 2 группы, и 12,2% - 3 группы. Длительность проводимой респираторной терапии во 2 и 3 группах уменьшалась с повышением гестационного возраста. Длительность пребывания в ОРИТН у новорожденных 1 группы – 63,3±38,2 часа, 2 группы – 6,2±4,8 часов, 3 группы - 4,4±3,7 часов. В профильных отделениях патологии новорожденных длительность пребывания составила 20±14,7 к/дней, 20,9±13,6 к/дней и 9,3±4,6 к/дней соответственно в трех группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемость у новорожденных, длительность респираторной терапии, а также пребывание в условиях стационара, напрямую зависит от степени тяжести ПЭ и сроков родоразрешения.

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Матвеева Н.К., Макиева М.И., Ванько Л.В., Жукова А.С., Боченкова А.С., Зубков В.В., Кречетова Л.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы существенно возросло число случаев беременности на фоне злокачественных новообразований. Химиотерапия является одним из ведущих методов лечения онкологических заболеваний, в том числе и при беременности, несмотря на то, что противоопухолевые химиотерапевтические препараты могут негативно повлиять на течение беременности, являясь причиной спонтанных аборт, задержки внутриутробного развития и низкого веса при рождении. Показано, что мультидисциплинарный подход к ведению беременности у пациенток с онкологическими заболеваниями имеет решающее значение для оптимизации исходов как для матери, так и для плода. Тем не менее, имеющиеся в литературе сведения недостаточно полно характеризуют состояние здоровья новоро-

жденных у матерей с онкологическими заболеваниями, а данные о состоянии их иммунной системы практически отсутствуют. Остаются мало изученными аспекты врожденного иммунитета у женщин на фоне химиотерапии и их новорожденных детей. Большая роль в защите организма от инфекций принадлежит продукции активных форм кислорода клетками нейтрофильных гранулоцитов и моноцитов, которые, вызывая «респираторный взрыв», оказывают повреждающее действие на микроорганизмы.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилось определение интенсивности генерации активных форм кислорода (АФК) клеток периферической крови беремен-

ных женщин с онкологическими заболеваниями на фоне химиотерапии и их новорожденных детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 27 беременных с онкологическими заболеваниями, получавших во время беременности полихимиотерапию (от 2 до 8 курсов) и пуповинная кровь их новорожденных. Группу сравнения составили 24 женщины с физиологическим течением беременности и пуповинная кровь их детей. Оценка продукции АФК проводилась хемилюминесцентным методом на люминометре Хемилюм 2001 (Россия). Измеряли амплитуду ответа на опсонизированный зимозан (ОЗ) и суммарную продукцию АФК клеток периферической крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлена тенденция к снижению амплитуды ответа на опсонизированный зимозан ($25,1 \pm 22,5$ усл.ед.) и суммарной продукции АФК ($3842,2 \pm 3439,7$) фагоцитами периферической крови беременных женщин с онкологическими заболеваниями

ями по сравнению с этими показателями у женщин группы сравнения ($28,7 \pm 19,2$ усл.ед. и $4700,2 \pm 3458,9$, соответственно). Однако было установлено, что амплитуда ответа фагоцитов на ОЗ и суммарная продукция кислородных радикалов клетками пуповинной крови новорожденных у женщин с онкологическими заболеваниями была существенно ниже, чем у клеток пуповинной крови новорожденных детей группы сравнения (амплитуда ответа $12,1 \pm 10,7$ усл.ед. и $18,3 \pm 6,4$ усл.ед.; суммарная продукция АФК – $1857,6 \pm 2109,1$ и $2927,1 \pm 1118,9$, соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сниженная продукция АФК фагоцитами периферической крови может свидетельствовать о недостаточной бактерицидной активности клеток крови, что повышает риск воспалительных и инфекционных заболеваний беременных с онкологическими заболеваниями и их детей.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ЛЕГКИХ У ПЛОДА – МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Машинец Н.В., Туманова У.Н., Немковский Г.Б., Козлова А.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одно из приоритетных направлений развития пренатальной диагностики – своевременная постановка диагноза врожденного порока развития для определения оптимальной стратегии наблюдения и родоразрешения женщины и оказание помощи новорожденному ребенку.

ЦЕЛЬ

Проанализировать опыт наблюдения женщин с пренатально установленным диагнозом врожденных пороков легких у плода, особенностей течения беременности и родоразрешения с точки зрения эволюции порока, а также оказания помощи новорожденным на базе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 189 историй наблюдения женщин, у которых признаки врожденного порока легкого у плода впервые обнаруживали в среднем на сроке 20-26 недель, и 163 истории

болезни новорожденных, получавших лечение в отделении хирургии новорожденных, за период 2007-2018 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При первичной пренатальной диагностике врожденные пороки легкого были представлены односторонним поражением (100%): кистами различного диаметра неправильной формы с неровными контурами (168;89%) или гиперэхогенным участком ткани (21;11%). В ряде наблюдений отмечали синдром внутригрудного напряжения в виде смещения сердца в здоровую сторону за счет увеличения объема пораженного легкого (46;24,3%). Повторные УЗИ плода в сроке 33-35 недель выявили уменьшение количества и размера кистозных полостей (103;54,5%), отсутствие динамики (86;45,5%). Большинству женщин при первичном выявлении изменений в легких плода по месту жительства решением пренатальных консилиумов было рекомендовано прерывание беременности (162;86%).

Все дети родились живыми, доношенными 155 (95%), недоношенными 8 (5%). Признаки асфиксии средней тяжести наблюдали у 30 (18,4%), тяжелой асфиксии - у 2 детей (1,2%), респираторная поддержка после рождения потребовалась 18 пациентам (11%). По данным обследования признаков легочной патологии не выявлено у 4 пациентов (2,4%), секвестрация легочной ткани - 69 (42,3%), кистозно-аденоматозная мальформация легочной ткани - 85 (52,2%), комбинация кистозно-аденоматозной мальформации и секвестра легкого - 5 (3,1%).

Программная обработка 924 диагностических МСКТ изображений на основании математического анализа объема и структуры патологического очага, распространенности в органах и тканях, степени смещения средостения позволил определить показания к хирургическому вмешательству. Хирургическое лечение в возрасте от 2 недель до 3 месяцев выполнено в 142 случаях (87%), диагноз был подтвержден морфологическим исследованием. Объемное моделирование пораженных тканей и топическая диагностика сосудистого русла ускорила интраоперационный поиск соответствующих объектов и сократила длительность хирургического вмешательства. Течение послеоперационного периода гладкое, катамнестическое наблюдение не выявило отклонений от нормального роста и развития детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Абсолютные показания к прерыванию беременности при выявлении признаков врожденного порока легкого у плода отсутствуют, необходимо наблюдение за течением беременности, родоразрешение женщины в акушерском стационаре III уровня с последующим обследованием и лечением новорожденного. Применение современного аппаратнопрограммного комплекса анализа диагностических изображений сокращает продолжительность операции и позволяет выполнять эффективные миниинвазивные вмешательства, в том числе у пациентов неонатального периода.

Работа выполнена при финансовой поддержке государства в лице Минобрнауки России (соглашение о предоставлении субсидии от 03.10.2016 г. №14.607.21.0162, идентификатор соглашения RFMEFI60716X0162).

Общественное здравоохранение

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ РОАГ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Баранов И.И., Нестерова Л.А., Серов В.Н.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В России продолжается активный процесс смены систем оценки профессиональных навыков медицинских работников: сертификация врачей заменяется аккредитацией, а месячные сертификационные циклы – непрерывным медицинским образованием.

Региональные образовательные школы Российского общества акушеров-гинекологов (далее Школы РОАГ) - совместный научно-образовательный проект НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова и РОАГ стали ключевым элементом непрерывного медицинского образования акушеров-гинекологов регионов и проводятся на регулярной основе, что помогает им следовать самому высокому профессиональному стандарту.

ЦЕЛЬ

Создание равных возможностей для самообразования и профессионального совершенствования врачей на местах, в т.ч. получения необходимых баллов или зачетных единиц (ЗЕТ) за участие в работе школ, сохранение высокого уровня знаний и умений акушеров-гинекологов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Организация проведения научно-образовательных Школ РОАГ в регионах. Мультидисциплинарность и ориентированность на интерактивное обучение: семинары, мастер-классы, разборы клинических случаев, лекции и круглые столы - все это предполагает активное включение аудитории в процесс обучения. Организаторы Школ РОАГ при подготовке образовательной программы учитывали те разделы специальности, которые представляют интерес для врачей на местах.

Преподавательский состав - это ведущие сотрудники Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова и

других известных медицинских и образовательных центров Москвы, С-Петербурга, региональных медицинских вузов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проект третий год успешно развивается и о его востребованности можно судить по следующим данным: начиная с 2016 года, прошло 17 Школ во всех федеральных округах России; всего в рамках нового формата Школы прошли обучения 10000 специалистов из разных регионов и городов страны. Их специализация представлена следующим образом: акушеры-гинекологи-75%, неонатологи - 9%, анестезиологи-реаниматологи - 3%, детские гинекологи- 2%, эндокринологи -4%, онкологи -2%, УЗИ-специалисты -2%, андрологи -1%, репродуктологи -1%, другие специализации -1%. Каждый слушатель Школы получил по 12 баллов (ЗЕТ) НМО за участие в работе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Школы РОАГ – востребованная в регионах форма повышения квалификации акушеров-гинекологов, отвечающая самому высокому профессиональному стандарту. Прохождение обучения позволяет специалистам не только совершенствовать знания, но и получать зачетные единицы (ЗЕТ), которые будут учитываться при аккредитации специалистов в системе непрерывного медицинского образования.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ОФИСНЫХ СЛУЖАЩИХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Андреева О.Н.

Сеть клиник «MedSwiss», Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Активно меняющиеся стратегии политического и социально-экономического роста развития страны ставят перед отечественным здравоохранением важнейшую задачу, заключающуюся в сохранении и укреплении здоровья населения. В течение последнего десятилетия возрастает роль диспансеризации в числе основных функций амбулаторно-поликлинического звена, что поддерживается основной концепцией развития системы здравоохранения РФ до 2022г (НП «Здоровье», «Формирование приверженности ЗОЖ», «Активное долголетие»), связанную с обследованием населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработку индивидуальных программ профилактики. Знание структуры болезней среди лиц, подлежащих обследованию, позволит оптимизировать программу, состав клинко-лабораторных методов исследования, снизить экономические затраты без ущерба здоровью граждан.

ЦЕЛЬ

Проведение анализа структуры болезней среди офисных работников, подлежащих периодической диспансеризации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для анализа использовались данные электронных амбулаторных карт 638 пациенток, отобранных методом случайной выборки в возрасте от 21 до 45 лет, заключительные акты ПМО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате исследования ранжированный перечень основных диагнозов распределился следующим образом: (D 25.0) Миома матки в 50 случаях, 18.6% из них 18 впервые установлены, (N 86) Эрозия и эктропион шейки матки без цервицита – 38 случаев, 14.1%, (B37) Кандидоз 34 случая, 12.6%, (N 89.0) Бактериальный вагиноз – 32 случая, 11.9%, (N 77.1) Вульвовагинит неспецифический 28 случаев, 10.4%, (N 72) Цервицит с наличием или без эрозии или эктропиона 20 случаев, 7.4%, (N 80.0)

Аденомиоз в 18 случаях, 6.7%, (B 97.7) Папилломавирусы 16 случаев, 5.9%, представлены остроконечными кондиломами вульвы, аногенитальными бородавками, (N 83.0) Киста яичника 12 случаев, 4.47%, (N 84.1) Полип шейки матки 6 случаев, 2.2%, все случаи впервые выявленные, (N 87.0) Слабовыраженная дисплазия шейки матки – 4 случая, 1.49% - все случаи впервые выявленные, (N 84.0) Полип эндометрия 4 случая 1.49%, из них 2 случая впервые выявленные, (N81.8) Несостоятельность мышц тазового дна 4 случая, 1.49%, (E 28.2) СПКЯ 2 случая, 0.7%, (N 88.0) Лейкоплакия шейки матки 2 случая, 0.74%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целях повышения медицинской, социально-экономической эффективности системы охраны здоровья среди офисных служащих целесообразно проводить диспансеризацию в одном медицинском учреждении. Необходимо создание преемственности среди учреждений первично-амбулаторного звена что приведет к повышению доступности знаний о состоянии здоровья служащих.

Одной из основных нозологий является миома матки. Включение в диспансеризацию УЗИ позволяет выявить и оценить динамику роста миомы матки, гиперпластические процессы в эндометрии, что позволяет своевременно провести последующее плановое оперативное лечение, снизить риски развития атипических процессов, и сохранить репродуктивный потенциал населения.

В связи с достаточно высоким выявлением остроконечных кондилом вульвы, необходимо включить определение HPV методом ПЦР у данной группы женщин. Своевременное выявление дисплазии шейки матки позволит снизить риск онкологических заболеваний, наряду с цитологическим исследованием у пациенток с известным носительством HPV высокого и низкого онкогенного риска необходимо включить проведение расширенной кольпоскопии в ПМО.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУТЕЙ УЛУЧШЕНИЯ ДОСТУПА ВОЗВРАТИВШИХСЯ МИГРАНТОВ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Джонова Б.Ю.

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», Республика Таджикистан, Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы существенно увеличилось общее число таджикских трудовых мигрантов, вернувшихся на родину. Проведенные исследования показывают, что большинство из них имеют различные медицинские проблемы, требующие внимания.

ЦЕЛЬ

Изучить пути улучшения доступа возвратившихся мигрантов к качественным и своевременно оказанным медицинским услугам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках проекта «Добро пожаловать на Родину!», реализованного при поддержке Отделения Международной Организации Института «Открытое Общество» - Фонда Содействия в Таджикистане, проведена оценка знаний 180 специалистов учреждений ПМСП Хатлонской и Согдийской областей по вопросам раннего выявления проблем со здоровьем у возвратившихся мигрантов по специально разработанному вопроснику, проведены фокус группы с медицинскими работниками и мигрантами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ показал, что врачи общей практики имеют сложности в плане отсутствия единой методологии работы с возвратившимися на родину мигрантами, в том числе отсутствие навыков по консультированию мигрантов в отношении психосоциальных проблем, обусловленных сложностями процесса возвращения на родину. Основными препятствиями к получению качественных и своевременных медицинских услуг со стороны возвратившихся мигрантов являются: недостаточный уровень информированности самих возвратившихся мигрантов и их семей по вопросам здоровья, неосознание важности прохождения обследования у семейных врачей, недостаточную настороженность медицинских специалистов в отношении здоровья возвратившихся мигрантов, отсутствие информационно-просветительных материалов по здоровью возвратившихся мигрантов для эффективной работы с населением. В ходе исследования выяснилось, что в медицинских учреждениях не имеются информационные материалы – плакаты,

баннеры, брошюры по тематике здоровья возвратившихся мигрантов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая задачи, стоящие перед учреждениями ПМСП, а также ее широко разветвленную сеть и наличие инфраструктуры во всех (больших и малых) административных центрах Республики Таджикистан, роль ПМСП в оказании мигрант-чувствительных услуг велика. Перед медицинскими работниками ПМСП в отношении возвратившихся мигрантов стоит задача своевременного выявления проблем здоровья и предоставление качественных медицинских услуг данной категории населения. В связи с этим, для улучшения доступа возвратившихся мигрантов к качественным и своевременно оказанным медицинским услугам в рамках проекта: «Улучшение доступа возвратившихся мигрантов к качественным услугам здравоохранения» при поддержке Института «Открытого Общества» Фонд Содействия - Таджикистан планируется: разработать, утвердить и внедрить в программу циклов 6-ти месячной специализации и циклов усовершенствования (УСО) специалистов семейной медицины «Учебный модуль по работе с возвратившимися мигрантами»; продолжить обучение практикующих семейных врачей, семейных медицинских сестер и социальных работников ПМСП по работе с возвратившимися мигрантами; разработать и тиражировать информационно-просветительные материалы (плакаты, баннеры, буклеты, видеоролики) по здоровью возвратившихся мигрантов с акцентом на туберкулез, ВИЧ, ИППП; непрерывно повышать информирование населения о важности прохождения медицинского обследования после возвращения из миграции путём проведения информационных сессий на встречах с населением, компаний по радио, использования телевидения, газет и журналов.

ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ

Акушерство

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ И АНТИАГРЕГАНТОВ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПЛАЦЕНТА-АССОЦИИРОВАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Ермакова Д.К., Колесникова А.В., Чулков В.С.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Исследования по применению антитромботических препаратов для профилактики акушерских осложнений остаются предметом широких дискуссий.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка влияния антитромботической коррекции на течение и исходы беременности у женщин с плацента-ассоциированными осложнениями и/или невынашиванием беременности в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Тип исследования: когортное проспективное исследование. Критерии включения: указания на наличие в анамнезе случаев невынашивания беременности, тяжелой преэклампсии, плацентарной недостаточности с синдромом задержки роста плода (СЗРП), антенатальной гибели плода. Критерии исключения: венозный тромбоз эмболизм в анамнезе; определенный антифосфолипидный синдром; дефицит антитромбина III. В исследование включено 118 женщин: группа 1 – получавшие низкомолекулярные гепарины (НМГ) в непрерывном режиме в профилактических дозах с ранних сроков гестации, в т.ч. в сочетании с ацетилсалициловой кислотой (АСК) 75-100 мг/сут с 12 до 36 недель (n=24), группа 2 – получавшие НМГ в непрерывном режиме в профилактических дозах в течение 1 триместра с последующим назначением АСК 75-100 мг/сут до 36 недель (n=35), группа 3 – получавшие НМГ в курсовом режиме при выявлении гиперкоагуляционных сдвигов в каждом триместре беременности по 10-14 дней (n=32), группа 4 (контрольная) – включены повторнородящие женщины

с благоприятным завершением беременности в анамнезе, не получавшие НМГ в данную беременность (n=27). Женщины в исследуемых группах были сопоставимы по основным характеристикам. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета MedCalc (Version 18.6).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза у женщин в группах 1 и 2 чаще, чем в группах 3 и 4 встречались самопроизвольные выкидыши до 10 недель (100%, 80%, 28,1% и 0% соответственно, $p_{1,2-3,4} < 0,001$) и преждевременные роды (29,2%, 14,3%, 6,3%, 0% соответственно, $p_{1-3} = 0,022$, $p_{1-4} = 0,01$). В то же время бесплодие чаще отмечено в группах 1 и 3 по сравнению с группой 4 (25% и 28,1% vs 3,7%, $p_{1-4} = 0,029$, $p_{3-4} = 0,014$). Течение беременности чаще осложнялось угрожающим выкидышем в группе 3 и 4 по сравнению с группами 1 и 2 (28,1%, 14,8% vs 0% и 2,9% соответственно, $p_{3-1} = 0,005$, $p_{3-2} = 0,004$, $p_{4-1} = 0,05$, $p_{4-2} = 0,035$). СЗРП чаще выявлялся в группе 3 по сравнению с группой 4 (12,5% vs 0%, $p_{3-4} = 0,06$). Исходы беременности характеризовались большей частотой преждевременных родов в группе 3 (18,8% vs 0%, $p_{3-4} = 0,019$) и более низкими весо-ростовыми показателями новорожденных по сравнению с группой 4. Перинатальная смертность отмечена в 2-х случаях в группе 2 и в одном случае в группе 3 при отсутствии в группах 1 и 4. Значимых тромбгеморрагических проявлений не было отмечено ни в одной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение профилактических доз НМГ в сочетании с АСК во время беременности требует дальнейшего изучения для персонифициро-

ванного подхода в профилактике акушерских осложнений в группах высокого риска.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ «BIOGEST» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Камилова Н.М., Абдуллаева Н.Я.

Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан, Баку

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность. Одной из актуальных проблем акушерства и перинатологии являются преждевременные роды. Актуальность ее обусловлена тем, что преждевременные роды определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Ежегодно по данным ВОЗ в мире происходят 5-6 % преждевременных родов (ПР), а по данным некоторых исследователей частота данного осложнения составляет 15-20 % (1,5,11). Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в профилактике и лечении ПР, отсутствует четкая тенденция к их снижению.

ЦЕЛЬ

Оптимизировать тактику ведения беременных при угрозе развития невынашивания и преждевременных родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения поставленной цели были обследованы беременные 2 групп: 1 группа (контрольная) - 40 условно здоровых беременных с неосложненным течением беременности; 2 группа (основная) - 50 беременных с угрозой развития ПР, которые в свою очередь разделены на 2 подгруппы - 50 беременных без лечения (подгруппа А) и 50 женщин со своевременной патогенетически обоснованной, комплексной терапией (подгруппа Б). Комплексное клиническое обследование включало сбор анамнеза, общее и специальное акушерское обследование, проведение лабораторных исследований крови и мочи, ультразвуковых и кардиотокографических исследований в динамике, а так же оценку биофизического профиля плода и оценку состояния новорожденных и течения периода новорожденности до выписки из стационара домой. В комплексной терапии был применен суппозиторий на основе прогестерона «Biogest»

(«Marcyrl Pharmaceutical Industries», Египет). Одна суппозитория «Biogest» содержит 200 мг прогестерона. Терапия суппозиториями «Biogest» проводилась путем приема препарата ректально по 200 мг через каждые 12 часов, начиная со срока беременности 6-8 недель. Курс лечения составил 10 дней и проводился в 6-8, 12-14, 22-24 недель гестации. Последующее лечение проводилось индивидуально, в зависимости от клинико-лабораторных данных. Клиника угрозы купировалась к 3-4-м суткам с начала лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ гормонального статуса беременных с угрозой прерывания беременности до лечения выявил, что уровни прогестерона, эстрадиола, пролактина, хорионического гонадотропина в обеих группах был значительно снижен, особенно во втором триместре беременности. Концентрация прогестерона во I триместре определялась достоверно ниже – 26,3±1,5 по сравнению с нормативными показателями. На фоне проводимой терапии в основной группе данный показатель нормализовался в динамике гестации. Содержание эстрадиола в I-II триместрах составило в основной группе 10,1±0,2, эстриола 212±1,2, в контрольной группе 17,3±1,1 и 22,4±1,4 соответственно. После проведения лечения в 28 недель мы наблюдали увеличение концентрации данных гормонов в основной группе. Результаты, полученные при изучении хорионического гонадотропина и пролактина выявило соответствие нормативным данным у основной группы после проведения терапии. При включении в комплекс лечебных мероприятий препарата «Biogest» в основной группе мы определили значительное улучшение гормональных показателей, что позволило нормализовать выявленные нарушения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о высоком терапевтическом эффекте комбинированного

лечения с включением препарата «Biogest» для нормализации выявленных нарушений гормонального гомеостаза.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАЕМ В АНАМНЕЗЕ

Рухляда Н.Н., Резник В.А., Лосева О.Н.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время отмечается тенденция увеличения частоты беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста. Нередко беременность в старшем возрасте заканчивается преждевременно. В мире каждые 10 роды являются преждевременными, частота которых колеблется от 7-12% в зависимости от региона. Учитывая то, что помимо акушерской патологии, беременные позднего репродуктивного возраста имеют ряд соматической патологии, врачу акушеру - гинекологу зачастую приходится привлекать к ведению данных пациенток врачей смежных специальностей. Преждевременные роды являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными и сопряженными материально-экономическими затратами. Частота преждевременных родов в развитых странах составляет 5-7%, неонатальная смертность - 28%. Ежегодно в мире рождается 15 миллионов недоношенных детей.

ЦЕЛЬ

Таким образом, целью нашего исследования являлось проведение сравнительной характеристики течения беременностей и исходов родов у женщин разных возрастных групп с привычным невынашиванием. А так же определить сроки госпитализации и выбор метода родоразрешения женщин позднего репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на отделении патологии беременности перинатального центра СПб-ГПМУ в 2015-2017 гг. Проанализировано течение беременности и родов у 162 беременных женщин с привычным невынашиванием. Пациентки были разделены на группы по возрастному диапазону.

Самой возрастной пациенткой являлась беременная 51 года. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 56% пациенток. Так же 34% был поставлен диагноз истмико-цервикальная недостаточность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота преждевременных родов была достоверно выше в группе женщин позднего репродуктивного возраста (52,9%). Также нами были отмечены увеличение частоты таких осложнений как преждевременное излитие околоплодных вод, гипоксии плода, аномалии родовой деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врачебная тактика при преждевременных родах зависит от гестационного срока, клинической картины (угрожающие или начавшиеся (активные) преждевременные роды), целостности плодного пузыря и должна придерживаться следующих основных направлений: 1. Прогнозирование наступления преждевременных родов. 2. Повышение жизнеспособности плода (профилактика РДС плода). 3. Пролонгирование беременности для перевода матери в учреждение соответствующей группы, проведения профилактики РДС, подготовки к рождению недоношенного ребенка. 4. Профилактика и лечение инфекционных осложнений, в том числе при преждевременном разрыве плодных оболочек.

РОЛЬ ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Фетисова Е.С., Андреева М.В., Шаркова А.А.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача участковых врачей акушеров-гинекологов женских консультаций как первичного звена здравоохранения для оказания амбулаторной специализированной медицинской помощи.

ЦЕЛЬ

Проанализировать роль врача акушера-гинеколога женской консультации в сохранении репродуктивного здоровья женского населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поведено обследование 370 городских жительниц юга России фертильного возраста. Базой для исследования были женские консультации малых городов юга России. Опрошено 87 городских участковых врачей акушеров-гинекологов по специально разработанной анкете для оценки их позиции в вопросе сохранения репродуктивного здоровья женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное исследование показало, что врачи акушеры-гинекологи, в целом, удовлетворены своей работой, хотя более половины из них были удовлетворены частично. Это объясняется объективными причинами. Основными трудностями для себя в деле сохранения репродуктивного здоровья пациенток 68,5% врачей считали нерегулярное посещение женщинами участкового врача акушера-гинеколога. Этот фактор, как не мешающий работе, отметило значительно меньшее количество врачей (31,5%). Всего 29% врачей отметили отсутствие профилактических осмотров как возможную причину роста гинекологической патологии. 24,5% опрошенных женщин считали себя часто болеющими, 47% - редко болеющими, 28,5% - абсолютно здоровыми. При этом объективное обследование опрошенных выявило у более половины из них наличие сочетанной общесоматической патологии, которая в основном зафиксирована в группе молодых женщин. Они составили группу риска по развитию патологии во время беременности. Следовательно, в данном случае необходима совместная работа врача акушера-гинеколога, терапевта и врачей других специальностей. Таким

образом, установлено, что полноценную работу по сохранению репродуктивного здоровья женщин участковый врач акушер-гинеколог провести не сможет, так как 55% пациенток посещали врача нерегулярно, 41% – только в случае болезни. Надо отметить, что 25% врачей респондентов оценили общесоматическое здоровье обследованных женщин как неудовлетворительное и только 0,5% - как отличное. 63% опрошенных врачей акушеров-гинекологов отметили увеличение количества больных женщин репродуктивного возраста, 24% считали, что изменений не произошло, 12% врачей отметили небольшое уменьшение числа больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, главным в предупреждении заболеваемости среди женщин фертильного возраста является усиление мер контроля за их явкой на обязательные профилактические осмотры. Необходимо так организовать деятельность женских консультаций, чтобы она была направлена на помощь женскому населению. Главной мерой повышения качества работы участковых врачей акушеров-гинекологов последние считают улучшение материально-технического обеспечения женских консультаций, повышение профессиональной подготовки в ведущих лечебных учреждениях страны, регулярную публикацию в региональных научно-практических медицинских журналах рекомендаций ведущих специалистов по сохранению женского репродуктивного здоровья.

Гинекология

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Андреева М.В., Хасиева И.И., Квеселава С.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно статистическим данным, в настоящее время не теряет своей значимости проблема невынашивания беременности. Самопроизвольное прерывание является исходом около 20 % гестаций. Среди различных причин прерывания беременности во II триместре значимый процент отдаётся истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) – до 43%.

ЦЕЛЬ

Изучить факторы риска истмико-цервикальной недостаточности и оценить эффективность коррекции путем введения разгрузочного акушерского пессария.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследована 21 женщина с истмико-цервикальной недостаточностью во II триместре беременности, которым с целью коррекции был введен разгрузочный акушерский пессарий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст всех обследованных женщин составил от 24 - 42 лет, средний возраст – 31, 2±4,1 года. Это свидетельствует о том, что одним из факторов риска развития ИЦН мог стать возраст женщин. Среди обследованных высшее образование имели 21 (50%) женщина, то есть каждая вторая, что может говорить об их внимательном отношении к своему здоровью. В браке состояли 78% женщин. Начали половую жизнь до 18 лет - 63 %, после 18- 37 % пациенток. Таким образом, раннее начало половой жизни могло послужить фактором риска ИЦН. При анализе экстрагенитальной патологии у пациенток на первый план выступали заболевания ЛОР – органов (37%), вен нижних конечностей (15, 65%) и мочевыделительной системы (9,5%). Гинекологические заболевания встречались у 50 % пациенток (преобладали: сальпингоофорит 25 %, бактериальный вагиноз 12,5 %, эрозия шейки матки 12,5 %). Следует обратить внимание на паритет беременности. Так, настоящая беременность

была вторая и третья беременность была у 25%, более трёх беременностей было у 50% женщин. Предыдущие беременности закончились родами у 78% женщин. Установлено, что более чем половине пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью неоднократно проводили внутриматочные вмешательства по поводу аборт. Таким образом, истмико-цервикальная недостаточность диагностирована у многократно беременевших и рожавших женщин, у которых в анамнезе были самопроизвольные выкидыши и/или медицинские аборты. При оценке осложнений течения и исходов предыдущих беременностей, выявлено, что осложнения имели 40 % пациенток. Что также отягощает их акушерско-гинекологический анамнез. Истмико-цервикальная недостаточность выявлена в сроке 17±2,1 недели. Что свидетельствует о том, что в большинстве случаев диагноз был установлен во II триместре беременности. Важным критерием при выборе метода коррекции является состояние шейки матки. Анализируя данные о состоянии шейки матки, выявлено следующее: длина шейки матки - 22±2,3 мм., дилатация - 14±2,2 мм. Исходами настоящей беременности стали: своевременные роды (38%), преждевременные роды (24%), прерывание беременности (33%), беременность прогрессирует (5%). Что говорит о подавляющем большинстве положительных исходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждая вторая женщина имела факторы риска по возникновению истмико-цервикальной недостаточности. Результатом коррекции стало пролонгирование беременности у подавляющего большинства пациенток до 37-40 недель.

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ЖЕНСКОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА В СОЧЕТАНИИ СО СТЕНОЗОМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТРОИТУСА

Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Гуськова О.А., Станоевич И.В., Володько Е.А., Окулов А.Б., Соколов Ю.Ю., Кузнецов Н.С.

ФГБУ «НМИЦ Эндокринологии» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение пациентов с вариантами нарушения формирования пола (НФП) и женской гипоспадией (ЖГ) является сложной мультидисциплинарной задачей. Большинство хирургических методик направлены на создание широкого входа во влагалище. Аномалиям расположения наружного отверстия уретры уделяется недостаточно внимания, особенно в свете повышенного риска восходящей инфекции мочевых путей, в том числе во время беременности.

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты хирургического лечения ЖГ в сочетании со стенозом искусственного интроитуса (СИИ) у пациенток с вариантами НФП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Группа с СИИ среди пациенток с НФП и ЖГ составила 16%. Этим девочкам ранее выполнена двухэтапная феминизация наружных половых органов. В раннем возрасте от 2 до 6 лет резекция клитора с пластикой малых половых губ. В возрасте от 11 до 15 лет пластика входа во влагалище без разделения мочевых и половых путей. Инфекция мочевых путей в виде хронических рецидивирующих циститов подтверждена лабораторно и эндоскопически у всех пациенток. Нарушение мочеиспускания диагностировано у 75% в виде гипорефлекторного мочевого пузыря и вагинального типа мочеиспускания, которые характеризовались редким мочеиспусканием большими микционными объемами, стрессовым и произвольным недержанием мочи. Клиника гидрокольпос диагностирована у 50% пациенток. Строение наружных половых органов отличалось характерным воронкообразным входом в общий мочеполовой канал, пропускающим буж Гегара от 9,5 до 11 размера. При этом наружное отверстие уретры и гименальное кольцо не визуализировались. Нами разработана и внедрена в практику модифицированная подтягивающая интроитопластика в результате которой мочевые и половые пути разобщают, общий мочеполовой канал сохраняют в качестве искусственной уретры, повторно создают широкий с извитой

линией анастомоза искусственный интроитус. На промежности выкраивают синусоидообразный кожный лоскут, открывая доступ к задней поверхности ОМК и влагалища, которые мобилизуют без рассечения. Влагалище отсекают от общего мочеполового канала, при этом образовавшийся дефект в его стенке ушивают непрерывным швом в поперечном направлении. Заднюю стенку отсеченного входа во влагалища в виде бутылочного горлышка рассекают на пяти и семи часах, условного циферблата, устраняя его сужение, создавая извитую линию его задней и боковых стенок, куда укладывают синусоидообразный кожный лоскут. Оставшийся фартукообразный лоскут подшивают к передней стенке отсеченного влагалища, создавая переднюю стенку искусственного входа во влагалище, герметизируя ушитый дефект сохраненного общего мочеполового канала. Операцию заканчивают Y-V образной пластикой больших половых губ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты оценены в сроки от одного до трех месяцев. Все пациентки удерживают мочу и удовлетворены эстетическим и функциональным результатом вмешательства. Искусственный меатус открывается отдельно от влагалища, мочеиспускание свободное, широкой струей без затекания мочи во влагалище. Достигнута стойкая ремиссия инфекции мочевых путей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ хирургического лечения ЖГ в сочетании со СИИ у пациенток с НФП позволяет разъединить мочевые и половые пути, тем самым создать условия для купирования хронической инфекции мочевых путей, устранить нарушение мочеиспускания и подготовить половые пути к репродуктивной функции, тем самым улучшить результаты медико-социальной реабилитации пациенток с данной патологией.

ОЦЕНКА ПРЕДИКТОРОВ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Пожидаева Ю. Г., Андреева М.В., Ковалева Т.С., Куликова М.В.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние 25 лет частота возникновения неразвивающейся беременности (НБ) увеличилась в 3,5 раза. На сегодняшний день примерно каждая пятая желанная беременность становится неразвивающейся. Следовательно, очень важно изучить причины данной патологии, чтобы разработать меры по ее профилактики.

ЦЕЛЬ

Выявить и оценить факторы риска неразвивающейся беременности у жительниц г. Волгограда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно приказу МЗ РФ № 572н, проведено клиничко-лабораторно-инструментальное обследование 75 женщин, которые находились на лечении в гинекологическом стационаре с диагнозом неразвивающаяся беременность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Более половины пациенток (61,3%) были в возрасте 26-35 лет. У большинства женщин (82,7%) беременность прекратила развиваться в сроке 4-9 недель. Установлено, что в структуре гинекологической заболеваемости у больных преобладали хронический сальпингит и оофорит (20%), хронический эндометрит (16,6%), воспалительные болезни шейки матки (14,7%), киста яичника (8%), миома матки (7,3%). Ранее произошедшие случаи НБ зарегистрированы у 13,3% женщин. В анамнезе у 36 % пациенток с НБ был медицинский аборт по желанию, у 14,7% - самопроизвольный выкидыш. Оперативные вмешательства до настоящей беременности перенесли 48% больных. Основными из них были аппендэктомия, кесарево сечение, тубэктомия, цистэктомия. Частота экстрагенитальной патологии составила 22,6%. Преобладали заболевания мочевыделительной системы (хронические пиелонефрит и цистит - 12%), ЖКТ (хронический гастрит - 5,3%). Во время обследования у женщин с НБ в 43% случаев диагностирован неспецифический вульвовагинит, в 22,4% - бактериальный вагиноз, в 8,6% - вульвовагинальный кандидоз. Анализ уровня β -ХГЧ позволил заключить, что в 64% случаев показатель этого гормона соответствовал 2500-3500 мМЕ/мл, в 25,3% - 2000-2500 мМЕ/мл, в 10,7% - 3500-5000 мМЕ/мл. По данным УЗИ, анэмбриония I типа диагностирована у 46,7% женщин, анэмбриония II типа - у 26,6%. В 26,7% случаев визу-

ализировался эмбрион с отсутствием сердцебиения. Погибшее плодное яйцо эвакуировано у 26,7% пациенток с помощью медикаментозной аборта, у 73,3% - путем вакуумаспирации полости матки в связи с начавшимся маточным кровотечением. Важно отметить, что среди пациенток с НБ, 53,3% не состояли на диспансерном учете в женской консультации, из-за чего не могли быть вовремя диагностированы и пролечены инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта, которые, по-видимому, и явились причиной развития данной патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наиболее часто НБ возникала у женщин моложе 35 лет (61,3%). Инфекционно-воспалительный фактор можно назвать одной из главных причин НБ. Отклонение от картины нормоценоза влагалища диагностировано у 74% женщин. Соответственно данная патология стоит на первом месте среди всех гинекологических заболеваний. Хронические инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов выявлены у 51,3% пациенток. Оперативные вмешательства на органах малого таза ранее проводились у 27,5% обследованных. Только у 22,6% женщин с НБ были выявлены экстрагенитальные заболевания. Следовательно, инфекционный фактор был ведущим фактором риска НБ у обследованных женщин.

Неонатология

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Бережанская С.Б., Лукьянова Е.А., Ищенко Е.В., Тодорова А.С.

«НИИ акушерства и педиатрии» - ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Особенностью плечевой артерии (ПА) является преобладание гладкомышечных элементов в средней оболочке сосуда, благодаря чему она способна активно изменять тонус и диаметр просвета, участвуя в вазоактивных процессах, регулируемых эндотелием.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния эндотелия на структурно-функциональные свойства артериальной стенки у здоровых новорожденных и перенесших перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения вазорегулирующей функции эндотелия проводили определение эндотелийзависимой дилатации ПА по методу описанному D.Celermajer и соавт. (1992) до и после временной окклюзии артерии манжетой тонометра (60 секунд). Исследование проводили с помощью ультразвукового аппарата «Vivid-3 Pro» (GeneralElectric, США) датчиком 7,5 МГц в средней трети плеча. Измерялись внутрисосудистый диаметр плечевой артерии (D, мм), пиковая систолическая скорость (V_s , см/с), конечно-диастолическая скорость (V_d , см/с), индекс резистентности (IR), толщина комплекса интимамедиа (ТИМ). Иммуноферментным методом с помощью коммерческих наборов фирмы «Enzo» определяли содержание в сыворотке крови простаглицина (6-keto-PGF $_{1\alpha}$) и тромбоксана (TxB $_2$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследовано 40 здоровых новорожденных (1 группа) и 134, перенесших перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (2 группа – 90 новорожденных со средней степенью и 3 группа – 44 – тяжелой степенью поражения ЦНС). При анализе скоростных параметров внутрисосудистого кровотока в плечевой артерии были выявлены достоверные отличия пиковой систолической скорости у здоровых

($0,44 \pm 0,06$ см/с) и новорожденных 2 и 3 групп ($p < 0,05$; $p < 0,001$), сохранявшиеся в позднем неонатальном периоде только между показателями у новорожденных 1 и 3 групп ($0,48 \pm 0,05$; $0,40 \pm 0,05$ мм/с; $p < 0,05$). Конечно-диастолическая скорость достоверно отличалась у новорожденных 1 и 3 групп ($p < 0,05$) только в позднем неонатальном периоде. После пробы с реактивной гиперемией скоростные показатели во всех группах в раннем и позднем неонатальном периоде, нарастали с наибольшим процентом в 1 и 2 группах (13,8%; 11,9%), при этом приоритет сохранялся за истолоческой скоростью кровотока. Диаметр ПА в покое оказался наибольшим у здоровых новорожденных и после пробы с реактивной гиперемией он увеличивался на 12,0% и 13,4% соответственно. В то время как во 2 и 3 группах он вырос на 8,2 и 7,8% в раннем неонатальном периоде и 8,4 и 7,98% в позднем неонатальном периоде. В ряде случаев у новорожденных 2 и 3 групп имело место подтверждение нарушений сосудодвигательной функции эндотелия при отсутствии соответствующего уровня исследуемых диагностических (сывороточных) маркеров эндотелиальной дисфункции (колебания уровня 6-keto-PGF $_{1\alpha}$ при разных вариантах TxB $_2$, включая высокий, средний и сниженный).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Указанное ставит под сомнение исключительно эндотелийзависимый характер, предполагая структурные изменения сосудистой стенки. В условиях гипоксии изменения тонуса сосудов, утолщение сосудистой стенки могут появиться в ранней доклинической стадии и на самых ранних этапах онтогенеза (антенатально). Они не всегда обусловлены только функциональными эндотелийзависимыми нарушениями регуляции, что позволяет предположить вероятность формирования структурных особенностей (неадекватное изменение стенки сосуда, гиперплазия гладкомышечных клеток) в процессе роста ребенка, что не исключает дальнейшего патологического ремоделирования сосудов.

РОЛЬ ФАКТОРОВ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА В ГЕНЕЗЕ НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Бережанская С.Б., Созаева Д.И., Лукьянова Е.А.

«НИИ акушерства и педиатрии» - ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Результатами современных экспериментальных и клинических исследований получены многочисленные данные, свидетельствующие о взаимосвязи неонатальных судорог с иммунологической дезорганизацией. Известно, что способность иммунокомпетентных клеток к проникновению через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) строго ограничена, так как при неконтролируемых экспансиях активированных лимфоцитов создается провоспалительное местное окружение в ЦНС, приводящее к различного рода иммуноопосредованным неврологическим заболеваниям. С другой стороны, в условиях плацентарной недостаточности и хронической церебральной ишемии плода у новорожденных происходит расширение плотных эндотелиальных контактов и нарушение целостности морфологических структур, формирующих ГЭБ. Это приводит к выходу забарьерных антигенов с формированием проградияентного процесса с элементами нейродегенерации и клеточного воспалительного компонента.

ЦЕЛЬ

Изучить уровень молекул межклеточной адгезии 1 (ICAM-1) и матриксной металлопротеиназы-3 (MMP-3) как факторов проницаемости ГЭБ в патогенезе неонатальных судорог у новорожденных с церебральным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено динамическое исследование уровня молекул ICAM-1 и MMP-3 в сыворотке крови у 60 новорожденных с церебральным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС различной степени тяжести. Контрольную группу составили 40 здоровых детей аналогичного возраста, рожденных от женщин с физиологически протекавшей беременностью и родами. Уровень ICAM-1 и MMP-3 в сыворотке крови определяли с помощью стандартных диагностических тестсистем eBioscience (США) и Bender MedSystems (Австрия) по прилага-

емым протоколам. Возникновение судорожных приступов имело место в течение всего периода новорожденности. Отмечались генерализованные тонические, клонические и фокальные приступы с моторным началом и с переходом в билатеральные тоникоклонические. В 70% случаев имел место 2-4 кратный рецидив приступов в течение периода новорожденности. При интериктальном проведении ЭЭГ-исследования имели место различные ЭЭГ-паттерны эпилептической и неэпилептической природы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам нейровизуализации (нейросонография и МРТ головного мозга) у всех обследуемых детей отмечались признаки гипоксически-ишемического поражения ЦНС различной степени тяжести. Выявлено повышение и проградияентное нарастание уровня MMP-3 у детей с первично генерализованными тоническими и клонико-тоническими судорожными приступами в первые 5-7 дней жизни, в то время как увеличение уровня ICAM-1 имело место в группе детей с фокальными приступами с переходом в билатеральный тонико-клонический с дебютом их после 14-20 дня жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Особенности функционирования ГЭБ у обследуемого контингента детей отражают многообразие нейроиммунных реакций, происходящих в ЦНС, с вовлечением различных структурных его элементов, что позволяет высказать предположение о диагностической значимости изучаемых параметров для прогнозирования сроков дебюта неонатальных судорог и их характера у новорожденных с церебральным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ОМФАЛОЦЕЛЕ

Щукина А.А., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Шумихин В.С., Дьяконова Е.Ю., Сулавко М.А.

ФГАОУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Омфалоцеле относится к одним из самых часто встречающихся пороков развития передней брюшной стенки. В настоящее время не существует единой тактики хирургического лечения. Применение первичной радикальной пластики при омфалоцеле больших размеров, особенно при наличии сопутствующей патологии, приводит к высокой частоте повторных оперативных вмешательств. Различные формы омфалоцеле и высокий риск развития лёгочной гипертензии затрудняют проведение первичной радикальной пластики передней брюшной стенки, что оставляет вопрос о хирургической тактике лечения омфалоцеле открытым.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность хирургического лечения у новорождённых с различными формами омфалоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 107 новорождённых с омфалоцеле разных размеров и различным содержимым грыжевого мешка, прооперированных методом первичной радикальной пластики и отсроченной пластики передней брюшной стенки в возрасте от 3,2 дн ($\pm 2,1$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

а период с августа 2011г по март 2018г было пролечено 107 пациентов с диагнозом омфалоцеле. Средний возраст на момент госпитализации составил 3,2 дня. Девочек - 50, мальчиков - 57. Средний гестационный возраст пациентов составил 37,8 недели. По наличию печени в грыжевом мешке были сформированы 2 группы: 1-ая группа - 47 новорождённых без печени в грыжевом мешке, 2-я группа - 60 новорождённых, у которых в оболочках омфалоцеле определялась печень. Средний вес в 1-ой группе составил 3122,4 г, во второй 3106,2 г. Наличие генетически обусловленной патологии в каждой из групп составило 27% и 21% соответственно. В 1-ой группе преобладала синдромальная патология (синдром Бэквита-Видеманна - 5 детей, Синдром Фринца - 1 ребёнок, синдром Эдвардса - 1 ребёнок (14,8%)), во второй группе - врождённые пороки сердца - 9 детей (15%). Необходимость инвазивной респираторной поддержки

составила 4% в первой группе и 6% - во второй. В первой группе всем пациентам выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки, максимальный возраст на момент операции составил 14 с.ж. Во второй группе 9 детям (15%) двухэтапная пластика передней брюшной стенки с уменьшением сроков оперативного вмешательства на первом этапе до 9 дн., и увеличением сроков оперативного вмешательства на втором этапе до 20 суток (за счет поэтапного погружения энтерированных органов в брюшную полость). Среднее время начала энтеральной нагрузки в обеих группах не различалось и соответствовало 3-4 п/о суткам. Пассажи по ЖКТ в среднем восстанавливались на 1 п/о сутки в каждой из групп. Во второй группе двухэтапная пластика осуществлена у 5 детей (8%). Во второй группе у 6 детей (10%) отмечалось развитие лёгочной гипертензии, потребовавшее проведения посиндромной терапии. В связи с наличием сопутствующих синдромальных нарушений, а также критического ВПС для раннего неонатального периода летальный исход отмечен у 6 пациентов (1 ребёнок (2%) в первой группе, 5 детей (8%) во второй группе).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования выявлено, что риск развития легочной гипертензии выше в группе пациентов, у которых в оболочках омфалоцеле располагалась печень. Мы считаем оправданным проведение пластики передней брюшной стенки в 2 этапа, что позволяет в данной группе пациентов добиться высоких результатов, даже при наличии сопутствующей патологии. Также мы считаем необходимым включение в протокол обследования всех пациентов с омфалоцеле обязательное проведение ЭХО-КГ с измерением показателей легочной гипертензии и проведение генетического обследования.

СОДЕРЖАНИЕ

3 АКУШЕРСТВО

- 3 Дислипидемия как фактор развития макросомии плода у женщин с сахарным диабетом
- 4 Родостимуляция как фактор риска завершения родов в заднем виде затылочного вставления абдоминальным родоразрешением
- 5 Разработка неинвазивного метода прогнозирования преждевременного излития околоплодных вод
- 6 Эффективность применения витаминно-минерального комплекса Прегнакеа+® (Pregnacare+®) во время беременности
- 7 К вопросу об эффективности препарата Клексан у беременных с гомозиготными мутациями генов *rai-1* (серпина) и интегрин альфа 2 и высоким паритетом родов в республике Дагестан
- 8 Эко как фактор риска преждевременных родов при многоплодной беременности
- 9 Перинатальные особенности детей, родившихся в состоянии гипоксии в доношенном сроке беременности
- 10 Опыт родоразрешения с одномоментным выполнением симультантных операций на открытом сердце
- 11 Современные аспекты диагностики и профилактики врожденной и наследственной патологии на региональном уровне
- 12 Оценка гормонального профиля в первом триместре у беременных с оперированными яичниками
- 13 Юное материнство и его последствия
- 14 Оценка эффективности использования руководства по здоровью матери и ребенка в Таджикистане
- 15 Сравнительная эффективность антибактериальной терапии у женщин с бессимптомной бактериурией
- 16 Гликофенотип плаценты при ранней и поздней манифестации внутриутробной задержки роста плода
- 17 Поздняя преэклампсия: роль матриксной металлопротеиназы
- 18 Протокол ультразвукового исследования сердца плода в рамках скрининга I триместра
- 19 Анализ гестационного периода, родов и состояния новорожденных у беременных старше 35 лет
- 20 Экстрагенитальные заболевания и течение беременности на фоне гестационного сахарного диабета
- 21 Гестационные осложнения и исходы родов при гестационном сахарном диабете
- 22 Критические состояния в акушерстве: исходы, проблемы
- 23 Факторы риска самопроизвольных поздних выкидышей
- 24 Клинико-ультразвуковая характеристика различных вариантов внутриутробного инфицирования
- 25 Сравнительная характеристика преждевременных родов

- 26 Преждевременные роды и индекс массы тела
- 27 Возможности прогнозирования преждевременных родов
- 28 Различия в течение беременности и родов у двоен с различным типом плацентации
- 29 Объемные образования брюшной полости у плода. Пре- и постнатальные результаты
- 30 Истмико-цервикальная недостаточность – российские модели акушерских пессариев
- 31 Клиническое значение уровня аутоантител у беременных с рецидивирующей ретрохориальной гематомой
- 32 Отдаленные результаты эндохирургического лечения шейечной беременности
- 34 Особенности инфекционного скрининга беременных в России и в мире
- 35 Ультраструктурные особенности телецитов миометрия при тяжелой преэклампсии
- 36 Пренатальная выявляемость врожденных пороков сердца во втором ультразвуковом скрининге
- 37 Сравнительный анализ структуры преждевременных родов в период 2010-2017 гг.
- 38 Влияние применения интравагинально микронизированного прогестерона на микрофлору влагалища
- 39 Экзогенный прогестерон как фактор развития инсулинорезистентности во время беременности
- 40 Токोलитическая терапия β 2-адреностимуляторами у женщин с преждевременными родами
- 41 Перинатальный исход беременности и родов у женщин с сахарным диабетом
- 42 Современные подходы к ведению женщин с привычным невынашиванием беременности по данным перинатального центра ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
- 43 Беременность и роды у женщин позднего репродуктивного возраста – современный взгляд на проблему
- 44 Пути снижения перинатальных потерь при сверхранних преждевременных родах
- 45 Влияние вакуум-экстракции плода на состояние новорожденных в зависимости от показаний к родоразрешению
- 46 Ультразвуковые маркеры формирования плацентарных нарушений при спонтанной многоплодной беременности
- 47 Некоторые факторы, влияющие на снижение эффективности пренатальной диагностики
- 48 Оценка предикторов неразвивающейся беременности
- 49 Фенотипические особенности умеренной преэклампсии
- 50 Выжидательная и активная тактика ведения женщин с ранней тяжелой преэклампсией: акушерские и неонатальные исходы
- 51 Медикаментозные и механические методы преиндукции родов: сравнительная эффективность

- 52 Новый маркер ранней преэклампсии
- 53 Роль врача женской консультации в сохранении репродуктивного здоровья женского населения
- 54 Заболеваемость раком шейки матки беременных женщин приморского края
- 55 Ведение беременности у пациентки с генерализованной идиопатической эпилепсией
- 56 Значение изучения полиморфизма гена *adrb2* для оценки эффективности и безопасности токолитической фармакотерапии бета2-адреностимуляторами у беременных с преждевременными родами
- 57 Влияние активного и пассивного курения при беременности на некоторые антропометрические показатели новорожденных
- 57 Герметизация ятрогенных разрывов плодных оболочек в эксперименте

59 ГИНЕКОЛОГИЯ

- 59 Улучшение качества диагностики заболеваний шейки матки – возможности местной терапии
- 60 Предикторы развития истмико-цервикальной недостаточности у городских жительниц
- 61 Особенности лечения шеечно-перешеечной и шеечной беременности с применением современных малоинвазивных рентгенэндоваскулярных технологий
- 62 Морфофункциональное состояние яичников у больных периода постменопаузы с пролиферативными процессами эндометрия, перенесших органосохраняющие методы внутриматочной хирургии
- 63 Новые возможности лечения вагинальных инфекций
- 64 Оценка минеральной плотности костной ткани у пациенток с функциональной гипоталамической аменореей
- 65 Спя-подобный фенотип у пациенток с функциональной гипоталамической аменореей
- 66 Роль офисной гистероскопии и лазерных технологий в диагностике и лечении внутриматочной патологии
- 67 Сравнительная эффективность антибактериальной терапии у женщин с урогенитальным трихомонозом
- 68 Диагностика и лечение некоторых осложнений после эмболизации маточных артерий у женщин с бесплодием и миомой матки в программах врт
- 68 Этиологическая структура патологии эндометрия характерная для различных форм амк
- 69 Анализ факторов риска развития ожирения у девушек-подростков
- 70 Маточные кровотечения у девочек пубертатного периода Гомельской области
- 71 Стрессовое недержание мочи *de novo* после коррекции цистоцеле у женщин
- 72 Метаболический синдром при хирургической менопаузе

- 73 Впч-ассоциированные заболевания шейки матки у женщин длительно применяющих гормональную контрацепцию
- 73 Возможности коррекции гормонального статуса у девочек-подростков
- 74 Ароматазная активность у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией в сочетании с инсулинорезистентностью
- 75 Актуальные грани оперативного лечения эндометриoidных кист яичников
- 76 Современные аспекты хирургического лечения инфильтративных форм эндометриоза
- 77 Оценка риска венозных тромбозных осложнений при синдроме поликистоза яичников
- 78 Метропластика как метод преодоления бесплодия и невынашивания при пороках развития матки
- 79 К оценке реципиентной зоны сетчатых имплантатов при нормальном и осложнённом течении отдалённого послеоперационного периода
- 80 Влияние заместительной гормональной терапии на массу тела женщин в пери- и постменопаузе
- 81 Дифференцированный выбор гемостатической терапии при маточных кровотечениях у подростков
- 82 Структура причин возникновения аномальных маточных кровотечений у подростков
- 83 Опыт применения белка arid1a в качестве молекулярного маркера инфильтративных форм эндометриоза и рисков его инвазии
- 84 Комплексная терапия первичной дисменореи у девушек-подростков
- 85 Сравнительная оценка органосохраняющих методов лечения миомы матки
- 86 Опыт применения рассасывающегося гемостатического материала при цистэктомии эндометриoidных кист яичников в позднем репродуктивном возрасте
- 87 Акушерско-гинекологические маски акромегалии
- 88 Оценка уровня тревожности у женщин с первичной олигоменореей в анамнезе
- 89 Возможность применения тканеинженерных конструкций на основе бионедegradуемого имплантата с аутологичным клеточным компонентом (мезенхимальными стромальными клетками костного мозга и дермальными фибробластами)
- 90 Качество жизни пациенток с «малыми» формами поражения эпителия шейки матки
- 90 Состояние процессов перекисидации липидов, антиоксидантной защиты и метаболического статуса эритроцитов у пациенток с аденомиозом
- 91 Эффективность влияния различных доз мелатонина на хирургически индуцированный эндометриоз у крыс
- 92 Экспрессия рецепторов мелатонина в эндометрии и эндометриoidных гетеротопиях у больных наружным генитальным эндометриозом
- 93 Особенности диагностики и тактики ведения девочек-подростков с патологией молочных желез
- 94 Современные подходы к лечению миомы матки

- 95 Микрофлора цервикального канала женщин репродуктивного возраста с эктопией шейки матки
- 96 Роль метилирования генов-супрессоров wnt-сигнального пути в патогенезе гиперплазии эндометрия
- 97 Влияние бариатрических операций на репродуктивное здоровье женщины
- 98 Репродуктивное здоровье студентов и его зависимость от особенностей их сексуального поведения
- 99 Эффективность терапии предменструального синдрома у женщин с гиперандрогенией

100 ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

- 100 Комплексный единый скрининг опухолевых заболеваний органов репродуктивной системы: возможности и перспективы
- 101 Ежегодный ультразвуковой эхографический скрининг рака яичников и его клиническое значение
- 102 Ультразвуковое исследование с применением контрастных веществ в дифференциальной диагностике узловых образований молочной железы
- 103 Особенности диагностики начального рака эндометрия у женщин репродуктивного возраста

104 РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

- 104 Протеомные профили микровезикул и клеток натуральных киллеров линии nk-92
- 105 Оптимизация ведения пациенток со сниженным овариальным резервом путем проведения индукции суперовуляции в различные фазы менструального цикла: гормональная характеристика, эмбриологические и клинические исходы
- 106 Зависимость наступления беременности у женщин после проведения иммуцитотерапии идиопатического привычного выкидыша от уровня экспрессии молекулы cd200 на поверхности вводимых аллогенных лимфоцитов
- 107 Роль противовоспалительных цитокинов в цитотоксической активности nk-клеток в отношении клеток трофобласта
- 108 Цитотоксическая активность nk-клеток в отношении клеток трофобласта в присутствии секреторных продуктов плаценты
- 108 Оценка фенотипа естественных киллеров линии nk-92 и образуемых ими микрочастиц
- 109 Белковый профиль естественных киллеров линии nk-92 и продуцируемых ими микровезикул при их спонтанном культивировании и активации цитокином il-1 β
- 110 Роль проназного хетчинга в повышении эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий
- 111 Оценка рецептивности эндометрия с помощью панели биотинилированных лектинов с известной углеводной специфичностью
- 112 Эффективность преимплантационного генетического скрининга у пациенток с привычным невынашиванием беременности и бесплодием

- 113 Исследование цитотоксического действия nk-клеток периферической крови беременных женщин на клетки трофобласта in vitro
- 114 Влияние механической микровибрации на качество эмбрионов человека при культивировании in vitro и исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий
- 115 Рецептивность эндометрия при акромегалии
- 116 Результативность эко у пациенток позднего репродуктивного возраста
- 117 Изучение роли фактора роста эндотелия сосудов во взаимодействии эндотелиальных клеток и макрофагов в процессе ангиогенеза
- 118 «Тонкий» эндометрий – негормональное решение проблемы

120 НЕОНАТОЛОГИЯ

- 120 Аспекты диагностики ишемически-геморрагического поражения цнс у новорожденных из группы высокого перинатального риска
- 121 Выявление глутаровой ацидурии тип 1 в Приморском крае
- 122 Особенности гематологических показателей у новорожденных при развитии преэклампсии у матери
- 123 Хроническая венозная недостаточность на фоне наследственной тромбофилии – фактор риска в развитии нарушений в системе «женщина-плод-новорожденный»
- 124 Нервно-психическое развитие у детей с экстремально низкой массой тела в первые месяцы жизни
- 125 Клинический анализ крови и срок выписки новорожденных
- 125 Аспирационный синдром в условиях орита
- 126 Применение ата-теста для ранней диагностики врожденной пневмонии у поздних недоношенных новорожденных
- 127 Результаты хирургического лечения новорождённых с омфалоцеле
- 128 Врожденные пороки легких у плода – мифы и реальность
- 129 Показатели иммунного статуса и состояние здоровья новорожденных у матерей с онкогематологическими заболеваниями и раком молочной железы
- 130 Влияние сахарного диабета матери на здоровье новорожденного
- 131 Перинатальный ишемический инсульт: частота, клинические варианты течения
- 132 Особенности течения анемии у глубоконедоношенных детей на первом году жизни в зависимости от тактики лечения в раннем неонатальном периоде: результаты ретроспективного исследования
- 133 Рациональное введение прикорма у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении
- 134 Грудное вскармливание недоношенных новорожденных

- 135 Послеоперационное обезболивание у новорожденных детей с врожденными пороками развития.
- 136 Преэклампсия. Влияние на неонатальные исходы
- 137 Фагоцитарная активность клеток периферической крови беременных женщин с онкологическими заболеваниями и их новорожденных детей
- 138 Врожденные пороки легких у плода – мифы и реальность

140 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- 140 Региональные образовательные школы роаг в системе непрерывного медицинского образования
- 141 Анализ структуры основных нозологических форм гинекологических заболеваний среди офисных служащих, подлежащих периодической диспансеризации
- 142 Исследование путей улучшения доступа возвратившихся мигрантов к медицинским услугам

143 ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ

143 АКУШЕРСТВО

- 143 Оценка влияния низкомолекулярных гепаринов и антиагрегантов на течение и исходы беременности у женщин с плацента-ассоциированными осложнениями и невынашиванием беременности в анамнезе
- 144 Обоснование применения суппозиториев «biogest» в комплексной терапии у беременных с преждевременными родами
- 145 Прогнозирование и профилактика акушерских осложнений у беременных с привычным невынашиванием в анамнезе
- 146 Роль врача женской консультации в сохранении репродуктивного здоровья женского населения

147 ГИНЕКОЛОГИЯ

- 147 Оценка эффективности метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- 148 Опыт коррекции женской гипоспадии у девочек с нарушением формирования пола в сочетании со стенозом искусственного интродитуса
- 149 Оценка предикторов неразвивающейся беременности

150 НЕОНАТОЛОГИЯ

- 150 Структурно-функциональные нарушения плечевой артерии у новорожденных с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС
- 151 Роль факторов проницаемости гематоэнцефалического барьера в генезе неонатальных судорог у новорожденных, родившихся при осложненном течении беременности и родов
- 152 Результаты хирургического лечения новорождённых с омфалоцеле