XXIII Всероссийский научно-образовательный форум

Мать и Дитя

г. Красногорск, ул. Международная, д. 16, МВЦ «Крокус Экспо»,
3-й павильон, 4-й этаж, («Крокус Конгресс Холл», 20 зал)

28–30 сентября 2022

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Лига акушерок России

28–30 сентября 2022 года
г. Красногорск, ул. Международная, д. 16, МВЦ «Крокус Экспо»,
3-й павильон, 4-й этаж, («Крокус Конгресс Холл», 20 зал)

Главные редакторы:
Сухих Г.Т.
Серов В.Н.

Научные редакторы:
Баранов И.И.
Зубков В.В.
Нестерова Л.А.

ISBN 978–5–906484–68–0
©«МЕДИ Экспо», 2022

Москва, 2022 – 315 с.

ТЕМАТИКА: АКУШЕРСТВО

ОЦЕНКА КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Абдукаримова Н.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерство и гинекологии Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время накопилось достаточно данных о неблагоприятном воздействии на плод различных факторов, сопровождающих сердечно-сосудистую патологию у матери.

По мнению большинства исследователей у беременных с митральным стенозом высокая частота развития плацентарной недостаточности.

ЦЕЛЬ

Изучение маточно-плацентарного кровотока, состояния плода у женщин с митральным стенозом (МС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами предпринята попытка комплексной оценки маточно-плацентарного кровотока, состояния плода у 43 беременных с МС, в сравнении данными 55 практически здоровых женщин с физиологическим течением гестационного периода, у которых беременность закончилась срочными родами с рождением живого доношенного плода с оценкой по Апгар не менее 8 баллов.

Обследование проводилось в сроке 34–40 недель (в среднем 36,6 недель), что было продиктовано необходимостью окончательного определения времени и способа родоразрешения у каждой конкретной беременной.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ результатов доплерометрических исследований у беременных с физиологическим течением гестации показал, что по мере прогрессирования физиологически протекающей беременности наблюдается снижение индексов сосудистого сопротивления в маточных артериях. Наиболее заметно снижался ПИ в МА, который в доношенном сроке беременности составил 0,55±0,02 И ИР 0,35±0,01. В III триместре беременности показатели сосудистого сопротивления в АП составили ПИ 0,75±0,02, ИР 1,14±0,03. Результаты исследования кровотока в аорте плода показали некоторое повышение индексов сосудистого сопротивления и ПИ в СМА составил 1,22±0,03, ИР 0,67±0,02. Перед родами индексы сосудистого сопротивления в аорте плода несколько повышаются, при отсутствии существенных изменений кровотока в СМА плода, что по-видимому свидетельствует о перераспределении кровообращения вследствие созревания головного мозга плода.

Согласно современным данным, одной из главных причин нарушения состояния плода является снижение маточно-плацентарного кровообращения (3,5). Результаты анализа показателей кровотока показали достоверное увеличение индексов сосудистого сопротивления у беременных с МС. Так, показатели сосудистого сопротивления в МА у беременных с МС были выше нормативных величин, ПИ составил 0,69±0,02 против 0,55±0,02 в контроле ($p<0,001$). Известно, что наиболее ранним признаком нарушения гемодинамики плода является повышение индексов периферического сосудистого сопротивления в АП (3,5).

Что касается показателей кровотока в артерии пуповины, то ПИ было повышено и составило 1,12±0,03 против 0,75±0,02 в контроле ($p<0,001$). Результаты проведенных исследований показали достоверное увеличение индексов сосудистого сопротивления в АП и СМА плода у беременных с митральным стенозом. У 18 (41,9%) беременных не выявлено признаков нарушения кровотока в средней мозговой артерии, у 5 (11,6%) выявлено достоверное снижение индекса сосудистого сопротивления в СМА плода, что по-видимому, свидетельствовало о компенсаторной централизации кровообращения в условиях сниженной плацентарной перфузии. Показатели кровотока в аорте плода были незначительно сниженными. Увеличение индексов сосудистого сопротивления в СМА при сочетании критического состояния кровотока в АП и аорте плода является свидетельством декомпенсации центральной гемодинамики плода, приводящей к нарушению кровоснабжения жиз-

ненно-важных органов, в том числе и головного мозга (2,5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследования маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у беременных с МС позволили выявить увеличение систоло-диастолического соотношения маточных артерий, сопровождающихся постепенным снижением конечно-диастолической скорости кровотока при нарастании периферического сосудистого сопротивления, особенно на стороне плацентации. Исследования кровотока в маточно-плацентарной и фетоплацентарной системе позволяют оценить как степень нарушения плацентарного кровотока, так и компенсаторные возможности плода. Данное обстоятельство приобретает особую актуальность при пороках сердца, сердечной недостаточности у беременных. Изучение кровотока у беременных с МС расширяет возможности диагностики ФПН, определяет степень выраженности и выбор оптимальной акушерской тактики.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ, КАК ОТДЕЛЬНОГО ГЕСТАЦИОННОГО КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Азаматов А.Р., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Зуморина Э.М.

Самарский Перинатальный центр СОКБ им. В.Д. Середавина

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», Минздрава России

Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия (ПЭ) продолжает оставаться ведущей проблемой акушерства. Клинические неудачи отчасти определяются значительной частотой тяжелых и осложненных форм ПЭ уже при первичном контакте с пациентками, что связано со сложностями прогнозирования данного осложнения. В литературе представлены различные подходы к прогнозированию ПЭ, однако их применение на практике отражает неудовлетворительную эффективность и запоздалую диагностику ПЭ. В связи с этим актуальным остается поиск более эффективных предикторов ПЭ, что заставляет исследователей углубленно изучать новые патогенетические механизмы данного осложнения беременности.

ЦЕЛЬ

Разработать метод этапной стратификации беременных по риску реализации ПЭ на основе выявленных дисметаболических особенностей патогенеза данного осложнения гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено динамическое клинико-лабораторное обследование 180 беременных с независимыми факторами высокого риска ПЭ. Клиническая реализация ПЭ выявлена у 89 женщин, которые составили I группу. II (контрольную) группу составили 30 здоровых беременных с физиологической гестацией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У женщин с ПЭ выявлено статистически значимое нарастание характерных для физиологической беременности диабетогенных и атерогенных сдвигов, изменений гормональных, эндотелиально-гемостазиологических, провоспалительных и плацентарных показателей, направленных на энергопластическое обеспечение плода. Результаты лабораторного обследования, статистической обработки данных показали, что наиболее значимыми патогенетическими механизмами развития ПЭ являются патологические инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, выступающие базовым звеном и инициирующие атерогенную трансформацию липидного профиля, провоспалительные, иммунометаболические нарушения, протромботический статус, гиперлептинемию, гиперурикемию, антиангиогенное состояние и эндотелиальную дисфункцию, что свидетельствует о выраженной клинико-патогенетической схожести ПЭ и метаболического синдрома. Выявленные особенности патогенеза ПЭ нашли свое отражение в методе этапной риск-стратификации беременных (I триместр – AUC=0,886, Se=86,7%, Sp=84,3%; II триместр – AUC=0,874, Se=83,3%, Sp=87,2%, при $p<0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные особенности патогенеза ПЭ нашли свое отражение в моделях прогнозирования ПЭ в I и II триместрах гестации с целью этапной риск-стратификации беременных. Модели оценки индивидуального риска реализации ПЭ включили в качестве переменных: в 11–14 нед. гестации – уровни инсулина, ФРП, ПАМГ-1, ФНО-α; в 18–21 нед. гестации – уровни инсулина, мочевой кислоты, ФНО-α и средний объем тромбоцита. Практическое применение разработанного метода этапной стратификации беременных по риску реализации ПЭ позволяет обосновать назначение и усиление профилактических мероприятий, снизить частоту формирования тяжелых и осложненных форм ПЭ, что обеспечит благоприятный исход беременности как для матери, так и для плода.

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, НАСТУПИВШЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКО

Акимова А.А., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Клычева М.М., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

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

Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема выявления факторов риска осложнений беременности для женщин, которым проведена программа ЭКО, является актуальной на протяжении нескольких десятилетий. Дисбаланс биохимических маркеров фетоплацентарной системы является одним из факторов развития осложнения беременности. Другим фактором риска развития акушерских осложнений у этой группы женщин является поздний репродуктивный возраст (35 лет и старше). Однако механизмы, лежащие в основе неблагоприятных исходов беременности у женщин старшего возраста, до конца не изучены.

ЦЕЛЬ

Определить особенности продукции биохимических маркеров функции плаценты у женщин с беременностью, наступившей с применением ЭКО, в 11–14 недель гестации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 152 женщины в сроке беременности 11–14 недель. Женщины были разделены на 2 группы: контрольную группу составили 70 женщин с самопроизвольной беременностью (46 женщин до 35 лет и 24 – старше 35 лет), основную – 82 женщины с беременностью, наступившей после ЭКО (54 женщины до 35 лет и 28 – старше 35 лет). В сыворотке крови проведено определение уровней: васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF-A; пг/мл), рецептора к васкулоэндотелиальному фактору роста R1 (sVEGF-R1; нг/мл), плацентарного фактора роста (PIGF; пг/мл), трофобластического β-1-гликопротеина (ТБГ; нг/мл), ассоциированного с беременностью протеин А (PAPP-A; МоМ) и хорионического гонадотропина человека (β-ХГЧ; МоМ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено, что у женщин с беременностью после ЭКО по сравнению с женщинами со спонтанной беременностью в подгруппах сопоставимых по возрасту наблюдается достоверное снижение sVEGF-R1 [моложе 35 лет в основной группе 4,02 (2,45;4,33) нг/мл против 11,6 (4,54; 14,6) нг/мл в контрольной группе, p<0,001; старше 35 лет: в основной группе 2,99 (2,23; 4,30) нг/мл против 14,1 (4,41; 16,9) нг/мл в контрольной группе, p<0,001] и повышение VEGF -A[моложе 35 лет в основной подгруппе 293,8 (220,1;710,0) пг/мл против 108,7 (85,65; 230,3) пг/мл в контрольной подгруппе, p<0,001; старше 35 лет: в основной группе 384,0 (309,2; 512,0) пг/мл против 193,8 (87,4; 463,0) пг/мл в контрольной группе p<0,001]. Уровни других маркеров (PIGF, ТБГ, β-ХГЧ, PAPP-A) в данных группах достоверно не отличались.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у женщин, беременность у которых наступила в результате ЭКО, выявлено усиление продукции VEGF -A на фоне снижения экспрессии его рецептора (sVEGF-R1) в первом триместре беременности. Это, по нашему мнению, может быть одним из механизмов формирования плацентарной недостаточности и связанных с ней осложнений беременности. Не выявлено влияния

возраста женщин на продукцию биохимических маркеров функции плаценты у исследуемых групп женщин.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Андреева М.В., Неклюдова А.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия
Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Операция кесарева сечения (КС) относится к числу самых распространенных хирургических вмешательств. В России частота КС ежегодно увеличивается на 1%, достигая 40–50% в крупных перинатальных центрах. Несмотря на это, именно КС является наиболее частой причиной инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Частота послеродового эндометрита после операции КС составляет 5–20%, раневая инфекция – 3 – 5%. Родоразрешение путем операции КС вызывает у родильниц нарушения: процессов адаптации, снижение реактивности организма, в том числе, нервной системы, особенно вегетативной регуляции.

ЦЕЛЬ

Снижение частоты осложнений после КС в раннем послеоперационном периоде у родильниц с помощью комплексной немедикаментозной профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 100 родильниц после КС в раннем послеоперационном периоде. Они были разделены на 2 клинические группы. В 1 группу (основную) вошли 50 пациенток. Им проводилась традиционное ведение послеоперационного периода в комплексе с квантовой терапией (КТ). Группу сравнения (2 группа) составили 50 родильниц с традиционным ведением послеоперационного периода, без применения КТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе нашего исследования было выявлено, что среди гинекологических заболеваний в группах сравнения преобладали: цервицит (1 группа – 32,5%, 2 группа – 30,0%), миома матки (1 группа – 9,3%, 2 группа – 10,0%), бесплодие в анамнезе и сальпингоофорит(1 группа – 4,6% и 4,6%; 2 группа – 5,0% и 5,0%). Среди осложнений беременности в группах исследования преобладали угроза преждевременных родов (1 группа – 12,0%; 2 группа – 13,5%), гипертензивные расстройства во время беременности (1 группа – 8,0%; 2 группа – 15,4%) и гестационная анемия (1 группа -15,4%; 2 группа – 13,5%). Основное показание к операции КС в 1 и 2 группах несостоятельный рубец на матке после одной/двух операций КС. Частота и характер осложнений в послеоперационном периоде во 2 группе (без применения КТ): субинволюция-матки – 5,5%, инфекция мочевыводящих путей после родов – 4,0%, серома кожного шва – 2,0%, инфекция хирургической акушерской раны – 0,5%. В первой группе данных осложнений не выявлено. При изучении адаптационных возможностей организма родильниц на фоне КТ наблюдались удовлетворительная адаптация у 66,7%, напряжение адаптации – 20,3%, неудовлетворительная адаптации – 8,0%, срыв адаптации – 5,0% (в группе сравнения соответственно – 30,0%, 40,0%, 19,5%, 10,5%, $p<0,05$). У родильниц на фоне применения КТ произошло снижение частоты синдрома вегетативной дисфункции (12,3%) по сравнению с данными до лечения (45,2%, $p<0,05$). У них преобладал тонус парасимпатического отдела ВНС, что положительно влияет на сократительную деятельности матки. В группе сравнения после операции таких пациенток с положительными показателями функционального состояния ВНС было в 2 раза меньше (6,1%, $p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, клинические наблюдения и специальные исследования показали, что комплексная профилактика послеоперационных осложнений у родильниц с включением КТ с первых суток после КС является более эффективной по сравнению с ранее известными способами.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СОСТАВ МОЧИ И ПРОТИВОМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА

Аржаных Я.В., Золотухин В.О., Батищева Г.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Воронеж

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек у беременных женщин. Установлено, что у рожениц с данной патологией достоверно чаще встречается раннее излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности. С целью предупреждения возможных осложнений основного заболевания необходимо проводить рациональную и своевременную фармакотерпию, учитывая этиологию и клиническое течение пиелонефрита.

ЦЕЛЬ

Изучить микробиологический состав мочи у беременных женщин с различным клиническим течением пиелонефрита и оценить особенности противомикробной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование 150 историй болезней беременных женщин, госпитализированных в урологические отделения 2-х скоропомощных стационаров города Воронеж – БУЗ ВО ВГБСМП №1, БУЗ ВО ВГБСМП №10 с 2016–2021 год с диагнозом: пиелонефрит беременных. Все пациентки с учетом течения заболевания были разделены на две группы:1 группа – 35 беременных женщин (23,3%) с обострением пиелонефрита и мочекаменной болезнью (МКБ), во 2 группу вошли 115 женщин (76,7%) с пиелонефритом в стадии обострения без сопутствующей патологии. Средний возраст женщин в 1-й группе составил 26 ±4,7 лет, во 2-й группе 22±3,1 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

у пациенток 1 группы с сопутсвующей МКБ, отмечено более тяжелое течение инфекционного процесса – температура при госпитализации составила 37,3±0,6°С, при оценке общего анализа крови 62,8% пациенток имели уровень лейкоцитов >8,0*10^⁹/л. У женщин 2 группы температура при госпитализации составляла 36,8±0,4°С, при оценке общего анализа крови уровень лейкоцитов > 8,0*10^⁹/л был у 55,6% пациенток.

Анализ результатов бактериологических посевов мочи женщин 1 группы показал, что среди грамотрицательной микрофлоры доминировала E.coli, выделенная у 16 (45,7%) женщин и Klebsiella pneumoniae у 6 (17,1%) женщин. У пациенток 2 группы при анализе бактериологических посевов мочи E. coli была выделена у 64 (55,6%) женщин и Klebsiella pneumoniae у 9 (7,8%) женщин. Среди грамположительной микрофлоры в моче у беременных женщин 1 группы отмечен Enterococcus faecalis в 5 (14,2%) случаях. У пациенток 2 группы Enterococcus faecalis выделен у 12 (10,4%) женщин.

В исследовании определена умеренная прямая связь между острым пиелонефритом в сочетании с МКБ в стадии обострения и выделением Klebsiella pneumoniae (r=0,498, p=0,0010). При этом Klebsiella pneumonia была полирезистентной в 83,3% случаях.

Препаратом выбора у всех женщин в I триместре были ингибиторзащищенные пенициллины (амоксициллин+клавулановая кислота по 0,625 г. перорально 2 раза в день). Во II и III триместре назначались цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 2,0 г/сут внутримышечно). С 2020 года в 16,4% случаев отмечено использование резервных антибактериальных препаратов для парентерального введения (имипенем/ циластатин 1,5 г/сут, эртапенем 1,0–2,0 г/сут, цефоперазон/сульбактам 4,0 г/сут), что можно объяснить изменением чувствительности микрофлоры к стартовым противомикробным препаратам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты бактериологических исследований указывают на лидирующие позиции E.coli (63,0%), Kl.pneumoniae (11,0%), Enterococcus faecalis (14,0%) в этиологии пиелонефрита беременных. У пациенток с обструкцией мочевыводящих путей, связанной с МКБ, отмечено более тяжелое течение инфекционного процесса с температурной реакцией. Установлена умеренная прямая корреляционная связь между обнаружением патогенной Kl. pneumoniae и пиелонефритом, протекающим

на фоне МКБ. Изменение структуры назначений противомикробной терапии с назначением препаратов резерва у 16,4% беременных женщин с 2020 года отражает тенденцию к росту антибиотикорезистентности, что может в перспективе повлиять на протоколы стартовой противомикробной терапии при беременности.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ И МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Артымук Н.В., Марочко Т.Ю., Артымук Д.А., Марочко К.В., Парфенова Я.А.

ГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременные роды (ПР) является основной причиной перинатальной и младенческой смертности во всех странах мира. Несмотря на то, что общепризнано, что инфекционный фактор является одним из основных в генезе ПР, значение нарушений микробиоценоза влагалища во время беременности остается дискуссионным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить морфологические особенности строения плаценты и состояния микрофлоры влагалища и плаценты у женщин с преждевременными родами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: ретроспективное, случай-контроль. В исследование включены 150 женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути. I группу составили 50 женщин, родоразрешенных преждевременно, во II группу вошли 100 женщин, родоразрешенных своевременно. Средний возраст женщин I группы составил 29 ± 5,6 лет, средний срок родов 32,5 ± 2,8 недели, во II группе, соответственно, 30,5 ± 5,6 лет и 38,8 ± 1,2 недель, $p = 0,75$; $p < 0,001$. Проводилось бактериологическое исследование содержимого влагалища и соскоба с поверхности плаценты, морфологическое исследование последа. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного исследования показали, что у всех женщин I группы в плаценте имелись признаки незрелости, что было не характерно для II группы женщин. Признаки хронической плацентарной недостаточности имели место у 27 (54 %) пациенток I группы и у 35 (35 %) женщин II группы ($\chi2 = 4,962$; $p=0,026$). У 32 (64 %) женщин I группы и у 37 (37 %) женщин II группы имело место инфицирование последа ($\chi2 = 9,783$; $p = 0,002$). Децидуит зарегистрирован у 9 (18 %) и у 7 (7 %) женщин I и II групп, соответственно ($\chi2 = 4,233$; $p = 0,04$), интервиллузит – у 16 (32 %) и 11 (11 %) ($\chi2 = 9,959$; $p = 0,001$), хориодецидуит – у 20 (40 %) и 25 (25 %) ($\chi2 = 3,571$; $p = 0,059$), фунникулит – у 6 (12 %) и 4 (4 %) женщин ($\chi2 = 3,429$; $p = 0,065$). Гнойный мембранит в I группе выявлен у 5 (10 %) женщин и отсутствовал во II группе ($\chi2 = 10,345$; $p = 0,002$). Микрофлора из влагалища выделялась в I триместре беременности в 97,2 % случаев у женщин I группы и в 51 % случаев во II группе ($\chi2 = 23,417$; $p < 0,001$). В посеве соскоба с поверхности плаценты микрофлора выделена у 61,2 % и 50 % женщин I и II групп, соответственно ($\chi2 = 1,666$; $p = 0,197$). Среди женщин с выделенной влагалищной микрофлорой только у 13,9 % обследованных I группы были обнаружены лактобактерии, однако их уровень составил не более 104 КОЕ/г, во II группе – у 21 % с уровнем более 104 КОЕ/г ($\chi2 = 0,879$; $p = 0,349$). У 19,4 % женщин I группы в составе влагалищной микрофлоры обнаружены типичные резиденты: коагулазоотрицательные стафилококки, коринебактерии, количество которых не превышало 102-103 КОЕ/г. При этом уровень лактобактерий был значительно снижен (до 102 КОЕ/г) или отсутствовал. У 75 % пациенток I группы в составе влагалищной микрофлоры обнаружены в высоких титрах условно-патогенные микроорганизмы (УПМ): гемолитические стафилококки с уровнем 104-107 КОЕ/г, энтерококки – 105-106 КОЕ/г, энтеробактерии – 107 КОЕ/г. Кроме того, в составе влагалищной микрофлоры обнаруживались Candida albicans, средний уровень которых составил 105 КОЕ/г. У женщин с дисбиозом влагалищной микрофлоры в 74 % случаев в посеве с поверхности плаценты обнаружены представители

резидентной микрофлоры: коагулазоотрицательные стафилококки и негемолитические стрептококки, средний уровень которых составил 103 КОЕ/г, а также УПМ, среди которых преобладали E. coli и энтерококки со средним количественным уровнем, достигавшим 105 КОЕ/г, гемолитические стафилококки в количестве 102 КОЕ/г, а также высокий уровень (106 КОЕ/г) Staphylococcus aureus, Providencia spp., Citrobacter spp.

Таким образом, пациентки, родившие преждевременно, характеризовались более высокой частотой реализации восходящего инфицирования последа с преобладанием хориодецидуита и интервиллузита, а также более высокой частотой плацентарной недостаточности. У этих женщин в ранние сроки беременности регистрировалась более высокая частота нарушений биоценоза влагалища. Взаимосвязь между биоценозом влагалища в ранние сроки беременности, частотой инфицирования поверхности плаценты и реализацией инфицирования последа не установлена.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Ахмадиев Э.Э.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр акушерства и гинекологии Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия на протяжении многих лет остается одной из серьезных мультисистемных патологических состояний осложняющих течение беременности, частота которой не имеет тенденции к снижению. В структуре материнской смертности преэклампсия на протяэении многих лет занимает ведущие позиции во всем мире, а в Республике Узбекистан преэклампсия как причина материнской смертности входит в стойкую тройку.

ЦЕЛЬ

Изучение причин материнской смертности у беременных, рожениц и родильниц с диагностированной преэклампсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 55 историй родов и протоколов патолого-анатомического исследования на случаи материнской смерти в период с 2019 по 2021 гг. от преэклампсии и эклампсии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Материнская смертность при тяжелой преэклампсии и эклампсии в большинстве случаев связана с развитием полиорганной недостаточности, развившемся острым ДВС-синдромом, отеком головного мозга, септическими осложнениями и массивными кровотечениями.

Возраст умерших женщин составил от 22 до 44 лет (в среднем 31,9±5,1 года). По-прежнему отмечается преобладание числа умерших женщин старшей возрастной группы: 22 (64,7%) пациентки — старше 30 лет. Только 45,4% пациенток — первородящие. Большинство умерших женщин (83,6%) регулярно наблюдались в клиниках антенатального ухода с ранних сроков беременности, только 16,4% — не обследованы.

У 76% умерших женщин имелись 2 и более соматических заболеваний: 34,5% — заболеваниями почек, 1,81% страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, 18,1% — эндокринными заболеваниями. При этом у 38,4% фоновые заболевания выявлены только при патологоанатомическом исследовании, что свидетельствует о формальном подходе к консультированию беременных врачами смежных специальностей на уровне первичного звена. Основные осложнения у умерших от преэклампсии женщин явилось: массивные акушерские кровотечения с тяжелой постгеморрагической анемией у 32 (58,1%), острая почечная недостаточность (анурия) — у 29 (52,7%), эклампсия у 8 (14,5%) пациенток, внутримозговые кровоизлияния у 1 (1,8%), отек мозга у 9 (16,3%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 16 (29,0%), HELLP-синдром 3 (5,4%), разрывы капсулы печени у 3 (5,4%), синдром полиорганной недостаточности у 18 (32,7%), геморрагический шок — у 11 (32,4%), ДВС-синдром — у 19 (34,5%), отек легких, острая дыхательная недостаточность — у 2 (3,6%), сепсис, септический шок — у 12 (21,8%), тромбоэмболические осложнения — у 6 (11,8%). В структуре тяжелых осложнений преэклампсии, закончившихся летальным исходом, отмечена высокая доля повреждений го-

ловного мозга (эклампсия, кровоизлияния, отек), системы гемостаза (ДВС-синдром, массивные кровотечения, геморрагический шок, острая анемия), преждевременной отслойки плаценты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты ретроспективного анализа причин материнской смертности показали, что основными осложнениями, развившимися на фоне преэклампсии, были акушерские кровотечения с постгеморрагической анемией тяжелой степени и острая почечная недостаточность. Данные прямые акушерские причины являются управляемыми и в большинстве случаев предотвратимыми при своевременной и/или ранней диагностике и проведении профилактики развития преэклампсии.

ЗАВИСИМОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ОТ УРОВНЯ ТКАНЕВОЙ ПЕРФУЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Баев Т.О., Панова И.А., Назаров С.Б.

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

Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность, протекающая на фоне гипертензивных расстройств, ассоциируется с системным и наиболее ранним по времени расстройством микроциркуляции (МЦ), изменением локального кровотока в органах и тканях, ухудшением их транскапиллярного обмена и кислородного снабжения. Известно, что эти типовые патологические процессы находят отражение в состоянии энергетического статуса и скорости окислительно-восстановительных процессов в дыхательной цепи митохондрий. В настоящее время для изучения перфузионно-метаболических отношений применяются методы лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) и флуоресцентной спектроскопии (ЛФС), однако на данном этапе эти методы находятся на стадии внедрения в широкую акушерскую практику, а публикаций об этом немногочисленны.

ЦЕЛЬ

Оценить уровень перфузионно-метаболических отношений у беременных с гипертензивными расстройствами различного генеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 143 беременных. Из них 27 женщин с умеренной преэклампсией (ПЭ), 23 женщины с тяжелой ПЭ, 28 женщин с хронической АГ (ХАГ), 26 женщин с ХАГ с присоединившейся ПЭ. Группу контроля составили 39 женщин без признаков гипертензивных расстройств. При помощи лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК-М, ООО НП «Лазма», Москва) всем пациенткам проведено исследование перфузионно-метаболических отношений в коже передней поверхности плеча. Методом ЛДФ оценивался показатель микроциркуляции (ПМ, перф. ед), отражающий уровень тканевой перфузии. Методом ЛФС регистрировались амплитуды флуоресценции кофакторов дыхательной цепи митохондрий (никотинамид, флавинаденин), соотношение которых выражало флуоресцентный показатель потребления кислорода (ФПК, у.е.), пропорциональный окислительному метаболизму в клетки. Математическую и статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов ЛДФ выявил, что у беременных с тяжелой ПЭ и ХАГ с присоединившейся ПЭ ПМ был значимо ниже по сравнению с женщинами контрольной группы, с умеренной ПЭ и с ХАГ ($p<0,05$ во всех случаях), что свидетельствует о спазме приносящих сосудов, и соответственно о снижении притока крови в микроциркуляторное русло (МЦР). В свою очередь у беременных с умеренной ПЭ и ХАГ значения данного показателя были значимо выше, чем в других группах ($p<0,05$ во всех случаях), что говорит об увеличении притока крови в МЦР. Анализ данных ЛФС показал, что у беременных с тяжелой ПЭ показатель потребления кислорода был значимо ниже по сравнению с остальными группами исследования ($p<0,05$ во всех случаях). В группе с ХАГ значение ФПК был максимальным и значимо выше

по сравнению с другими группами исследования (p<0,05 во всех случаях). Проведенный корреляционный анализ позволил выявить прямую зависимость между ПМ и ФПК у женщин с ПЭ, независимо от степени ее тяжести (r=0,47, p=0,000), а так же у беременных с ХАГ (r=0,55, p=0,002).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результатом снижения тканевой перфузии у беременных с тяжелой ПЭ служит уменьшение потребления кислорода тканями и как следствие снижение метаболической активности у данной категории пациенток. Повышение уровня тканевой перфузии, и соответственно показателя потребления кислорода у женщин с ХАГ, по всей видимости, носит компенсаторный характер, направленный на удовлетворение потребностей тканей в кислороде.

ВЛИЯНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ SARS-COV-2 ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Батищева Г.А., Хороших А.О., Кацура К.С., Аржаных Я.В.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Воронеж

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время накоплено достаточно данных об акушерских и перинатальных рисках после перенесенной во время беременности НКИ COVID-19, особенно ее тяжелых форм. Однако вопрос о влиянии неосложненной инфекции на течение гестации и состояние новорожденных остается нерешенным. Большая часть случаев НКИ COVID-19 приходится именно на легкие формы: так, на территории Воронежской области в период 2020–2021 г.г. инфекция была зарегистрирована у 3026 беременных 3026, у 2713 из них протекала в легкой форме.

ЦЕЛЬ

Изучить влияние неосложненный НКИ COVID-19, перенесенной в период гестации, на дальнейшее течение беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

120 историй беременности и родов за период с ноября 2021 года по апрель 2022 года (по материалам БУЗ ВО ГКБСМП№10).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было сформировано 4 группы: ОГ1 – 30 женщин, переболевших SARS-COV-2 в первом триместре беременности; ОГ2 – 30 женщин, переболевших SARS-COV-2 во втором триместре беременности; ОГ3 – 30 женщин, переболевших SARS-COV-2 в конце беременности; КГ – 30 женщин, не болевших во время беременности инфекционными заболеваниями.

Средний возраст женщин на момент родов, соматический, акушерско-гинекологический анамнез и течение беременности до заражения НКИ в сравниваемых группах были практически одинаковы; женщины, имеющие тяжелые соматические заболевания, высокий паритет, привычное невынашивание, многоплодную беременность, отягощенное течение настоящей беременности до манифестации НКИ были исключены из исследования.

НКИ COVID-19 была диагностирована в 9,6 недели в ОГ1, в 21,3 недели в ОГ2, в 37.1 недели в ОГ3 и проявлялась следующими симптомами: кашель, головная боль, слабость, гипертермия до 37,50, АД не повышалось по сравнению с беременностью, тахикардии и одышки не было выявлено. На КТ легких выявлялась рентгенологическая картина «0» или «1». Заболевание было подтверждено ПЦР.

У беременных всех групп при обследовании в начале беременности не было выявлено существенных отклонений от нормальных показателей гомеостаза.

Уровень гемоглобина в сыворотке крови составлял 122,6+4,5 г\л в ОГ1, 120,7+3,9 г\л в ОГ2, 120,1+5,1 г\л в ОГ3 и 120,8+3,1 г\л в КГ; уровень эритроцитов – 3,7+0,23х1012\л, 3,6+0,56 х1012\л, 3,5+0,51х1012\л и 3,6+0,78х1012\л соответственно.

Количество глюкозы в плазме крови равнялось 4,3+0,14 мМоль\л в ОГ1, 4,5+0,66 мМоль\л в ОГ2, 4,4+0,54 мМоль\л в ОГ3 и 3,9+0,24 мМоль\л в КГ.

При обследовании в 30 недель гестации во всех группах выявилось значительное снижение показателей красной крови: уровень гемоглобина со-

ставлял 100,9+4,4 г\л в ОГ1, 102,7+4,9 г\л в ОГ2, 112,7+5,5 г\л в ОГ3 и 113,4+3,7 г\л в КГ; уровень эритроцитов составил 3,4+0,61х1012\л, 3,0+0,43 х1012\л, 3,5+0,57х1012\л и 3,6+0,75х1012\л соответственно. При этом у 3 (10%) пациенток из ОГ2 была выявлена анемия 2 степени.

Количество глюкозы в плазме крови равнялось 5,0+0,24 мМоль\л в ОГ1, 5,6+1,3мМоль\л в ОГ2, 4,6+1,5 мМоль\л в ОГ3 и 4,4+0,67 мМоль\л в КГ. У 13 (43,3%) пациенток ОГ2 и у 5 (16,7%) пациенток ОГ1 в 20–22 недели беременности диагностировали гестационный сахарный диабет.

У всех беременных при первом обследовании определялась нормальная микробиота влагалища и цервикального канала, которая не изменилась ни у одной женщины ОГ3 и КГ. У большей части пациенток, перенесших НКИ COVID-19 во время гестации отмечалось развитие рецидивирующего воспалительного процесса в нижнем отделе подового тракта (у 21 (73,3%) женщин ОГ1 и у 18 (60%) женщин ОГ2).

При проведении допплерометрии в 30–32 недели нарушение кровотока в маточных артериях и в артериях пуповины наблюдалась у большей части беременных, перенесших НКИ COVID-19: у 18 (60%) в ОГ1, у 24 (80%) в ОГ2, 12 (40%) в ОГ3 и 10 (33.3%) в КГ. При обследовании накануне родов нарушения маточно-плацентарного кровотока выявлялись значительно чаще: у 25 (83.3%) женщин ОГ1, у 26 (86,7%) в ОГ2, у 30 (100%) в ОГ3 и у 13 (43.3%) в КГ. Внутриутробную гипоксия плода в родах диагностировали у 4 (13,3%) женщин вОГ1, у 5 (16,7%) в ОГ2, у 11 (36,7%) в ОГ3 и у 3 (10%) в КГ; при этом у 4 новорожденных ОГ3 диагностирована тяжелая асфиксия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неосложненная НКИ COVID-19, перенесенная в первом и втором триместрах беременности, чаще приводила к развитию анемии, гестационного сахарного диабета, рецидивирующих инфекционных заболеваний нижнего отдела репродуктивного тракта, хронической плацентарной недостаточности; перенесенная в третьем триместре – к формированию внутриутробной асфиксии и дистресс-синдрома плода в родах.

ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИЯ СУЛЬФАТА С ПОЗИЦИИ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Блаженко А.А. Беспалова О.Н.

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

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сульфат магния до недавнего времени был наиболее часто используемым средством в современном акушерстве. Однако из-за недостаточной изученности, все чаще этот препарат подвергается критике ввиду недоказанной эффективности и небезопасности применения.

ЦЕЛЬ

Описать механизм действия препарата, известный на данный момент, а также возможные «точки приложения» препарата в различных системах организма (сердечно-сосудистая система, ЦНС, гладкая мускулатура).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методология данного исследования заключалась в создании систематического обзора литературы с использованием открытых научных электронных баз данных PubMed, E-library, клинических исследований, в которых приведены результаты применения препарата при различных состояниях, а также описаны возможные механизмы действия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным онлайн-библиотеки за последние 3 года опубликовано более 1000 экспериментальных исследований, посвященных изучению и попыткам доказательства эффективности сульфата магния, а также оценке безопасности этого препарата. Описаны нейропротективные свойства магнезии, антигипертензивные эффекты. Механизм действия сульфата магния описан не так хорошо, как у блокаторов кальциевых каналов, однако, по-видимому, он действует аналогичным образом, конкурентно блокируя внутриклеточные кальциевые каналы, уменьшая доступность кальция и, таким образом, подавляя сократитель-

ную способность гладких мышц. Магний активирует мембранную Na\K\-АТФазу, удаляя натрий из клетки и возвращая в нее калий. Этим он способствует нормальному внутри- и внеклеточному содержанию названных ионов. Снижая содержания натрия в гладкой мускулатуре сосудов, он косвенно препятствует обмену натрия на кальций и этим снижает содержания в ней кальция, а следовательно и резистентность сосудов. Этот механизм, вероятно, предотвращает развитие артериальной гипертензии. Рядом авторов получены данные о положительном применении сульфата магния при моделировании гипертензивного состояния на животных, при моделирования заболевания сетчатки глаза, гипоксического состояния плода, а так же моделирования задержки внутриутробного развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературы позволил получить свежие рзультаты по применению сульфата магния в экспериментальной фармакологии, приведены новые экспериментальные данные, объясняющие механизмы действия, доказывающие эффективность препарата.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОЗДНИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Бреслав И.Ю.

Клинический госпиталь MD Group
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

По сравнению с ранними послеродовыми кровотечениями (4–6% от общего числа родов), в большей мере ассоциируемыми с жизнеугрожающим состоянием и материнской смертностью, поздние встречаются реже (0,47–1,44%), требуют меньшего объема гемотрансфузий, но могут приводить к летальным исходам вследствие своей неожиданности и массивности.

При позднем послеродовом кровотечении алгоритм оказания хирургической помощи четко не регламентирован, за исключением пункта о необходимости опорожнения матки при наличии в ней остатков плацентарной ткани. Нет упоминаний о возможности проведения эндоваскулярного гемостаза как альтернативы хирургического удаления содержимого матки, если остатки плацентарной ткани в ее полости отсутствуют.

ЦЕЛЬ

Изучить структуру и особенности поздних послеродовых кровотечений, потребовавших эндоваскулярного вмешательства; оценить эффективность и безопасность эмболизации маточных артерий (ЭМА) в лечении поздних послеродовых кровотечений; обосновать возможность ЭМА без предварительного опорожнения матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована документация на 31 пациентку, медицинская помощь которой оказывалась с 2006 по 2022 гг. Роды происходили в различных родильных домах г. Москвы и Клиническом госпитале Лапино. При развитии кровотечения ЭМА выполнялась в Клиническом госпитале MD Group г. Москвы, Клиническом госпитале Лапино, Центре Планирования Семьи и Репродукции Департамента Здравоохранения г. Москвы. Критериями включения явились: кровотечение в позднем послеродовом периоде (спустя 24 часа – 42 суток после родоразрешения); применение ЭМА в ходе протокола лечения.

Критерии исключения: срок беременности на момент родов менее 22 нед; врастание плаценты, в том числе при оставлении ее in situ после извлечения плода; разрыв матки; отсутствие наружного кровотечения при гематометре или остатках плацентарной ткани при эхографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил 31,5±4 года. Врожденные коагулопатии были диагностированы у 2(6,5%) (болезнь Виллебранда и гетерозиготная мутация гена F2). Рубец на матке после операции кесарева сечения был у 5(16,1%). Выскабливания матки в анамнезе имели место у 12(38,7%). Настоящие роды были первыми у 12(38,7%), повторными – у 19(61,3%), пациенток с высоким паритетом было 4(12,9%). Многоплодная беременность наступила у 5(16,1%). Срок гестации на момент родов составил 39(37;39) нед. Преждевременные роды произошли у 5(16,1%).

19(61,3%) пациенток родили самопроизвольно, 12(38,7%) родоразрешены путем кесарева сечения. 26(83,9%) родов были одноплодными, родился 1(3,2%) крупный ребенок весом 4370 г.

Обильные кровяные выделения из половых путей появились на 8(6;14) сутки послеродового периода: на 2–10 сутки кровотечение развилось у 20(64,5%), на 12–21 сутки – у 9(29%), на 35–38 сутки – у 2(6,5%) пациенток. У 29(93,5%) пациенток выявлена замедленная инволюция матки по данным гинекологического осмотра и УЗИ, расширение полости матки до 37–41 мм.

23(74,2%) пациенткам (подгруппа I) выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки.

Патоморфологическое исследование аспирата из полости матки было произведено у 18 из 23 пациенток; эндометрит выявлен у 7(38,9%), эндомиометрит у 1(5,6%), субинволюция матки у 8(44,4%), плацентарный полип у 2(11,1%).

Продолжающееся после вакуум-аспирации кровотечение объемом 1000(600;1350) явилось показанием к ЭМА. У 13(56,5%) из 23 кровопотеря до ЭМА составила 400–1000 мл, у 10(43,5%) – 1200–5000 мл. У1 пациентки ЭМА оказалась неэффективной, при кровопотере 2400 мл произведена лапаротомия, прошивание сосудов плацентарной площадки, наложены компрессионные швы на тело матки и нижний маточный сегмент. У 4/23 в связи с лихорадкой и гематометрой на 2–23 сутки после ЭМА проводилась вакуум-аспирация содержимого полости матки.

8(25,8%) пациенткам (подгруппа II) ЭМА выполнена без предварительного опорожнения полости матки при исходной кровопотере 650(400;2000) мл. Послеродовый период протекал без осложнений, выписаны на 4 сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Массивные поздние послеродовые кровотечения встречаются редко, за 17 лет на 3 клинических базах зарегистрировано 31 наблюдение. Преобладают женщины после самопроизвольных родов (61,3%). У большинства (64,5%) родильниц кровотечение начинается на 2–10 сутки послеродового периода.

При развитии кровотечения до 21 дня после родов у всех пациенток наблюдалась субинволюция матки, подтвержденная результатами УЗИ. Наиболее существенно увеличивался поперечный размер полости матки до 37–41 мм.

ЭМА является эффективным (96,8%) методом остановки позднего послеродового кровотечения и может применяться в качестве моноварианта хирургического лечения.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У РОДИЛЬНИЦ С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Валдошова С.Ш., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.

ГОУ «Таджикский государственный Медицинский Университет им. Абуали ибни Сино»
г. Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Макроскопическая картина и строение плацентарного комплекса оказывает существенное влияние на гармоничное развитие плода в утробе матери. Описание плацентарной патологии у больных туберкулёзом, к сожалению, не многочисленны, хотя, как ни парадоксально, плацента – самый доступный для изучения орган. Это единственный жизненно важный орган перинатального периода, исследование которого является безопасным как для матери, так и для плода.

Морфологические изменения, выявляемые в плацентах больных активной формой туберкулеза органов дыхания, характеризуются уменьшением толщины, средней массы, и функциональной структуры плаценты, сопровождающиеся соответственным снижением средней массы тела новорожденных. Результаты исследований Якимовой А.В. и соавт. (2014), где изучены плаценты родильниц с активным туберкулёзным процессом в легки,х обнаружили развитие плацентарной недостаточности декомпенсированной стадии, путем нарушения васкуляризации ворсин плаценты и образованием бессосудистых и склерозированных терминальных ворсин, клинически проявляющееся осложнениями плода.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей морфологии последов родильниц, перенесших туберкулёз во время бере-

менности, в сравнении со здоровой группой родильниц.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованию подверглись 24 послеродовых последа, из которых 13 последов группы беременных с туберкулёзом и 11 последов группы здоровых женщин. Исследование начиналось с макроскопического исследования, в которое входили осмотр и органометрия. Далее методом биопсии 8 тканевых участков из центральных и периферических зон плаценты, пуповины и экстраплацентарных оболочек подверглись гистологическому исследованию (методика А.П. Милованова и соавт.,1991). Данные собраны и статистически обработаны с использованием прикладного пакета Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ показал, что плаценты I группы имели более выраженные макроскопические изменения: петрификаты – 38,4%, жировые перерождения – 15,4%, а также узлы пуповины – 61,5%. В группе здоровых женщин имели место наличие петрификатов (9,0%) и узлов пуповины (54,5%). Данные объема плаценты показали, что медиана объёма плаценты в группе здоровых беременных составляла 807см^3, а в основной группе – 765 см^3.

Клетки Кащенко-Гофбауэра, или синцитиальные макрофаги ворсинчатого хориона обнаружены в плацентах основной группы в 42,8%, играющие большую роль в иммунной защите, путем своей антиген-презентирующей функции. В группе сравнения их оказалось 36,3%.

Морфологическое исследование плацент пациенток выявил высокую долю признаков хронической плацентарной недостаточности (ХПН) в группах, составляя 92,3% и 90,9% соответственно. В основной группе преобладала тяжелая форма ХПН (61,5%), приводящая к задержке внутриутробного развития плода, преждевременным родам, ДРПО и др. В группе здоровых плацент ХПН в основном была легкой формы (54,5%). ХПН выражалась преобладанием незрелых промежуточно дифференцированных ворсин (42,8%). Терминальные ворсины присутствовали в меньшем количестве (35,7%) в сравнении с группой здоровых плацент. Ангиоматоз ворсинчатого хориона, как один из показателей компенсаторно-приспособительных процессов, составлял 50,0% в основной группе, и 45,4% в группе сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, все изменения в морфологической структуре плацент имеют неспецифический характер. ХПН была диагностирована у всех беременных женщин исследуемых групп, как в основной группе, так и в группе сравнения, а ее выраженность (92,3%) и тяжесть (61,5%) была большей у беременных, больных туберкулёзом.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАСТВОРИМОГО ЭНДОГЛИНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Васильева М.Ю., Зазерская И.Е., Селькова С.А.

ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова»

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ежегодно преэклампсия (ПЭ) остается в числе распространенных и жизнеугрожающих осложнений беременности. Биохимический скрининг на ПЭ включает сосудистые факторы- PLGF,sFLT-1. В данном направлении исследований интересен эндоглин (sEng) – мембранный гликопротеин, участвующий в регуляции ангиогенеза путем влияния на активацию, адгезию и миграцию клеток. Изучение sEng может внести значимый вклад в процесс диагностики ПЭ на этапе до клинических проявлений, а также осветить патогенез заболевания. Проведен анализ клинико-анамнестических,лабораторных данных (концентрации sEng в сыворотке крови и моче, концентрации sFLT-1 и PlGF) среди пациенток с осложнением гестации тяжелой ПЭ и с физиологической беременностью (группа контроля).

ЦЕЛЬ

Оценка биохимического профиля при развитии тяжелой ПЭ с помощью определения концентрации сосудистых факторов – sFLT-1, PLGF, sEng в сыворотке крови и моче.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование «случай-контроль», в которое были включены беременные женщины

(n=78). Основная группа -пациентки с тяжелой ПЭ (n=39), контрольная -физиологической беременностью (n=39). В лаборатории гибридомной технологии РНЦРХТ им. ак. А.М.Гранова был разработан новый набор ИФА, использованный для определения концентрации sEng в биологических жидкостях. Методом электрохемилюминисцентного иммунноанализа проведена количественная оценка концентрации PlGF,sFlt-1 с использованием коммерческих наборов (RocheDiagnostics) на анализаторе Cobas E 411 Roche. Образцы сыворотки крови и мочи исследуемых были собраны в Перинатальном центре «НМИЦ им.В.А.Алмазова» в день госпитализации. Диагноз тяжелой преэклампсии ставился согласно критериям степени тяжести ПЭ (КР Минздрава РФ). Статистический анализ проведен с использованием программы StatTech v.2.8.8(разработчик ООО»Статтех»,Россия). Для оценки диагностической значимости количественных признаков при прогнозировании определенного исхода, применялся метод анализа ROC-кривых.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке концентраций sEng в сыворотке крови и моче, концентрации sFlt, PlGf и их соотношения в сыворотке крови в зависимости от исследуемой группы, были выявлены статистически значимые различия (p<0,05;используемые методы:U–критерий Манна–Уитни). При оценке зависимости вероятности тяжелой преэклампсии от концентрации sEng в сыворотке крови и моче AUC 0,84 с 95% ДИ: 0,74 – 0,94 и AUC 0,77 с 95% ДИ: 0,62 – 0,91 соответственно. Полученные модели были статистически значимы (p<0,001 и p=0,002). Пороговое значение концентрации sEng для прогнозирования тяжелой ПЭ в сыворотке крови и моче в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 1294,1 и 41,2 соответственно. Чувствительность и специфичность модели по сыворотке составили 70,0% и 87,5%; по моче 63,2% и 96,6%, соответственно.

При сравнении сосудистых факторов sFLT-1, PLGF в зависимости от исследуемых групп получены следующие данные – для показателя sFLT-1 в группе с тяжелой ПЭ медиана равна 11365 (IQR 7223–15604), в контрольной группе M=2205 (IQR 1886–2512) p<0,001; для показателя PLGF в группе с тяжелой ПЭ M=40 (IQR 19–51), в контрольной группе M=803 (IQR 656–1128) p<0,001.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие тяжелой преэклампсии приводит к выраженному дисбалансу сосудистых факторов в сыворотке крови, а также отмечается значительное увеличение концентрации sEng в моче, коррелирующее с развитием клинической картины тяжелой преэклампсии. Предполагается, что определение концентрации sEng с помощью нового набора ИФА может быть использовано для выявления беременных с высокой вероятностью развития тяжелой ПЭ на основании содержания sEng в сыворотке и/или моче. Более того, поскольку sEng рассматривается как возможный маркер ранней диагностики ПЭ, высок потенциал определения эндоглина в моче в качестве неинвазивного теста для раннего скрининга тяжелой ПЭ.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ У МАТЕРИ И ПЛОДА ПОСЛЕ ЛАЗРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ АНАСТОМОЗОВ СОСУДОВ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Курдынко Л.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для монохориальной диамниотической двойни (МДД) характерны синдромы фето-фетальной трансфузии и задержки роста плода-донора (ЗРП). Опасные внутриматочные лазерные технологии для коррекции патологии сопровождаются потерями в парах двоен 66,7–70,6%.

ЦЕЛЬ

Провести анализ исходов гестации при МДД после лазерной коагуляции анастомозов сосудов плаценты и гибели плода-реципиента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка С., 32 года. В анамнезе детские инфекции, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, эктопия

шейки матки, мед.аборт и самопроизвольный выкидыш. При настоящей беременности диагностировали МДД, лечилась амбулаторно по поводу вагинита, бактериурии, COVID-19 в легкой форме. 28 марта 2022 года были выполнены операция лазерной коагуляции 14 сосудистых анастомозов плаценты и амниоредукция в объеме 1000 мл. На следующий день произошла гибель плода-реципиента. Получала антибиотики (эритромицин, амоксициллин), сохраняющую беременность терапию, затем переведена в ПЦ СПбГПМУ в удовлетворительном состоянии, без жалоб. При беременности «потеряла» три килограмма массы тела. В анализе крови гемоглобин 106 г/л, СОЭ 42 мм/час, фибриноген 5,8 г/л, Д-димер – 1120 нг/мл, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – 1,7 усл.ед., остальные анализы в пределах «нормы беременных». При УЗИ срок беременности 22,5 недель, масса тела (МТ) 2 плода 338 гр, амниотический индекс (АИ) 70 мм, при допплеровском исследовании (ДПИ) выявлены нарушения маточно-плацентарного кровообращения (МПК) II ст. В комплексную терапию. были включены сеансы среднеобъемного мембранного плазмафереза (МПА, получила 5 сеансов) и фотомодификации крови (ФК) ультрафиолетовыми лучами (№12). Осложнений не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе лечения анализы крови нормализовались, компенсировалось состояние плода, отмечен его рост – при выписке МТ составила 650 гр. Затем была еще госпитализация по поводу возврата нарушений МПК, маловодия при изменениях в анализах крови в виде гипофибриногенемия (1,7г/л) повышенных уровней Д-димера (3141 нг/мл), СОЭ (45 мм/час), ЛИИ 2,3 усл. ед. Для профилактики синдрома диссиминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови получила еще 4 сеанса МПА, выписана домой. При третьей госпитализации в 35 недель и два дня жалоб не предъявляла, анализы в норме, состояние плода компенсировано. В стационаре излились околоплодные воды, в связи с чем выполнено экстренное кесарево сечение. Кровопотеря 500 мл, послеродовой период у матери протекал без осложнений, выписана на 6 сутки. Родилась живая девочка с МТ 1440 гр, длиной 41 см, Апгар 7/7 баллов. Вместе с плацентой извлечен 2-й плод с признаками мумификации с МТ 89 гр, длиной 16 см. Ребенок не требовал лечения у реаниматологов, через месяц после родов МТ 1970 гр, находится в отделении патологии новорожденных в удовлетворительном состоянии, Гистология плаценты:

РНК-вирусно-герпетический амнионит, хориодецидуит с хронической декомпенсированной недостаточность ю плаценты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентки с МДД из-за насильственного повреждения плаценты лучом лазера, отмечены гибель плода-реципиента и возникли предпосылки для гибели второго плода, для развития ДВС-синдрома у матери. Проведением комплексной терапии с включением МПА (9 сеансов) и ФК (12 сеансов) эти осложнения были предупреждены с последующим родоразрешением живым недоношенным плодом, который не требовал интенсивной терапии. Наш опыт показывает, что при МДД с синдромом ЗРП при нарушениях кровотоков в МПК применение МПА и ФК позволяет пролонгировать беременность до 35–38 недель с исключением вообще потерь плодов.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С МАЛОВОДИЕМ, МАНИФЕСТИРУЮЩИМ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Воеводин С.М., Шеманаева Т.В., Серова А.В.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Тверь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Маловодие в первой половине беременности имеет большое значение не только как самостоятельный патологический процесс, приводящий к необратимым последствиям и являющийся их непосредственной причиной, но и как маркер развития неблагоприятных перинатальных исходов. По данным отечественной и зарубежной литературы, маловодие встречается от 0,3 до 5% случаев. Кроме патологического влияния на развитие и состояние плода, маловодие может существенно изменять нормальное течение беременности и ее исход.

ЦЕЛЬ

Изучение характера осложнений течения родов и послеродового периода при маловодии, манифестирующем в первой половине беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы 134 истории родов пациенток с маловодием, выявленным с 13 по 21 неделю беременности (основная группа), и 122 истории пациенток с нормальным количеством околоплодных вод в эти же гестационные сроки (контрольная группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ акушерских осложнений проведен в зависимости от клинических проявлений в родах и послеродовом периоде. Проанализировав осложнения в родах, нами установлено, что оперативным путем родоразрешены 40,3% (n=54) пациенток основной группы, в 4,9 раза чаще, чем в контрольной группе (8,2%; n=10). В группе пациенток с ранним маловодием беременность завершилась преждевременными родами у 71 женщины (53%), срочными – у 63 (47%). В контрольной группе во всех случаях беременность завершилась родами в срок. У пациенток основной группы выявлены травматизм родовых путей (50,8%; n=68), преждевременный разрыв плодных оболочек (44%; n=59) и аномалии родовой деятельности (33,6%; n=45). Острая интранатальная гипоксия плода в родах в нашем исследовании обусловлена прогрессирующей отслойкой нормально расположенной плаценты и диагностирована у 15,7% (n=21) пациенток основной группы. В контрольной группе все роды протекали без осложнений. Гнойно – септические осложнения в послеродовом периоде выявлены только в основной группе (2,2%; n=3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, раннее маловодие часто сопровождается осложнениями в течение родов и послеродового периода. Результаты исследования свидетельствуют о том, что маловодие в первой половине беременности является не только маркером развития неблагоприятных перинатальных исходов, но и акушерских осложнений в течение родов и послеродового периода.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Галкина Д.Е., Макаренко Т.А., Кириллова В.Е., Плохих А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Красноярск

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день отмечено, что гнойно-воспалительные послеродовые заболевания (ГВПЗ) не имеют тенденции к снижению и составляют от 5% до 26% всех осложнений послеродового периода, а в структуре причин материнской смертности – до 14%. Ведущую роль в общей структуре ГВПЗ играет послеродовый эндометрит, который диагностируется более чем в 40% всех случаев послеродовых осложнений, при этом после самопроизвольных родов (СР) эндометрит отмечается в 3–8% случаев, а после операции кесарево сечение (КС) – в 10–20%. Обращает на себя внимание преимущественно стертые клинические формы, при которых жалобы и симптомы не коррелируют со степенью тяжести и морфологическими изменениями в очаге воспаления, что удлиняет время своевременной диагностики, приводя к критическим отсроченным последствиям, включающим тяжёлые состояния родильниц, вплоть до развития сепсиса.

ЦЕЛЬ

Проанализировать основные клинико-анамнестические данные у женщин с ГВПЗ по материалам города Красноярска и Красноярского края.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных 446 историй женщин позднего послеродового периода с ГВПЗ и 387 историй родов с различными осложнениями позднего послеродового периода за временной интервал 2017–2021 гг.

Статистический анализ произведен с использованием программы IBM SPSS Statistics. Оценка нормальности распределения производилась с помо-

щью вычисления критерия Колмагорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса с уровнем критической значимости p>0,05, в этом случае распределение признака считалось подчиняющимся закону нормального распределения. Описательная статистика представлена качественными данными в виде% и количественными данными и в виде Me [Min;Max] (L 95% ДИ; U 95% ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке данных историй родов было выявлено, что средний возраст родильниц составил 27,89±5,525 лет при сроке родоразрешения в 39,5 [35;41] недель, при этом 38,8% были родоразрешены оперативным путем, а в 61,2% случаев были СР.

В структуре осложнений позднего послеродового периода у родильниц лидирующее место занимает эндометрит (36,69%) и нагноение раны промежности (11,1%). Клиническая картина послеродового эндометрита в 2/3 случаев протекает по стертой форме, и лишь у трети пациенток имеются симптомы классического проявления болезни. Жалобы в среднем приходятся на 11 сутки позднего послеродового периода, причем у женщин после КС они проявляются на сутки раньше (10,46 сутки), чем после СР (11,12 сутки). Наиболее частыми осложнениями в группе женщин после СР были: гематометра (28%) и остатки плацентарной ткани (в 24%), тогда как у пациенток после операции КС наиболее часто была диагностирована инфильтрация и гематома послеоперационного рубца передней брюшной стенки (в 22 и 23% соответственно), p=0,042.

Средний возраст больных с ГВПЗ, госпитализированных в гинекологические отделения, составил 28,12±5,884 (27,20; 29,15) лет, при этом первые роды были у 17,8%, вторые – у 7,2%, третьи – у 2,4% и лишь у одной пациентки – шестые. Следует отметить, что количество пациенток после СР было несколько меньше, чем количество родильниц после операции КС (по 46±3,7% и 54±3,7% соответственно).

Жалобы, с которым пациентки были госпитализированы в стационар, наступали в среднем на 10,83 [1;42] (9,85;11,89) сутки позднего послеродового периода, при этом следует отметить преобладание стертой формы послеродового эндометрита (36,69%), при котором лишь в трети случаях диагностировалась болезненность матки при пальпации (34,3%), кровянистые выделения из половых путей (в 35,3%). Следует отметить, что лишь в 29,37% случаев (n=131) пациентки переводились с ГВПЗ из родильных домов, в остальных случаях (70,63%) – были госпитализированы из дома машиной скорой помощи или самообращением в стационар (n=315).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, за последние десятилетия клиническая картина гнойных послеродовых заболеваний радикально изменилась в сторону стертых вялотекущих проявлений, при которых жалобы и симптомы не коррелируют с выраженностью морфологических изменений в очаге воспаления, при этом клинические проявления классических форм послеродового эндометрита встречается лишь у трети больных.

Большее количество ГВПЗ диагностируется у женщин, родоразрешенных путем операции КС, при этом ведущую роль в структуре ГВПЗ занимает эндометрит, на который приходится до 40% всех случаев послеродовых осложнений. Несмотря на большое количество факторов риска развития послеродового эндометрита, тем не менее лидирующую позицию занимает КС, несмотря на использование современного шовного материала и легитимные схемы антибиотикопрофилактики и терапии.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС В I ТРИМЕСТРЕ КАК ПРЕДИКТОР ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России
Смоленск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патологическая прибавка веса при беременности является фактором риска гестационного сахарного диабета, поздней преэклампсии, макросомии плода, многоводия. В генезе чрезмерного увеличения массы тела важное значение могут иметь генетические, демографические, гормональные факторы. В последние годы появились отдельные статьи о влиянии тиреоидной функции на вес в гестаци-

онный период. Более высокий уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и гипотиреоз у беременной женщины связаны с увеличением риска чрезмерной гестационной прибавки веса. При повышении уровня свободного тироксина (Т4св) и гипертиреозе наблюдается противоположный эффект. Однако остаются не до конца исследованными вопросы влияния тиреоидного статуса на массу тела женщины при эутиреоидном состоянии.

ЦЕЛЬ

Изучить связь между функцией щитовидной железы в I триместре и гестационной прибавкой веса у беременных без ожирения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одноцентровое проспективное неинтервенционное исследование были включены 144 беременные женщины в возрасте от 18 до 44 лет с нормальной прегравидарной массой тела. Критерии включения: здоровые беременные женщины в возрасте от 18 до 44 лет, срок беременности до 12 недель гестации, одни одноплодные роды в анамнезе, прегравидарный индекс массы тела 18,5–24,9 кг/м2, согласие пациентки на участие в исследовании. Критерии невключения: указания на сопутствующую соматическую патологию, в том числе манифестный сахарный диабет, выявленные до беременности заболевания щитовидной железы, многоплодная беременность. Все пациентки в выборке были разделены на 3 группы по значению гестационной прибавки веса (ГПВ) с учетом прегравидарного индекса массы тела (ИМТ) в соответствии с критериями Американского Института медицины (Institute of Medicine (IOM). Группу с чрезмерной ГПВ составили 46 пациенток, с нормальной – 78, с недостаточной – 20. Клинико-лабораторное обследование включало измерение уровней ТТГ, Т4св крови в I триместре беременности, а также определение значения гестационной прибавки веса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнении уровней Т4св крови в I триместре беременности в 3 исследуемых группах были выявлены статистически значимые различия. Самый низкий показатель медианы Т4св наблюдался среди женщин с чрезмерной ГПВ и составил 12 (10,5; 12,9) пмоль/л. Более высокие значения медианы Т4св зафиксированы в группах с нормальной и недостаточной ГПВ и составили 13,6 (12,3; 14,9) пмоль/л (p<0,001) и 15,7 (14,3; 17,5) пмоль/л (p<0,001), соответственно. Значения медианы Т4св крови в группах с недостаточной и нормальной ГПВ также статистически значимо различались (p<0,001). Самое низкое среднее значение ТТГ, напротив, наблюдалось среди женщин с недостаточной ГПВ и составило 0,95 (0,412) мМЕ/л. Среди пациенток с нормальной и чрезмерной ГПВ среднее значение данного гормона было выше и составило 1,53 (0,713) мМЕ/л (t = 4,313, df = 51,8, p = 0,0001) и 1,9 (0,737) мМЕ/л (t = 6,295, df = 59,8, p<0,0001), соответственно. Средние значения ТТГ в двух указанных группах также имели статистически значимые различия (t = 2,74, df = 122, p = 0,007). При проведении корреляционного анализа выявлена обратная и средней силы зависимость между уровнем Т4св крови и увеличением массы тела в период беременности (rs = -0,43, 95% ДИ: -0,554; -0,286, p<0,0001). При расчете линейного коэффициента корреляции Пирсона между уровнем ТТГ крови и значением ГПВ выявлена слабая прямая связь (rp = 0,261, 95% ДИ: 0,407; 0,102, p=0,002). Также было решено произвести ROC-анализ для оценки диагностической значимости измерения уровней Т4св и ТТГ крови в I триместре беременности для выявления чрезмерной ГПВ. Использование данных показателей обладало диагностической ценностью (p<0,001). Площадь под ROC-кривой для Т4св составила 0,730 (95% ДИ: 0,649–0,800), что свидетельствует о хорошем качестве выбранной модели. Пороговый уровень Т4св составил 13 пмоль/л со специфичностью 71,4% (95% ДИ: 61,4–80,1) и чувствительностью 78,3% (95% ДИ: 63,6–89,1). Прогностическая ценность положительного результата невысокая и составила 56,2% (95% ДИ: 47,6–64,6). Прогностическая ценность отрицательного результата – 87,5% (95% ДИ: 80,0–92,5). При изучении значимости измерения ТТГ в I триместре беременности для диагностики чрезмерной ГПВ площадь под ROC-кривой составила всего 0,676 (95% ДИ: 0,593–0,752), что свидетельствует о среднем качестве данной модели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тиреоидный статус беременной женщины в I триместре связан с уровнем гестационной прибавки веса у пациенток с нормальной массой тела даже при эутиреоидном состоянии. Дальнейшее изучение обозначенной темы может быть использовано в индивидуализации рекомендаций для профилактики чрезмерного гестационного увеличения веса.

ВАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ОБЩЕЙ И ФЕТАЛЬНОЙ ДНК В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Грачева М.И., Мирзабекова Д.Д., Тютюнник В.Л., Красный А.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия является полиорганным нарушением, возникающим на ранних стадиях беременности и ведущим к большому числу случаев материнской заболеваемости и смертности. В результате патологических изменений, наблюдаемых в развитии преэклампсии, включающих недостаточную инвазию трофобласта, плацентарную ишемию и васкулит, страдает не только мать, но и развивающийся плод. Оценка степени неблагополучия плода – важная клиническая задача при ПЭ. Однако, на сегодняшний день нет надежного специфичного, экономически эффективного скринингового теста преэклампсии, и нет эффективных мер по первичной профилактике. Одним из перспективных маркеров повреждения плода при ПЭ может быть уровень фетальной внеклеточной ДНК (фвДНК) в материнской крови.

ЦЕЛЬ

Определить взаимосвязь уровней общейвнеклеточной (овДНК) и фетальной ДНК (фвДНК) в крови беременных со степенью тяжести преэклампсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено исследование «случай – контроль», в которое была включена 181 беременная. В зависимости от исхода беременности и родов, пациентки разбивались на две группы. В I группу вошло 97 беременных с манифестацией ПЭ на сроках от 26 недель до 40 недель 6 дней, во II – 84 условно здоровых беременных без развития ПЭ. Был выполнен анализ клинических данных, особенностей протекания данной беременности и её исходов для матери, плода и новорожденного. Все пациенты наблюдались в научно-поликлиническом отделении и были родоразрешены в акушерском отделении ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

Критерии включения – одноплодная беременность, добровольное информированное согласие на участие в научном исследовании. Критерии исключения: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, пороки развития плода. Все беременные женщины, включённые в исследование, были обследованы по стандартной утвержденной схеме.

Для количественного определения овДНК и фвДНКбыло собрано по пять мл периферической крови беременных женщин в вакуумные пробирки, содержащие ЭДТА, и обработаны в течение часа после забора. Уровень овДНК был оценен количественным ПЦР-анализом путем определения концентрации промотора гена RASSF1A. Оценка уровня фвДНК основана на данных о том, что в геноме плода промотор гена RASSF1A гиперметилирован, и, соответственно, концентрация его гиперметилированнойчасти в крови матери будет соответствовать количеству геномных эквивалентов фвДНК.

В работе использованы общеклинические и молекулярно – генетические методы исследования. Статистическую обработку проводили с использованием пакета статистического анализа для Microsoft Office Excel 2007 и пакета MedCalc12 для Windows.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования были получены данные, демонстрирующие корреляцию между уровнем фвДНК и овДНК с ПЭ (p=0.004). Анализ оценки площади под ROC – кривой показал следующие результаты: чувствительность составила 89,4%, специфичность – 93,7%, при уровне концентрации овДНК – 2873 ГЭ/мл (AUC=0.924, 95% доверительный интервал – 0.83; 1.0). При значении концентрации фвДНК 277 ГЭ/мл (AUC=0.868,95% доверительный интервал – 74.7; 99), чувствительность составила 73,6%, специфичность – 87,5%. Таким образом, увеличение уровней фвДНК и овДНК в крови матери ассоциировано с ПЭ. Однако, уровень овДНК по сравнению с фвДНК обладает лучшими диагностическими характеристиками для выявления ПЭ и оценки тяжести состояния беременной и плода.

Анализ уровня овДНК в сыворотке крови беременных с учетом тяжести ПЭ показал, что при умеренной ПЭ ее уровень составил 5820 ГЭ/мл

(p=0,01). У пациенток с тяжелой ПЭ – 6780 ГЭ/мл (p=0,01).

Полученные данные указывают на перспективность прогностического использования определения уровня овДНК в сыворотке беременных с целью прогнозирования тяжести ПЭ. Последующие исследования в данном направлении позволят применять овДНК для подбора персонифицированных схем терапии ПЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие преэклампсии ассоциировано с увеличением уровней овДНК и фвДНК, при этом овДНК обладает лучшими диагностическими характеристиками для верификации ее тяжести.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ЗА И ПРОТИВ

Григорьева О.А., Беженарь В.Ф.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Клиника акушерства и гинекологии

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с известной современной тенденцией сдвига дебюта хронических заболеваний на более юный возраст хроническая болезнь почек (ХБП) всё чаще встречается у беременных женщин и пациенток, которые активно планируют беременность (Никольская И.Г., 2019). Согласно мировой статистике, частота встречаемости ХБП при беременности составляет от 3 – 4% до 6%. Беременность на фоне ХБП сопровождается высоким риском развития преэклампсии (ПЭ), преждевременных родов, рождения детей с задержкой роста и развития. Остается неизвестной степень влияния ведущего заболевания на исходы беременности и родов у пациенток с ХБП.

ЦЕЛЬ

Провести статистический анализ данных, касающихся репродуктивной функции женщин с ХБП. Оценить возможности реализации репродуктивных планов, исходы гестации в зависимости от стадии заболевания, а также проблемы ведения беременности у данных пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведен ретроспективный анализ 51 истории родов пациенток с ХБП, которые находились под наблюдением и были родоразрешены в клинике акушерства и гинекологии ПСПбГМУ имени И. П. Павлова МЗ РФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил 32±5,2 года. 43 (84,3%) пациентки описывали свой менструальный цикл как регулярный. Наличие нерегулярного менструального цикла не зависело от стадии заболевания. Хронической болезнью почек первой стадии страдали 29 (56,8%) женщин, 7 (13,7%) – второй, 8 (15,7%) – третьей, 4 (7,8%) – четвертой, 3 (5,9%) – пятой. Наиболее частыми патологиями, приводящими к ХБП, были аномалии развития мочевыделительной системы, хронический гломерулонефрит и хронический пиелонефрит. ПЭ развилась в 13 (25%) случаях, что значительно выше, чем в общей популяции. Умеренная ПЭ возникла у 8 (61,5%) беременных, тяжелая ПЭ – у 5 (38,5%). Срок родоразрешения в среднем составил 38 нед 3 дня. 5 (10%) пациенток с ХБП 3 – 5 стадий были родоразрешены преждевременно на сроках от 23 до 36 недель беременности. У каждой из них развилась тяжелая ПЭ, которая повлекла за собой преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (20%), задержку внутриутробного роста плода с выраженными гемодинамическими нарушениями в плодово-плацентарном кровотоке (60%), что послужило поводами для досрочного родоразрешения. В среднем длительность наблюдения у нефролога на момент беременности составляла 13,8 лет, однако более чем в половине случаев беременность была незапланированная, что говорит о недостаточной степени взаимодействия нефрологов и акушеров-гинекологов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременность у женщин с ХБП продолжает относиться к группе высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений вне зави-

симости от стадии заболевания. Планирование беременности, дородовое консультирование, слаженная работа междисциплинарной команды являются ключом к успешному ведению беременности и её исходам в таких сложных и уникальных случаях.

СРОК НАСТУПЛЕНИЯ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА. РЕШАЕМАЯ ИЛИ НЕРЕШАЕМАЯ ЗАДАЧА

Демидов В.Н., Машинец Н.В., Вахтеркина К.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Точное определение времени наступления зрелости плода имеет важное практическое значение особенно в случае необходимости досрочного родоразрешения при наличии как у беременной, так и у плода различной серьезной патологии. В настоящее время акушеры в своей практической деятельности за зрелый принимают плод, достигший 37 недель. Однако, такой подход является чисто умозрительным, носит вненаучный и субъективный характер. В связи с этим, учитывая полное отсутствие информации по данному вопросу, мы решили попытаться восполнить этот пробел.

ЦЕЛЬ

Установить реальные сроки наступления зрелости плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалами и методами исследования явились анализ литературных данных и наших многолетних исследований, отражающих различные аспекты развития плода. Начиная с 25 нед., мы решили изучить динамику изменения различных показателей отражающих жизнедеятельность плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенных исследований впервые в мировой практике установлены реальные сроки наступления зрелости плода.

Первое на что мы ещё ранее обратили внимание, это то, что скорость роста массы плода в процессе развития беременности носит не однонаправленный, а разнонаправленный характер. Первоначально она непрерывно растет, достигая своего максимума к 33–35 нед., а затем резко снижается к её концу.

При изучении характера роста плода было установлено, что, начиная со второго триместра он постоянно растет на одну и туже величину в неделю. В 33–35 нед. рост его резко возрастает и затем быстро возвращается к исходному уровню. Скорость роста, предложенного нами ранее интегрального показателя развития плода постоянно каждую неделю растет на одну и туже величину. Достигнув в 34 недели своих максимальных значений, скорость роста этого показателя до конца беременности постоянно снижается на несколько меньшую, но также постоянную величину.

Плацентарный лактоген достигает максимальных значений к 33–34 неделям беременности, а затем существенно снижается к её концу. Скорость роста эстрадиола возрастает до 35–36 нед., а затем стабилизируется до конца беременности на цифрах, установленных в этих сроках.

Проведенный нами тщательный опрос пациентов, относительно двигательной активности плода показал, что наибольшей выраженности у подавляющего большинства плодов она достигает в 33–35 недель беременности, а затем существенно снижается к её концу. Несколько меньшая активность отмечена при анализе появления икоты плода (которая, как показали, проведенные нами исследования является важным показателем его развития). Она также наиболее часто встречается в 33–35 недель и практически полностью исчезает к её концу.

Сурфактант, как известно, во многом определяет функцию легких и, следовательно, жизнеспособность плода. Он начинает расти с 24 недель и достигает необходимых оптимальных значений к 33 неделям беременности.

К этому следует добавить, что яичко плода опускается в мошонку в эти же сроки беременности – в 33–34 недели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из представленных здесь данных, отражающих развитие плода, концептуально с позиции теории вероятности столь выраженное и синхронное на восьмом месяце беременности (в 33–35

недель) возрастание самых различных показателей, с нашей точки зрения, нельзя рассматривать как случайное явление, а, очевидно, следует трактовать как важный этап его развития. А именно – как этап формирования зрелости плода. Заметное снижение практически всех исследуемых нами показателей в последние месяцы беременности следует связывать с некоторым уменьшением жизненных потребностей плода в связи с наступлением его зрелости. Об этом косвенно свидетельствует тот факт то, что на восьмом месяце беременности плод имеет массу тела на 600–800 грамм меньше, чем на девятом. Тем не менее показатели перинатальной смертности у них в основном бывают близки по значению.

Полученные результаты будут способствовать выбору наиболее оптимальных сроков родоразрешения плода.

КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО (КАПРЛ) – ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО ТЕЧЕНИЯ У ПЛОДА И ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Тимошина И.В., Машинец Н.В., Филиппова Е.А., Козлова А.В.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие пренатальной диагностики врожденных пороков развития вызвало рост выявления плодов с КАПРЛ. Недостаточные знания профильных специалистов об особенностях пренатального течения и постнатальных проявлений порока влекут неадекватное информирование будущих родителей и категоричные рекомендации о прерывании беременности, что вызывает психические травмы беременных женщин и семейные трагедии. В то же время современный уровень диагностики и оказания хирургической помощи пациентам раннего возраста с аномалиями легких обеспечивают нормальные рост и развитие детей в подавляющем большинстве случаев.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности внутриутробного развития и оценить исходы беременностей плодами с КАПРЛ, подтвердить благоприятный прогноз жизни детей, обосновать объем постнатального обследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2010 по 2021 гг. на пренатальный консилиум обратились 516 беременных с КАПРЛ у плода. Первичный эхографический диагноз порока легкого устанавливали во II триместре беременности, динамику оценивали в III триместре (447 случаев). После рождения ребенка проводили обследование для уточнения диагноза (УЗИ, рентгенография органов грудной клетки, МСКТ или МРТ с контрастированием) с последующим хирургическим лечением при наличии показаний. Катамнестические осмотры и обследования выполняли для оценки особенностей роста и развития детей, а также динамики изменений строения легких.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее часто пороки легких диагностированы на сроках 20–22 недели гестации (96,7%), наблюдали повышение эхогенности легкого (100%), кисты (71,9%), увеличение размеров легкого и смещение средостения в контралатеральную сторону (81,4%). Небольшие и средние кисты до 5 см встречались чаще (95,5%), чем гигантские (4,5%). Водянка плода выявлена в 3,1% случаев. При динамическом наблюдении неизменные данные установлены в 18,1%, улучшение – 79% наблюдений, в том числе в 19,5% отмечено полное исчезновение ранее выявляемых признаков. Отрицательная динамика выявлена у 2,9% плодов. Родоразрешение в Центре проведено у 392 беременной, родились живыми 392 ребенка, также известны данные о 9 детях, рожденных в других учреждениях. Клинические признаки дыхательной недостаточности после рождения установлены в 9,5% наблюдениях. Диагноз подтвержден в 94,3% всех случаев, в том числе у 92% среди «исчезнувших» на поздних сроках развития пороков. Другие заболевания обнаружены у 2%, совершенно здоровыми родились 3,7% детей. Хирургическое лечение по поводу врожденного порока развития легочной ткани в периоде новорожденности и раннем возрасте

выполнено 85,2% детям. В 12,8% наблюдений была избрана консервативная тактика – в связи с небольшими размерами поражения легочной ткани и отсутствием клинических признаков дыхательной недостаточности. В остальных наблюдениях оперативное вмешательство не выполнено в связи с тяжестью состояния – у 2% детей (пациенты с неиммунной водянкой плода, а также дети с сочетанной врожденной диафрагмальной грыжей). Хирургические вмешательства у 96% детей были выполнены миниинвазивным торакоскопическим доступом. Послеоперационная летальность составила 0,6%. Хирургическое лечение было эффективным у 99,4% детей. Они выписаны домой. Рост и развитие соответствуют возрасту по данным катамнестического наблюдения длительностью от 1 месяца до 11 лет. Таким образом, положительный результат беременности и лечения новорожденных мы наблюдали в 96,6% наблюдениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ультразвуковая картина изменений легкого наиболее типична и информативна во II триместре беременности, однако значительные размеры пораженной легочной ткани в этих сроках не являются прогностическими признаками неблагоприятного прогноза, требуют динамического наблюдения и консультаций профильных специалистов. Редким, но серьезным осложнением беременности при КАПРЛ является развитие неиммунной водянки плода, значительно ухудшает прогноз, однако в настоящее время разрабатываются способы лечения данного состояния, в том числе с помощью фетальных хирургических вмешательств. В целом, врожденные КАПРЛ у плода являются прогностически благоприятными при своевременной диагностике и лечении ребенка. Особое внимание обращаем на тот факт, что отсутствие ранее выявленных признаков порока при исследованиях в III триместре беременности не являются свидетельством выздоровления плода, новорожденные дети в обязательном порядке должны быть обследованы.

НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫЙ РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ – ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТРОПЛАСТИКОЙ В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ

Земскова Н.Ю., Чечнева М.А., Лукашенко С.Ю., Буянова С.Н., Щукина Н.А.

ГБУЗ МО «МОНИИАГ»
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота оперативного родоразрешения в настоящее время достигает – 25–40%, при последующей беременности возникают проблемы вынашивания плода, связанные с наличием рубца на матке. Актуальность нашей работы связана с недостаточностью объективных методов оценки рубца на матке после кесарева сечения (КС) и дискутабельности вопроса целесообразности метропластики в прегравидарном периоде.

ЦЕЛЬ

Определить оптимальные сроки для оценки состояния рубца на матке. Определить эффективность метропластики в прегравидарном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Начиная с I триместра обследованы 94 беременные: 1 группу составили 14 женщин, которым по поводу несостоятельного рубца после КС в прегравидарном периоде выполнена метропластика, 2 группу – 80 беременных с тонким рубцом на матке после КС (сохранным (остаточным) миометрием в зоне рубца менее 2 мм, вплоть до полного отсутствия миометрия на отдельных участках). Трансабдоминальное и/или трансвагинальное УЗИ проводилось в ГБУЗ МО МОНИИАГ на 6–12, 13–20, 21–29, 30–36 и 37–40 неделях гестации на аппаратах VOLUSON E 10 SAMSUNG MEDISON HS70A,. Данные ультразвукового мониторинга беременных и исходы беременности были внесены в компьютерную программу и проанализированы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациенток 1 группы составил (медиана и квартили) – 34 (31; 35) года; 2-ой группы – 31 (29; 35) год. Количество кесаревых сечений в анамнезе в 1 группе: 1 – у 7 (50%) пациенток, 2 – у 7 (50%); во 2 группе: 1 – у 43 (53,7%), 2 – у 30 (37,5%), 3 – у 7 (8,8%). Давность КС в 1 группе в среднем

составила 3 (2; 7), во 2 группе – 3 (2; 5)года. Течение беременности у пациенток с метропластикой в анамнезе: исходная толщина миометрия в I триместре составила 3,4 (1,75; 5,7) мм, у 2 пациенток наблюдалось истончение рубца менее 1 мм в сроки до 30 недель беременности, у 3 – после 30 недель, у 9 беременных истончения рубца не было отмечено. Толщина миометрия перед родоразрешением составила 1,1 (0,5; 1,9) мм. Исходы в данной группе благоприятные: КС при доношенном сроке беременности у всех 14 пациенток, у одной из них – с повторной метропластикой. Перинатальных потерь не было. Во 2 группе в I триместре толщина сохранного миометрия составила 1,3 (1; 1,8) мм, вплоть до полного отсутствия миометрия на отдельных участках. Отмечено раннее «истощение» минимального резерва миометрия, которое коррелировало с продолжительностью гестации и исходами: у 23 (28,8%) женщин беременность была прервана в сроки до 22 недель по жизненным показаниям (беременность в рубце, угроза разрыва и начавшийся разрыв матки, ПОНРП, кровотечение, врастание плаценты в рубец и мочевой пузырь). Толщина остаточного миометрия на момент прерывания беременности составила 0,1 (0,1; 0,9) мм ($p<0,05$). Метропластика выполнена 19 из 23 пациенток ($p<0,05$), гистерэктомия – 3 (в 18, 19, 21 недель беременности). Из 57 пациенток данной группы с прогрессирующей беременностью у 19 (33,3%) наблюдалось истончение рубца (менее 1 мм) в сроки до 30 недель беременности, у 24 (42,1%) – после 30 недель, и только у 14 (24,6%) истончения рубца не было. Толщина сохранного миометрия перед родоразрешением составила 0,7 (0,1; 0,95) мм. Родов через естественные родовые пути не было. Всем 57 пациенткам выполнено повторное КС. Метропластика при родоразрешении выполнена 5 пациенткам, гистерэктомия – 6 (в сроки 30; 31; 34; 34,5; 37; 37) недель беременности, при этом радикальные операции выполнялись только в тех случаях, когда технически реконструкцию матки осуществить было невозможно (обширные зоны рубцовой ткани, обширная деструкция перешейка и шейки вследствие врастания плаценты, атоническое кровотечение).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее благоприятным периодом для оценки состояния рубца после КС следует признать этап прегравидарной подготовки. В случае выявления истмоцеле, полного отсутствия остаточного миометрия метропластика решает проблему сохранения последующей беременности.

Работа выполнена по государственному заданию НИИСИ РАН, тема 0580–2022-0007.

КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КАК БАЗОВЫЙ КОМПОНЕНТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

Зуморина Э.М., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Азаматов А.Р.

Самарский Перинатальный центр СОКБ им. В.Д. Середавина, г. Самара
Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что беременность является естественной моделью «синдрома инсулинорезистентности (ИР)», при этом закономерности формирования неосложненной гестации выступают патогенетическими предпосылками развития преэклампсии. Направленная догестационная подготовка, сдерживающая развитие патологической ИР, позволит нивелировать частоту реализации ПЭ и ее тяжелых форм, ассоциированных с ней гестационных и перинатальных осложнений.

ЦЕЛЬ

Учитывая ключевую роль патологической ИР в реализации ПЭ, обосновать новый подход к профилактике данного осложнения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентки высокого риска по ПЭ составили две группы: I – 96 женщин, отказавшихся от превентивных мер, II – 98 пациенток, получавших в течение 4 мес. до наступления беременности метформин (по 500 мг 2 раза в день, внутрь, после еды); на антенатальном этапе – карбогенопрофилактику (4 курса с интервалом 4 недели). Контрольная III группа – 30 здоровых женщин, с физиологическим течением беременности. Клинико-лабора-

торное обследование, проведенное в 11–14, 18–21 и 30–34 нед. беременности, включало определение: глюкозы венозной плазмы, инсулина, HOMA-IR, ФНО-α, СРБ, циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), агрегации тромбоцитов, плацентарного лактогена (ПЛ), фактора роста плаценты (ФРП) и ПАМГ-1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота реализации ПЭ составила: в I группе – 48,9% (47/96), из которых у 63,8% (30/47) беременных имели умеренную ПЭ, 36,2% (17/47) – тяжелую; во II группе – 9,2% (9/98) (χ^2=35,5, p<0,001), тяжелой ПЭ во II группе не было. Частота ранней ПЭ у пациенток I и II групп составила 32% (15/47) и 22,2% (2/9), поздней ПЭ – 68% (32/47) и 77,8% (7/9) — соответственно.

Роль патологических ИР и ГИ в патогенезе ПЭ подтверждена статистически значимым нарастанием HOMA-IR и инсулина у беременных I группы по сравнению с показателями III группы (p<0,001). Гликемия во всех трех группах была в пределах нормы. В I группе повышение ПАМГ-1 и ПЛ, в сравнении с контролем, отражает участие данных контринсулярных факторов в усилении патологических ИР и ГИ, чему также способствует увеличение ФНО-α в 2,3 раза и СРБ в 2,0 раза. Кроме того, в I группе обнаружено значимое повышение ЦЭК в 1,8 раза и агрегации тромбоцитов с коллагеном в 1,3 раза со 2 триместра, по сравнению с контролем. Статистически значимое снижение ФРП в I группе характеризует усиление антиангиогенных изменений при ПЭ.

У пациенток II группы отмечено снижение уровня инсулина в 1,3 раза, HOMA-IR в 1,2 раза, ПЛ в 1,9 раз, ПАМГ-1 в 1,8 раз, СРБ в 1,8 раз, ФНО-а в 2,0 раза с 1 триместра, относительно пациенток I группы. Кроме того, нами не было зарегистрировано нарастания ЦЭК, агрегации тромбоцитов, что говорит о протективном действии этапной превентивной терапии на сосудисто-тромбоцитарное звено. В пользу эффективности профилактических мероприятий, включающих метформин у женщин группы высокого риска ПЭ и преддиабетом в качестве догестационной подготовки и карбогенопрофилактику на антенатальном этапе, свидетельствует отсутствие статистических различий патогенетически значимых параметров с контролем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделение базовой роли патологических ИР и ГИ в развитии ПЭ позволило обосновать применение разработанной этапной профилактики ПЭ и тем самым снизить частоту ее реализации в 5,3 раза за счет снижения ПЭ с ранним дебютом и тяжелой степени.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Касатикова П.А.

ПетрГУ

Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

С точки зрения современной медицины «поздними родами» считаются первые роды женщины старше 35 лет. Сейчас женщин после 35 лет называют «возрастными первородящими», а роды в 40 лет перестают быть чем-то из ряда вон выходящим. Изучение течения беременности и родов у первородящих старшего возраста вызывает всё больший интерес. Это связано с тем, что с возрастом у первородящих женщин старше 35 лет появляются различные соматические и гинекологические заболевания, на фоне которых состояние здоровья женщины ухудшается и это может привести к осложненному течению беременности и родов. В свою очередь, повышается риск развития патологий плода, а также, повышается риск смертности как матери, так и плода.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности течения беременности и родов, а также перинатальных исходов у первородящих женщин старшего репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ историй родов за 2021 год у 103-х первородящих женщин старшего репродуктивного возраста. Исследование было проведено на базе ГБУЗ РК «Республиканский перинатальный центр» г. Петрозаводска.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство пациенток были в возрасте 35–36 лет (40%), в возрасте 37–38 лет – 31%, в возрасте 39–40 лет – 18%, в возрасте 41–42 года – 7% и в возрасте 43–44 лет – 4%. Первая беременность была у 55% пациенток, вторая – у 24%, третья – у 14%, четвертая и более – у 7%. Среди гинекологических заболеваний наиболее часто имело место бесплодие (у 70% пациенток) и миома матки (у 17%). Из всех пациенток с бесплодием 51% составило первичное бесплодие, 49% – вторичное. Из соматической патологии наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (45,6%), заболевания органа зрения (45,6%), хроническая герпетическая инфекция (40,7%), заболевания желудочно-кишечного тракта (29,1%), заболевания нервной системы (25,2%), заболевания щитовидной железы (24,3%), заболевания мочевыделительной системы (22,3%) и ожирение (15,5%). Беременность наступила спонтанно у 69% пациенток, в результате применения методов ВРТ – у 31% пациенток. При изучении течения беременности выявлено, что без осложнений беременность протекала у 41% пациенток. Гестационный сахарный диабет диагностирован у 36% беременных, анемия у 24% беременных, артериальная гипертензия у 10%, преэклампсия умеренная и тяжелая у 8,6%, холестаз беременных у 1%. Многоплодная беременность была у 3% пациенток. Срочные роды произошли у 89% пациенток, преждевременные – у 10%, запоздалые – у 1%. В 53% случаев роды завершены путем операции кесарева сечения (из них 56% планово, 44% – срочно), в 47% случаев произошли роды через естественные родовые пути. Роды начались спонтанно у 59% беременных, индуцированными были 41% родов. При ведении консервативных родов амниотомия выполнена в 22% случаев, родовозбуждение потребовалось в 15% случаев, родостимуляция в 20%, перинеотомия выполнена в 35% родов. Родились 54% девочек и 46% мальчиков. Большинство детей имели удовлетворительное состояние, только у 3% диагностирована умеренная или тяжелая асфиксия при рождении. Наиболее часто вес новорожденных составил 2500–3999 гр (86%), вес менее 2500 гр имели 6% новорожденных, более 4000 гр – 8% новорожденных. Никаких заболеваний новорожденные не имели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам исследования среди гинекологической патологии у первородящих старшего возраста наиболее часто встречались бесплодие и миома матки. Отмечена высокая частота соматической патологии. У превалирующей части женщин беременность наступила спонтанно. У половины исследуемых пациенток данная беременность была первой. Роды почти в 90% случаев произошли в срок. Процентное соотношение родоразрешения операции КС и консервативных родов примерно одинаковое. Большинство новорожденных родились без асфиксии, в основном с нормальной массой тела и без тяжелой патологии. Таким образом, чем старше первородящая женщина, тем выше частота встречаемости соматических и гинекологических заболеваний. Эти заболевания, в свою очередь, приводят к более осложненному течению беременности и родов, высокой частоте оперативного родоразрешения. Своевременно и правильно выбранная тактика родоразрешения позволила избежать неблагоприятных акушерских и перинатальных потерь. Первородящие женщины старшего репродуктивного возраста на прегравидарном этапе должны быть обследованы с учетом гинекологического, акушерского анамнеза и соматической патологии. При наступлении беременности они должны быть отнесены в группу риска по невынашиванию, преэклампсии и оперативному родоразрешению.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА GLIS1 С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Ижойкина Е.В., Гавриленко М.М., Куценко И.Г., Степанов И.А., Трифонова Е.А., Степанов В.А.

Научно-исследовательский институт медицинской генетики Томского НИМЦ

Сибирский государственный медицинский университет

ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко»

Томск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре осложнений беременности важное место занимает задержка роста плода (ЗРП). ЗРП имеет гетерогенную природу и является результатом воздействия различных факторов материнского, фетального и плацентарного происхождения. В настоящее время не вызывает сомнений значимая роль наследственных факторов в структуре причин ЗРП, в том числе генетических факторов матери. Для расчета индивидуального риска в первом триместре беременности используется программа «astraia». Путем исследования показателей пульсационного индекса маточных артерий, уровня PAPP-A в сыворотке крови в совокупности с оценкой акушерско-гинекологического анамнеза женщины, программа позволяет заподозрить высокий риск ЗРП в данную беременность. Однако этот подход не обладает достаточно высокой прогностической значимостью. Таким образом, возникает необходимость поиска новых методов и возможных маркеров осложненного течения беременности.

ЦЕЛЬ

Провести анализ ассоциации с ЗРП и вариабельностью диагностических показателей программы astraia полиморфных маркеров (tagSNP) гена GLIS1, кодирующего ключевой регулятор экспрессии плацентарных генов, связанных с осложненным течением беременности по результатам полногеномного исследования транскриптома плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Суммарный объем выборки составил 437 человек, которые согласно течению и исходам беременности были разделены на группу беременных с ЗРП (N=84 чел.) и контрольную группу с физиологическим течением беременности (N=353 чел.). Клиническое обследование беременных проводилось на базе ОГАУЗ «Родильный дом №4» и ОГАУЗ «ОПЦ им. И.Д.Евтушенко» г. Томска. В программе astraia каждой беременной был выполнен расчет риска развития осложнений. Выделение ДНК осуществлялось фенол-хлороформной экстракцией. Идентификация ключевых молекул мастер-регуляторов реализовывалась на платформе «GeneXplain». Генотипирование проводили методом MALDI-TOF масс-спектрометрии на платформе “Sequenom MassARRAY4”. Для оценки ассоциаций tagSNP с развитием ЗРП использовался критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса, а также был рассчитан показатель отношения шансов. Связь изучаемых полиморфных маркеров с клинико-лабораторными показателями оценивалась с помощью H-критерия Крускала-Уоллеса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучены 8 tagSNP гена мастер-регулятора GLIS1: rs12723911, rs2141079, rs2986655, rs1879733, rs1880861, rs7519965, rs12405835, rs7542387. Из них 2 полиморфных маркера показали статистически значимую ассоциацию с показателями из программы astraia. Маркер rs1880861 гена GLIS1 ассоциирован как с риском развития ЗРП (H=4.023, p=0.045), так и со сроком родоразрешения (H=6.401, p=0.041), а аллельный вариант rs7542387 этого же гена связан только с риском возникновения ЗРП (H=7.153, p=0.028).

О физиологических функциях выбранного нами гена мастер-регулятора в процессе беременности известно мало. Однако выявлено, что продукт гена GLIS1 является транскрипционным фактором, ключевая роль которого состоит в регуляции экспрессии генов, связанных с миграцией клеток и способностью к инвазии, путем ослабления клеточной пролиферации. Следовательно, можно предположить, что изученные нами полиморфизмы гена мастер-регулятора GLIS1 могут быть ассоциированы с повышенным риском нарушения плацентации, что в свою очередь обуславливает развитие ЗРП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выявленные новые генетические маркеры могут выступать в качестве дополни-

тельных предиктивных факторов риска возникновения задержки роста плода и преждевременных родов наряду с используемыми в клинической практике диагностическими критериями программы astraia.

ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Камилова Н.М., Мамедова Г.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства-гинекологии, Баку, Азербайджан
Баку

АКТУАЛЬНОСТЬ

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм патологии у беременных. Встречается у 5–30% беременных, и на протяжении последних десятилетий отмечается тенденция к увеличению ее распространенности. В период беременности артериальная гипертензия существенно влияет на ее течение и исход, является основной причиной перинатальных потерь и материнской смертности. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), гипертензивные осложнения занимают 3–4 место после тромбоэмболии, кровотечений, экстрагенитальных заболеваний среди причин смерти беременных. Развитие акушерских осложнений у беременных с артериальной гипертонией обусловлено не только комплексом биохимических, гормонально-обменных, но и водно-электролитными нарушениями.

ЦЕЛЬ

Сравнить уровни калия, натрия, магния и общего кальция в сыворотке беременных женщин с хронической артериальной гипертонией и гестационной артериальной гипертонией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 50 беременных с хронической артериальной гипертонией (ХАГ) с первого триместра гестации (I группа) и 30 беременных с гестационной гипертонией (ГГ) (II группа). Количественный элементный анализ сыворотки крови выполнен для 4-х элементов: кальций-Ca, калий- K, натрий-Na, магний-Mg методом атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (спектрометр ICP MS 7700e, Intertech. Corp., USA). Забор крови из локтевой вены осуществляли по стандартной методике утром натощак после 12 ч голодания. Полученные данные представлены как среднее ± стандартное отклонение (M ±SD).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастной состав наблюдавшихся беременных колебался от 20 до 37 лет (29,7± 1,6 лет). Обследуемые группы были сопоставимы по возрасту, социальному статус, семейному положению, акушерскому и гинекологическому анамнезу.

По данным биохимического анализа концентрация натрия в сыворотке крови в I триместре отмечалась в пределах нормы у 28% беременных с хронической артериальной гипертензией (139±1,2ммоль/л) и 143±0,5 у 73,3% беременных группы сравнения. Средняя концентрация калия в сыворотке крови в I триместре была в пределах нормы у 43% беременных с ХАГ (4,6± 0,8 ммоль/л) и у 56,6% беременных второй группы. Средняя концентрация магния в I триместре среди обследуемых первой группы была снижена в 48% (0,92 ± 0,3 ммоль/л) и у 36,6% пациенток второй группы. Содержания кальция в обеих группах в первом триместре было в пределах нормы. Во втором триместре показатели калия и магния в сыворотке крови снижается в обеих обследуемых группах. Концентрация калия у 76% беременных с ХАГ значительно снижен 2,8± 0,4ммоль/л, у 12%- 3,08±0,06 ммоль/л. У беременных с гестационной гипертензией в 83,3%- 3,7± 0,2 ммоль/л. Снижение концентрации магния ниже 0.8±0,3 ммоль/л наблюдалось у 65% обследуемых с ХАГ и 76,3% с ГГ. Концентрация натрия в 32% снижена (128±1,2 ммоль/л), среди 56% пациенток с ХАГ повышена (154±0,6ммоль/л). Средняя концентрация кальция снижается в обеих группах. Изучение В третьем триместре наблюдается снижение показателей Ca, K,Mg в обеих группах. Однако концентрация Na у 38% беременных с ГГ была повышена (153±1,6 ммоль/л).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволят обосновать необходимость проведения диагностики макро-и микроэлементов в прегравидарном периоде для своевременной коррекции метаболических нарушений.

Дальнейшее исследование дисбаланса электролитов у беременных с различными вариантами АГ позволят определить их роль в развитии сопутствующих осложнений.

ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИОННОГО ФОНА НА ОСНОВНЫЕ ФАЗЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Камилова Н.М., Алиев Ч.С., Сафарова С.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства-гинекологии, Баку, Азербайджан Баку

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проживание в регионе с повышенным радиационным фоном ведет к ухудшению здоровья населения, особенно женского, репродуктивная система которого чувствительна к экологическому неблагополучию. Анализ влияния радиационного фона на репродуктивную систему женщин позволяет принимать более обоснованные решения в области родовспоможения, охраны окружающей среды и может стать ориентиром в проведении медицинских профилактических мероприятий с учетом степени благополучия среды обитания.

ЦЕЛЬ

Провести клинико-анамнестическое обследование женщин, проживающих в регионах с низким радиационным фоном.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 150 женщин в возрасте 18–40 лет, которые были разделены на три группы- I группа- возраст 18–25 лет, IIгруппа- 26–30 лет, III группа- 31- 40 лет. У всех пациенток проведена сравнительная характеристика социально-демографических и клинико-анамнестические данных. Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (Ver. 10.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по исходной клинико – анамнестической характеристике. На основании анамнеза, жалоб и гинекологического осмотра женщин, включенных в исследование, оказалось, что были здоровыми лишь 17 (11,3%). У 44% обследованных были выявлены признаки гиперандрогении, что подтверждалось лабораторным показателем-повышение уровня экскреции 17-кетостероидов в суточной моче. При осмотре диагностировалось ожирение, стрии на коже, гирсутизм избыточный рост волос на конечностях, спине, лице, по белой линии живота, вокруг сосков. Также развиваются вегетативные нарушения: артериальная гипертензия, расстройства сна и терморегуляции. Нарушения менструального цикла встречались у 53 (35,3%) обследуемых. В структуре основных нарушений менструального цикла преобладали дисменорея (68%) и гиперменорея (41,5%). Опсоменорея достоверно чаще отмечена у женщин, постоянно проживающих в зоне воздействия малых доз радиации. Среди женщин, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, по сравнению с проживающими в радиационно чистых регионах, выявлена высокая частота воспалительных заболеваний женских половых органов (47%).Патология шейки матки отмечена у 42 (28%) женщин. Бесплодие имело место у 18 (12%). У 36 (24%) выявлена миома матки, у 10 (6,6%) – кисты яичников. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия встречалась достаточно часто у данной категории женщин 29 (19,3%).

В структуре гинекологических заболеваний на первом месте стоит миома матки, на втором – доброкачественные заболевания молочных желез. Также часто наблюдаются нарушения МЦ, бесплодие, опухоли и кисты яичника, хронический сальпингоофорит, воспалительные болезни шейки матки.

Среди экстрагенитальной патологии, согласно полученным данным, чаще отмечались инфекции мочевыводящих путей (хронические пиелонефриты) у женщин, постоянно проживающих на территориях с радиационным фоном. Анемии выявлены у 34,6% женщин В возрасте 18–27 лет чаще встречалась артериальная гипотония – 10%. Артериальная гипертензия отмечена у 22 (21,3%) женщин. Среди эндокринной патологии наиболее часто встречалась диффузная гиперплазия щитовидной железы, частота ее составила 21 (14%). Ожирение II степени выявлено у 28 (18,6%), III степени – у 9 (6%). Сахарный диабет I типа отмечен у 13 (8,6%) пациенток.

В регионах с низким радиационным фоном среди 37 беременных отмечались анемии у 81% пациенток, болезни мочеполовой системы – у 37,8%, гипертензивные состояния – у 29,7%, фетоплацентарная недостаточность- 64,8%, преждевременные роды – у 19%, рождение детей с низкой массой тела -29,7% и врожденными пороками развития -8,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В научной литературе можно найти утверждения как о положительном, так и об отрицательном влиянии пониженного радиационного фона, зависящие от дозы излучения или проникающего излучения. Следовательно, изучать проблему влияния радиационного фона на организм женщины во время пубертантного развития, беременности, необходимо комплексно, сочетая теоретические исследования с экспериментальными и эпидемиологическими.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Капустин Р.В., Коптеева Е.В., Алексеенкова Е.Н., Цыбук Е.М., Чепанов С.В., Шелаева Е.В., Аржанова О.Н.

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

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наличие сахарного диабета 1 типа (СД) во время беременности ассоциировано с увеличением риска развития преэклампсии (ПЭ). В основе патогенеза этих состояний лежат схожие патологические процессы. В связи с чем существующие скрининговые тесты раннего прогнозирования ПЭ не демонстрируют ожидаемых результатов у женщин с СД. Для данной категории пациенток необходимы новые модели предикции осложнений, в которых должны учитываться не только общие факторы риска и известные биомаркеры, но и характеристики углеводного обмена, которые оказывают влияние на ангиогенез плаценты.

ЦЕЛЬ

Создать многофакторную модель прогнозирования риска развития ПЭ у беременных с СД 1 типа при сроке 11+0 – 13+6 недель беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное, когортное, одноцентровое исследование, в которое были включены 74 пациентки с СД 1 типа. Изучалась совокупность анамнестических, биохимических и инструментальных факторов для определения риска развития ПЭ при сроке 11+0 – 13+6 недель гестации: возраст, наличие васкулопатий, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), среднее артериальное давление (САД), пульсационный индекс маточных артерий (ПИ МА), биохимические маркеры в сыворотке крови – отношение растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 к плацентарному фактору роста (sFlt-1/PlGF) и уровень растворимого эндоглина (sEng). Содержание sFlt-1 и PlGF определялось методом электрохемилюминисцентного анализа, sEng – методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием Prism 8-GraphPad.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С помощью метода бинарной логистической регрессии выведена формула расчета риска развития ПЭ: P = 1/(1+e^-z), где P— риск развития ПЭ (%); e — основание натуральных логарифмов; Z — стандартное уравнение регрессии; Z= – 152,189 + 1,016 × X1 + 0,268 × X2 + 0,095 × X3 + 0,088 × X4+ 4,284 × X5 + 24,769 × X6+ 12,558 × X7, где X1 – возраст беременной, полных лет; X2– уровень sFlt-1/PlGF; X3– уровень sEng, нг/мл; X4– уровень САД, мм рт. ст.; X5– уровень HbA1c; X6– наличие васкулопатий (наличие одного или нескольких сосудистых осложнений расценивается как 1, отсутствие – 0); X7– значение ПИ МА. AUC для полученного показателя составила 0,98 (95% ДИ 0,94 – 1), положительная прогностическая ценность – 75,9%, отрицательная – 91,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинация клинических, биохимических и биофизических маркеров развития ПЭ у пациенток с СД позволяет повысить прогностическую цен-

ность скрининговых исследований на ранних сроках гестации. Представленный способ высоко специфичен, не требует больших финансовых затрат и не является технически трудным. Его применение может повлиять на тактику ведения женщин с СД 1 типа и впоследствии снизить частоту неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов беременности.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Капустин Р.В., Коптеева Е.В., Алексеенкова Е.Н., Цыбук Е.М., Чепанов С.В., Шелаева Е.В., Аржанова О.Н.

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

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

При беременности, протекающей на фоне сахарного диабета (СД), распространённость гипертензивных осложнений достигает 40%. СД 2 типа зачастую сопровождают такие коморбидные состояния, как хроническая артериальная гипертензия (АГ) и ожирение, которые в еще большей степени увеличивают риск развития неблагоприятных исходов гестации. Важной особенностью течения АГ у беременных с СД 2 типа является стремительное и непредсказуемое прогрессирование АГ с переходом в преэклампсию (ПЭ). Поэтому для данной группы пациенток имеет особое значение раннее прогнозирование развития этого заболевания. Однако использование общепринятых факторов риска и биомаркеров не является высокоспецифичным для этого тестом.

ЦЕЛЬ

Создать многофакторную модель прогнозирования риска развития ПЭ у беременных с СД 2 типа при сроке 11+0 – 13+6 недель беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное, когортное, одноцентровое исследование, в которое были включены 80 пациенток с СД 2 типа. Изучалась совокупность анамнестических, биохимических и инструментальных факторов для определения риска развития ПЭ при сроке 11+0 – 13+6 недель гестации: возраст, индекс массы тела, наличие хронической артериальной гипертензии (ХАГ), среднее артериальное давление (САД), пульсационный индекс маточных артерий (ПИ МА), биохимические маркеры в сыворотке крови – отношение растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 к плацентарному фактору роста (sFlt-1/PlGF) и уровень растворимого эндоглина (sEng). Содержание sFlt-1 и PlGF определялось методом электрохемилюминисцентного анализа, sEng – методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием Prism 8-GraphPad.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С помощью метода бинарной логистической регрессии выведена формула расчета риска развития ПЭ: P = 1/(1+e^-z), где P– риск развития ПЭ (%); e – основание натуральных логарифмов; Z – стандартное уравнение регрессии; Z= – 38,047 + 0,04 × X1 + 0,167 × X2 + 0,01 × X3 + 2,322 × X4 + 0,161 × X5 + 0,172 × X6 + 5,267 × X7, где X1 – возраст беременной, полных лет; X2– уровень sFlt-1/PlGF; X3– уровень sEng, нг/мл; X4– хроническая АГ (наличие – 1, отсутствие – 0); X5– индекс массы тела, кг/м2; X6– уровень САД, мм рт. ст.; X7– значение ПИ МА. AUC для полученного показателя составила 0,94 (95% ДИ 0,84 – 1), положительная прогностическая ценность – 87,5%, отрицательная – 96,4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленная комбинация клинических, биохимических и биофизических маркеров делает возможным предикцию развития ПЭ у пациенток с СД 2 типа на ранних сроках гестации с высокой прогностической значимостью. Использование данной модели легко исполнимо и может дополнять проведение первого комбинированного скрининга. Получение высокого риска развития ПЭ позволит своевременно идентифицировать беременных и начать профилактику этого осложнения.

СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ И ИСХОДЫ РОДОВ

Карась И.Ю., Неретина А.В., Зинец М.С., Халимова А.С., Довбета А.А., Карасева Ю.А.

ГАУЗ КОКБ имени С.В. Беляева, «ОКПЦ им. Л.А. Решетовой»

Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Количество беременных женщин, рожениц и родильниц с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ), составляющих группу высокого риска по перинатальной и материнской смертности остается на высоком уровне. Уменьшение неблагоприятного воздействия ЭГЗ на течение беременности, минимизация осложнений беременности, вызванных ЭГЗ, родоразрешение данной группы женщин, концентрация этих пациенток в Областном клиническом перинатальном центре (ОКПЦ), является актуальной проблемой в настоящее время для городов и районов области.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры ЭГЗ и исходы родов у пациенток ОКПЦ за период 2019–2021 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В поликлинике ОКПЦ ведется прием беременных с ЭГЗ врачом акушером-гинекологом, совместно с терапевтом, эндокринологом и кардиологом. На консультацию обращаются около 82,2% женщин с выявленными заболеваниями. Среди экстрагенитальной патологии у беременных женщин в период 2019–2021гг. лидирующее место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), эндокринной системы (ЭС), болезней нервной системы (НС).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В отчетный период, в т.ч. за всё время функционирования ОКПЦ, проводилась работа по созданию реестра беременных с тяжелыми ЭГЗ. За 2019–2021гг. всего было внесено в реестр 870 беременных, из них родили 631женщина – 72,5%, остаются беременными на конец отчетного года 239 женщин. Все пациентки были осмотрены врачами: терапевтом, кардиологом, эндокринологом и акушера-гинекологом, проводился контроль посещений, результатов обследований, госпитализации. Эта работа позволила избежать случаев материнской смертности и снизить неблагоприятные перинатальные исходы в группе женщин с ЭГЗ. Обновление, внесение изменений в реестр ведется в непрерывном режиме.

Так как ОКПЦ является областным учреждением, то большую часть составляют пациенты из малых городов Кузбасса 487чел. (55,9%), сельской местности 126 чел. (14,5%), из областного центра – 257 чел. (29,6%).

Среди пациенток, закончивших беременность – 631человек, заболевания ССС имели 220чел. – 34,8%, заболевания НС – 118чел. (18,7%), болезни ЭС у 103женщин (16,3%). Прочие заболевания, такие как болезни почек, заболевания крови, органов дыхания, ЖКТ имели 190 женщин – 30,1%. Все пациентки с ЭГЗ оценивались согласно приказа №736 МЗ и СР РФ о 03.12.2007г. При выявлении противопоказаний для вынашивания беременности с учетом данного приказа, проводились консилиумы с привлечением врачей специалистов. Определялась тактика ведения, оценивались риски исходов беременности и родов. За 2019–2021гг. проведено 138 соматических консилиумов, по результатам которых 53 женщины (38,4%) прервали беременности по медицинским показаниям в сроках до 22 недель беременности, что позволило избежать случаев материнской смертности у данной группы пациенток.

За отчетный период 206 женщин (32,6%) родоразрешены операцией кесарево сечение (КС), в том числе 18 беременных (8,7%) в сроках от 26 до 36 нед. В группе женщин с заболеваниями ССС КС проведено у 77 пациенток (35%), с заболеваниями НС у 39 женщин (33%), с заболеваниями ЭС у 41 женщины (39,8). За отчетный период произошло 3 случая антенатальной гибели плода у женщин с заболеваниями ССС и НС (0,47%). Из осложнений беременности преэклампсия на 1 месте – 105случаев (16,6%). При этом АГ страдали преимущественно женщины с ожирением (90,9% от числа женщин с АГ), чуть больше половины женщин имели гестационную анемию легкой и средней степени – 350чел. (55,5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, осуществление мониторинга за состоянием беременных, рожениц и родильниц врачами поликлиники ОКПЦ позволило избежать случаев материнской смертности у группы беременных с ЭГЗ и профилактировать последствия перинатальных осложнений на основе использования современных технологий. Однако, даже при тщательном наблюдении группой специалистов, подборе терапии, не удалось избежать таких осложнений как тяжелая преэклампсия, антенатальная гибель плода. Необходимым и обязательным условием для благоприятного течения беременности, уменьшения осложнений со стороны здоровья матери и рождения здорового ребенка является предгравидарная подготовка у женщин со всеми видами экстрагенитальных заболеваний, в том числе заболеваний ССС, НС и ЭС.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ В КУЗБАССЕ

Карась И.Ю., Ушакова И.А., Неретина А.В., Зинец М.С., Халимова А.С.

ГАУЗ КОКБ имени С.В. Беляева, «ОКПЦ им. Л.А. Решетовой»

Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Принимая во внимание, что COVID-19 имеет значительный рост в Кузбассе, изучение особенностей влияния НКИ COVID-19 на течение беременности и родов, выработки определенной тактики при этих состояниях являются актуальными в настоящее время.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей влияния НКИ COVID-19 на течение беременности и исходы родов за период с 7 июня 2021года по 30 мая 2022 года.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По состоянию на 30 мая 2022 года по Кемеровской области зарегистрировано 1990 случаев НКИ COVID-19 у пациенток акушерского профиля (беременных, рожениц и родильниц).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из общего числа заболевших 1535 беременных (77,1%), 447 родильниц (22,5%), 8 женщин послеабортного периода – 0,4%. По степени тяжести случаи НКИ COVID-19 у пациенток акушерского профиля распределились следующим образом: тяжелая степень – у 46 женщин (2,3%), крайне тяжелая 4 случай (0,3%), средней степени 295 случаев (14,8%), легкой степени 1423 случая (71,5%) и бессимптомные формы выявлены у 222 женщин (11,1%). Под амбулаторным наблюдением терапевта находились 1645 беременных (82,7%) с бессимптомными и легкими формами заболевания, стационарное лечение получали 545 пациенток с инфекцией средней и тяжелой степени (27,3%). Из всех заболевших пневмония диагностирована у 260 пациенток (13%). Респираторная поддержка за весь отчетный период понадобилась 237женщинам (11,9%), в том числе инвазивная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – 15 (6,3%), неинвазивная ИВЛ – 25случаев (10,5%), высокопоточная оксигенация – 49 случаев (20,6%), стандартная оксигенация применена у 146 пациентов (62,6%). ЭКМО – 2 случая (0,8%).

Из 447 женщин – 204 (45,6%) родоразрешены операцией Кесарево сечение (КС), из них 186 человек (41,6%) по акушерским показаниям и 18 (4,02%) – по причине, непосредственно обусловленной НКИ COVID-19 (двусторонняя пневмония с выраженной дыхательной недостаточностью – ДН). У 243 женщин (54,3%) произошли самостоятельные роды через естественные родовые пути. По сроку родов: преждевременные 86 случаев – 19,2% (16 – pvn, 70 – КС). Основной причиной досрочного экстренного родоразрешения в сроки 28–36 недель явилась субкомпенсация гипоксии плода на фоне пневмонии и дыхательной недостаточности матери. Срочные роды произошли в 361 случае – 80,8% (227 – pvn, 134 – КС). Зарегистрировано 20 случаев антенатальной гибели плодов в сроках от 24 до 41 недели беременности (4,47%) у covid- положительных матерей. Количество covid-положительных новорожденных от матерей с подтвержденным диагнозом НКИ COVID-19 всего 22 – 4,9%. Материнские потери составили 3 случая (0,15%). Летальные исходы зарегистрированы от 5 до 36

суток послеродового послеоперационного (КС) периода.

Роды произошли в родильных домах общей сети у 153 женщин (34,2%), в ковидариях родоразрешены 294 беременные (65,8%). Родильницы, после подтверждения диагноза НКИ COVID-19, из родильных домов общей сети были переведены на долечивание в специализированные акушерские отделения для лечения НКИ COVID-19. По состоянию на 30 мая 2022 года выздоровели 1897 женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в процессе наблюдения нами было установлено, что НКИ COVID-19 при бессимптомных и легких формах заболевания не оказала существенного влияния на вынашивание беременности и ее исходы. В остальных случаях, при среднетяжелых, тяжелых и крайне тяжелых формах течения заболевания – инфекция явилась причиной развития жизнеугрожающих состояний со стороны матерей, присоединения тяжелых гестационных осложнений, усугубления состояния плодов, что требовало проведения досрочного родоразрешения операцией КС.

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19

Каримов А.Х., Тухтабаев А.А., Тухтабаева Г.М.

Республиканский Специализированный Научно Практический Медицинский Центр Акушерства и Гинекологии Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что физиологическая беременность сопряжена с рядом гемодинамических изменений, которые у пациенток с сердечно-сосудистой патологией могут повлиять как на состояние матери, так и на исход беременности и состояние плода. В связи с этим, вопросы, касающиеся тактики ведения беременных пациенток с миокардитом, оценка факторов риска развития осложнений беременности и родов у данной категории пациенток крайне актуальны. У беременных женщин с COVID-19 чаще случаются осложнения беременности по сравнению со здоровыми беременными женщинами.

ЦЕЛЬ

Изучить исходы беременности и родов у женщин с пост-COVID-19-ассоциированным миокардитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ исходов беременности и родов у 50 женщин с COVID-19-ассоциированным миокардитом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе ретроспективного изучения истории болезни 50 беременных в 3 триместре с COVID-19-ассоциированным миокардитом в РСНПМЦАГ обследованы: возраст беременных составил от 19 лет до 41 года, из них 16 в возрасте 19–25 лет, 20 женщин – 25–30 лет, 12 женщин – 30–35 лет и 2 женщины старше 35 лет. Преобладание среди этого контингента городских жителей над сельскими было незначительно 28:22. В 12 случаях беременность закончилась физиологическими родами, а в 38 – путем операции кесарева сечения. Следует отметить, что из 38 женщин у 11 в анамнезе были рубцы на матке после операции кесарева сечения. Вес новорожденных колебался от 2300 гр. до 3500 гр. Из них 17 были 2300–2500гр., 18 новорожденных – 2500–3000гр., 15 – 3000–3500гр. По шкале Апгар оценка составила: в 12 случаях – 5/6 баллов, в 10 случаях – 6/7 баллов, в 22 случаях – 7/8 баллов и у 6 новорожденных – 8/9 баллов. Родоразрешение было проведено в различных сроках: 11 – в сроке 36–37 нед, 33 – в сроке 38–39 нед., 6 – в сроке 40–41 нед. При беременности отмечены осложнения: недостаточность кровообращения у беременных в 27 случаях (15-НК 1 ст, 12-НК II ст.), нарушения ритма сердца беременных в 32 случаях (20-тахикардия,12-экстрасистолия,8 в сочетании), ФПН у 30 женщин (Ia- 24,Ib-6), у 3 беременных отмечалось снижение функции ЛЖ, у 4 недостаточность митрального клапана, у 5 митральная регургитация. В 12 случаях на УЗД многоводие, в 5 маловодие. 32 беременности протекали на фоне железодефицитной анемии, 6 случаев – на фоне преэклампсии (4-легкая, 2-тяжелая).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из результатов нашего исследования пришли к следующим заключениям: течение бере-

менности у женщин с COVID-19 ассоциированным миокардитом осложнилось нарушением кровообращения I и II степени. В 76% случаев роды закончились операцией кесарево сечения. Состояние новорожденных было удовлетворительным, но в большинстве случаев требовалось наблюдение в палате интенсивной терапии. В ходе нашего исследования, было отмечено увеличенное количество акушерских и перинатальных осложнений, на фоне COVID-19-ассоциированного миокардита, исследование продолжается вскоре будут представлены новые данные.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2

Каримова Л.А., Надырханова Н.С.

Центр акушерства и гинекологии
Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным июля 2020 года, Министерство здравоохранения РУз сообщило, что зарегистрирована 234 случая заражения беременных женщин коронавирусом, отметив при этом, что смертность среди беременных составило 2,9% (7 человек).

ЦЕЛЬ

Анализ риска развития тяжелого течения заболевания у беременных, инфицированных SARS-CoV-2 (COVID-19), а так же анализ состояния плода и новорожденного у женщин с положительным ПЦР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были включены 52 пациенток с положительным ПЦР анализом SARS-CoV-2, подгруппа пациентов с тяжелым заболеванием была определена на основе приема в отделение интенсивной терапии (ОИТ), родов при респираторном дистресс-синдроме или обоих случаях. А так же контрольная группа из 20 условно здоровых женщин, для сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интересен тот факт, что в изученных нами женщин, положительный результат ПЦР теста зарегистрирован был у всего лишь 81,9% беременных. Тем не менее, пневмония была зарегистрирована среди беременных в 1,84 раза чаще, чем обычная форма COVID-19.

При изучении соматических патологий, из сопутствующих хронических заболеваний чаще всего регистрировалось ожирение в 66,7% случаев у беременных в сроке гестации 29–40 недель, гестационный сахарный диабет в 15,2% случаев и хроническая артериальная гипертензия у 8,1% женщин. В исследуемой группе осложнения гестации распределились следующим образом: маловодие (16,1%) и СОРП (33,3%) отмечалось у пациенток с тяжелым течением заболевания, преждевременные роды (9 пациентки), ПДРПО (4 случая) и ПОНРП у 2 пациентки, однако эти осложнения были отмечены у женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

Результаты анализа показателей КТГ показывают, что частота сердечных сокращений находилась в пределах 110–170 уд/мин, а у беременных с COVID-19 средней степени тяжести – 148,7±4,7 уд/мин и 159,7±5,2 -уд\мин у беременных с тяжелым течением COVID-19. Показатели КТГ были в пределах нормы в обеих группах обследуемых. В зависимости от течения COVID-19 при дифференцированном рассмотрении случаев новорожденных было показано, что средняя масса плода у женщин, перенесших тяжелую форму COVID-19, была значительно ниже нормы, то есть 2915,6±16,8. по сравнению с 3124,7±19,5 г. плода из контрольной группы было. Различия в росте плода были следующими: средние значения у женщин, перенесших COVID-19 тяжелой степени, составили 46,7±2,4 см по сравнению с 50,2±3,2 см в контрольной группе. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар через 1 минуту дала следующие результаты, у женщин, перенесших тяжелую форму COVID-19, оценка по шкале Апгар составила 4–5 баллов, при среднетяжелой форме – 17,5%., при тяжелой форме – 24,5%, а у женщин без COVID-19 – 6, составила 7%. Дифференциальный анализ динамики детей через 5 минут показал, что у беременных с COVID-19 чаще регистрировались дети с 4–5 баллами. В тяжелых случаях этот показатель составил 9,4% по сравнению с 3,3% в контрольной группе. По данным о пороках развития детей, стигм дизэмбриогенеза и врожденных пороков серд-

ца у женщин с COVID-19 во время беременности не зарегистрировано.

В ходе тестирования ПЦР новорожденных не было выявлено признаков вертикальной передачи тяжелой инфекции коронавируса острого респираторного синдрома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты в тяжелой подгруппе имели значительно более высокие предгестационные индексы массы тела (ИМТ) и частоты сердечных и респираторных заболеваний и большую частоту лихорадки или одышки при поступлении по сравнению с женщинами без симптомов. Наиболее часто встречающаяся соматическая патология – хроническая артериальная гипертензия, варикозное расширение вен нижних конечностей, анемия, различной степени выраженности от легкой до тяжелой, заболевания щитовидной железы, ожирение, кровотечение, нарушение свертывания крови, преждевременные роды.

Результаты проспективного дифференцированного анализа течения беременности, состояния плода и новорожденных в зависимости от тяжести заболевания показали различия в росте плода: средние значения у женщин, перенесших COVID-19 тяжелой степени, составили 46,7±2,4 см по сравнению с 50,2±3,2 см в контрольной группе.

Дифференциальный анализ динамики детей через 5 минут показал, что у беременных с COVID-19 чаще регистрировались детис оценкой по шкале Апгар 4–5 баллов. В тяжелых случаях этот показатель составил 9,4% по сравнению с 3,3% в контрольной группе. Нет никаких признаков вертикальной передачи тяжелой инфекции коронавируса острого респираторного синдрома.

Для окончательного вывода об особенностях течения заболевания у беременных требуется более глубокий анализ клинико-лабораторных критериев Covid-19.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕОМНОГО ПРОФИЛЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Кирьянова М.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Учитывая сложный полиорганный, полисистемный характер поражения при преэклампсии, маловероятно, что применение какого-либо одного или нескольких биомаркеров позволит эффективно прогнозировать и проводить раннюю диагностику преэклампсии. В связи с этим, многообещающей альтернативой классическим исследованиям, основанным на уже существующих гипотезах заболевания или осложнения, являются протеомные исследования плазмы крови на основе масс-спектрометрии, которые обеспечивают объективный, комплексный и беспристрастный подход к изучению патофизиологических механизмов развития преэклампсии, а также поиска новых прогностических и диагностических биомаркеров.

ЦЕЛЬ

Комплексное изучение особенностей биологических процессов при преэклампсии на основании анализа протеомного профиля плазмы крови беременных с использованием масс-спектрометрии сверхвысокого разрешения и проведением кластерного анализа с распределением белков по группам, выполняющим общую функцию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен сравнительный анализ протеома плазмы крови беременных с преэклампсией (основная группа, n=15) и здоровых беременных (контрольная группа, n=15) с использованием хромато-масс-спектрометрии сверхвысокого разрешения. Срок гестации при взятии биоматериала у пациенток в основной группе, учитывая тяжесть их состояния на момент родоразрешения, в среднем составил 33–34 недели, в контрольной группе – 39–40 недель. Кластерный анализ белков был проведен с помощью онлайн-программы DAVID.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В каждом образце плазмы крови идентифицировано более 1400 белков, встречающихся при нормальной беременности и преэклампсии. Статистические значимые изменения между основной и контрольной группой выявлены в отношении 72 белков: 40 из них значимо снижены, 32 – повыше-

ны. Как показал анализ, при преэклампсии происходит довольно выраженное снижение белков, поддерживающих множество клеточных и внеклеточных биологических процессов, таких как гемостаз, врожденный и гуморальный иммунитет, ангиогенез, эмбриогенез, клеточная регенерация, энергетическое обеспечение, клеточный гомеостаз и функции органов. В основной группе имело место также значимое повышение уровней 32 белков, участвующих в реакциях ангиогенеза, воспаления, иммунного ответа, активации комплемента, разрушения клеток. Кроме того, по результатам кластерного анализа наиболее выраженные патологические нарушения у пациенток с преэклампсией отмечены в системе комплемента и коагуляционном каскаде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты протеомного анализа плазмы крови беременных с преэклампсией в сравнении со здоровыми беременными свидетельствуют об одновременно множественном характере нарушений клеточных и внеклеточных биологических процессов. Выраженный дисбаланс в системе гемостаза и комплемента, нарушения важных клеточных функций, повреждение процессов ангиогенеза и репарации, разрушение клеток, изменения белков, участвующих в процессах эмбриогенеза при преэклампсии требуют дальнейших более глубоких широкомасштабных исследований с применением омиксных технологий и биоинформационным анализом больших массивов данных об особенностях этиопатогенеза данного осложнения беременности.

ОБОЛОЧЕЧНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МАТЕРИ И ПЛОДА

Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Кодряну И.В.

ГМФУ им. Николае Тестемицану, департамент Акушерства и Гинекологии
Кишинёв

АКТУАЛЬНОСТЬ

Оболочечное прикрепление пуповины (ОПП) является жизнеугрожающей проблемой для матери и плода, когда сосуды пуповины расположены в области внутреннего зева канала шейки матки. Это состояние называется предлежанием сосудов пуповины (ПСП) и связано с высокой перинатальной смертностью в случае отсутствия постановки дородового диагноза.

ЦЕЛЬ

Изучение влияния ОПП на частоту ПСП и на заболеваемость матери и плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГКБ «Георгия Палади» за 2019–2021 годы было проведено исследование «случай – контроль», которое включило 103 беременных женщины с ОПП (I группа – ГИ 1) и 100 пациенток с центральным или боковым прикреплением пуповины (II группа – ГИ 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно результатам проведенного исследования, из 20424 родов за 3 года было выявлено 103 случая ОПП – 0,504%. Согласно данным дородового УЗИ, частота ОПП составила 24%, из которых только у 3 пациенток – 3,9% – было определено ПСП, что свидетельствует о недостаточности пренатальной диагностики данной патологии. Учитывая полученные результаты, ОПП представляет статистически значимый риск для следующих патологий: ПСП – 4% в ГИ 1 vs 0% в ГИ 2 (ОШ-5,21, ДИ 0,59–45,42 (95%), P=0,1352), ЗУВР – 12% vs 3%, соответственно (ОШ-4,41, ДИ 1,2–16,14 (95%), P =0,025), антенатальной гибели плода – 5% vs 1% (ОШ-5,21, ДИ 0,59–45,42 (95%), P=0,1352), преэклампсии – 27% vs 5% (ОШ 7,03, ДИ 2,58–19,13 (95%), P=0,0001), предлежания плаценты – 10% vs 2% (ОШ=5,44 ДИ 1,16–25,52(95%), P<0,05), и послеродовых осложнений, которые требуют ручное отделение плаценты – 32% vs 13% (ОШ 3,13, ДИ 1,54 – 6,44 (95%), P=0,0016) и инструментальный контроль полости матки – 22% vs 6% (ОШ – 4,5, ДИ 1,74–11,6 (95%), p=0,0018).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дородовая постановка диагноза ОПП, связанного с ПСП, может существенно повлиять на тактику ведения и исход родов, снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ И КРОВЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Колесникова А.В., Шаклеин А.В., Лукша Е.Б., Шалыгин К.В., Степанова А.А.,Рогов Н.В., Пасман Н.М.

ГБУЗ НСО ГКБ №1

Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Кровотечения являются одной из основных причин материнской смертности и составляет 25%, в России 18%. Основной причиной массивных акушерских кровотечений является гипотония матки, однако в последние десятилетие возрастает количество аномального расположения плаценты, что увеличивает риск гистерэктомии до 49,6%. За 50 лет число врастаний плаценты возросло в 10 раз.

Современное акушерство направлено на использование новых техник оперативного родоразрешения у пациенток с врастанием плаценты, однако единой методики операции при этой патологии до сих пор не разработано. Одним из методов, позволяющих выполнять органосохраняющие операции при врастании плаценты, который также приводит к снижению объема интраоперационной кровопотери, является временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий.

ЦЕЛЬ

Целью нашей работы является модернизация техники оперативного родоразрешения пациенток с врастанием плаценты для уменьшения интраоперационной кровопотери.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ 24 историй родов у пациенток с врастанием плаценты, родоразрешенных с использованием временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Родоразрешение проводилось в условиях сочетанной анестезии. Пациенткам до начала операции кесарево сечение под ультразвуковым контролем в условиях операционной родильного дома проводилась пункция бедренных артерий с установкой баллонных катетеров в общих подвздошных артериях, при этом инфляция баллонных катетеров до номинального объема производится до извлечения плода. Лапаротомия производится по Пфанненштилю, кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Интраоперационная кровопотеря составляет от 600до 1200мл. Среднее время инфляции баллонов составляет 13 минут (инфляция проводится однократно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенная нами техника операции позволяет провести родоразрешение без рентгенологической нагрузки, с одним разрезом на матке в нижнем сегменте и с минимальным объемом кровопотери.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В УМБИЛИКАЛЬНО-ПОРТАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЕ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Коптеева Е.В., Шелаева Е.В., Цыбук Е.В., Алексеенкова Е.Н., Капустин Р.В.

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

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность, протекающая на фоне сахарного диабета (СД) ассоциирована с повышенным риском перинатальных осложнений, самыми распространенными из которых, являются макросомия и диабетическая фетопатия (ДФ) плода. Формирование данных осложнений сопряжено не только с увеличением росто-весовых показателей, но и с нарушением функционального состояния плода. В настоящее время имеются данные, позволяющие рассматривать умбиликально-портальную венозную систему (УПВС) плода, включающую в себя

венозный проток и сосудистую сеть печени в качестве особой печеночно-шунтирующей системы, распределяющей оксигенированную кровь, поступающую по вене пуповины из плаценты. Изучение особенностей венозной гемодинамики УПВС позволит разработать новые подходы к оценке роста и функционального состояния плода у женщин с различными типами сахарного диабета.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности гемодинамики и перераспределения оксигенированной крови в умбиликально-портальной венозной системе плода у беременных с различными типами СД в третьем триместре беременности (30+0–33+6 недель гестации).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное одноцентровое когортное исследование на базе ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта». В исследование были включены 64 пациента, которые составили следующие группы сравнения: прегестационный сахарный диабет (ПГСД, n= 28), гестационный сахарный диабет (ГСД, n=15), и контрольную группу (n=21). Пациентам проводилось ультразвуковое исследование плода на аппарате GE Voluson E10, включавшем в себя стандартную фетометрию и допплерометрию. Для расчета объемного кровотока основных сосудов УПВС (пупочная вена, венозный проток, левая портальная вена, правая портальная вена, главная портальная вена) использовали скорость кровотока и средние диаметры сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели объемного кровотока пупочной вены были значимо увеличены у пациентов с ПГСД (504,0 мл/мин (95%ДИ 419,2–589,4 мл/мин), по сравнению с группой контроля (245,6 мл/мин (95%ДИ 133,1–357,3 мл/мин)) и ГСД (237,7 мл/мин (95%ДИ 114,6–361,0 мл/мин), p <0,001). Также среди пациентов с ПГСД отмечалось увеличение общего кровотока печени (460,1 мл/мин (95%ДИ 376,1–543,0 мл/мин) против 237,4 мл/мин (95%ДИ 118,9–355,1 мл/мин) в группе контроля и 192,3 мл/мин (95%ДИ 73,6–310,9 мл/мин), p <0,001) в группе ГСД. Объемный кровоток венозного протока был сопоставим в исследуемых группах (p=0,88), однако фракция шунтирования оксигенированной крови через ВП значимо уменьшалась у пациентов с ПГСД (17,3% (95%ДИ 11,4–23,3%) против 28,9% (95%ДИ 20,8–37,1%) в группе контроля и 30,0% (95%ДИ 21,4–38,5%) в группе ГСД, p=0,021). Показатели объемного кровотока левой портальной вены также были увеличены у пациентов с ПГСД (157,8 мл/мин (95%ДИ 122,5–193,0 мл/мин) против 85,0 мл/мин (95%ДИ 35,2–135,4 мл/мин) в группе контроля и 74,3 мл/мин (95%ДИ 21,7–127,5 мл/мин), p=0,013). Масса детей при рождении напрямую коррелировала как с объемным кровотоком пупочной вены (r= 0,42, p = 0,016) так и с общим кровотоком печени плода (r = 0,48, p <0,001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При беременности, протекающей на фоне прегестационного сахарного диабета происходит приоритетное перераспределение оксигенированной крови к печени плода, в то же время отмечается более низкая фракция шунтирования через венозный проток, что снижает компенсаторные возможности плода и может являться причиной неблагоприятных перинатальных исходов у данной группы пациентов.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Корбут И.А., Адамович Д.М., Дундаров З.А., Захаренкова Т.Н.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый аппендицит (ОА) является одной из наиболее частых причин неакушерского острого живота у беременных. Частота встречаемости этой патологии составляет от 0,05 до 5%. Наибольшая вероятность развития ОА – во II триместре беременности, а наименьшая – в III триместре. Наряду с этим есть работы, указывающие на более частое развитие его в I и во II триместре. Клиника ОА наслаивается на физиологические и анатомические изменения, характерные для беременности, что может отсрочить постановку диагноза и повысить риск для матери и плода. Ряд авторов приводят результаты отсутствия разницы влияния лапароскопической техники в сравнении с традиционным видом операции на дальнейшее течение беременности В то же время, другие исследователи при объединенном анализе доказательств

отмечают, что лапароскопическая аппендэктомия представляла более высокий риск потери плода, но более низкий риск преждевременных родов. Частота возникновения перинатальных потерь женщин при развитии деструктивного аппендицита может достигать до 17–50% [, причем у половины женщин преждевременное прерывание беременности происходит в течении 1 недели после операции. По данным Стрижакова у большинства женщин (до 68,5%) угроза прерывания беременности после перенесенной аппендэктомии сохраняется на всем протяжении гестации и эти пациентки составляют группу риска по недонашиванию беременности.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту встречаемости беременных среди пациентов с острым аппендицитом и результаты их лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ медицинских карт пациентов хирургического отделения №1 УГОКБ за период 01.01.2014г – 01.10.2021 гг. Статистическая обработка данных – программа «Statistica 8.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ

За указанный период в 1 хирургическое отделение было госпитализировано 709 женщин с клиникой ОА, что составило 45,6% относительно всех госпитализированных. Пациенток с беременностью было 26 (5,93%): первый триместр – 5 (19,2%) пациенток, 2 триместр – 11 (42,3%), третий триместр – 10 (38,5%). Возраст пациенток 26 (23; 29) лет, статистически значимых различий по триместрам не отмечено. Срок заболевания составил 12 (7;20) часов. Позже 24 часов обратились 5 пациенток, одна из которых ранее осматривалась акушер-гинекологом, назначено консервативное лечение и наблюдение, одна пациентка – категорически отказалась от госпитализации.

Все пациентки оперированы: традиционная аппендэктомия – 18 (69,2%) (первый триместр – 4, второй -7, третий -7), в двух случаях (7,69%) (второй триместр) при диагностической лапароскопии после установления диагноза ОА выполнена конверсия и выполнение аппендэктомии традиционным способом, в 4 случаях (15,4%) аппендэктомия выполнена из лапаротомного доступа: у одной пациентки с клиникой перитонита в результате разрыва кисты яичника (второй триместр беременности), у трех пациенток в связи с установлением диагноза ОА у госпитализированных пациентов в роддом и сроками беременности 36,38 и 39 неделя аппендэктомия выполнена в сочетании с операцией кесарева сечения, а также традиционная аппендэктомия и дренирование брюшной полости (второй триместр) и лапароскопическая аппендэктомия (первый триместр) – по одному случаю (3,8%). Катаральная форма воспаления была в 4 случаях (15,4%), флегмонозная – 19 (73,1%), у 3 – гангренозный ОА (11,5%). Осложнения течения беременности отмечены у 3 (11,5%) пациенток: после выполнения лапароскопической аппендэктомии в срок 6–7 недель – произошел самопроизвольный аборт, пациентка не была заинтересована в сохранении беременности, у двух пациенток на 29 и 38 неделе после традиционной аппендэктомии была угроза прерывания беременности, беременность сохранена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие ОА на фоне беременности оказывает влияние на течение беременности, угрожая ее нормальному течению, что необходимо учитывать при лечении данной категории пациенток. При поздних сроках беременности, в целях благоприятного исхода беременности следует отдавать предпочтение традиционной аппендэктомии или родоразрешению с одновременной аппендэктомией во время кесарева сечения. Выбор вида аппендэктомии на более ранних сроках требует дальнейшего исследования ввиду вероятности угрозы прерывания беременности.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кормакова Т.Л., Иванова Н.А., Спириденко Д.А.

ПетрГУ

Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы в России, как и во всем мире, идет интенсивное развитие перинатального акушерства. Основной его принцип заключается в обеспечении здоровья матери, плода и новорожденного, что в ряде случаев требует быстрого и бережного родоразрешения. В последние десятилетия именно кесарево сечение (КС) стало инструментом, позволяющим сохранить здоровье и матери, и ребенку. Достижения в области анестезиологии-реаниматологии, антибактериальной терапии, технике операции позволяют минимизировать риски оперативного родоразрешения. КС является одной из самых популярных операций в мире. Наиболее высокая частота КС наблюдается в регионе Латинской Америки и Карибского бассейна (40,5%), за которыми следуют Северная Америка (32,3%), Океания (31,1%), Европа (25%) и Азия (19,2%). В РФ частота КС в 2018 г. составила 30,1%.

ЦЕЛЬ

Изучение показаний для родоразрешения путем операции КС в современных условиях по категориям неотложности у первородящих и повторнородящих женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно были изучены протоколы родоразрешения путем операции кесарева сечения у 100 пациенток, которые были прооперированы в 2021 году, методом случайной выборки. Исследование проводилось на базе ГБУЗ РПЦ г. Петрозаводска. По данным ГБУЗ РПЦ в 2021 г. частота КС составила 32,2%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования, было выявлено, что из 100 операций 52 пациентки (52%), были прооперированы в неотложной форме, 41% – в плановом порядке и 7% экстренно. В возрасте 18–25 лет было 13% беременных, 26–35 лет – 60%, 36–45 лет – 27%. Экстренные показания (I категория) были выявлены у 70% повторнородящих и у 30% первородящих. Показания со стороны матери диагностированы в 80% случаев, из них наиболее частой причиной явилась преждевременная отслойка плаценты в 60% случаев, показания со стороны плода отмечены в 20% случаев (на фоне выпадения петель пуповины). Неотложные показания (II категория) имели место у 83% повторнородящих и у 17% первородящих. В 42% случаев имели место показания со стороны матери, в 10% – со стороны плода и в 48% – комбинированные показания. Со стороны матери в 65% случаев диагностирована слабость родовой деятельности, неподдающаяся медикаментозной коррекции, в 15% – преждевременное излитие вод на фоне незрелых родовых путей и в 10% – преэклампсия тяжелой степени. Со стороны плода в этой категории в 76% случаев имело место гипоксия плода с изменением ЧСС плода и в 24% случаев – гипоксия плода с выходом мекония в околоплодные воды. Среди плановых операций кесарева сечения (III категория) 79% пациенток были повторнородящими, 21% – первородящими. Наиболее часто имели место комбинированные показания (54%), показания со стороны матери были у 35% беременных и у 11% – со стороны плода. Со стороны плода наиболее частым показанием явилось наличие крупного плода (36%), тазовое предлежание плода (28%) и наличие гипоксии плода (36%). Со стороны матери наиболее частым показанием оказалось наличие рубца на матке (37%), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (13%), первородящие старшего возраста (10%), заболевания органа зрения (11%), преэклампсия (8%), анатомически узкий таз (7%) и по 6% наличие миомы матки и предлежания плаценты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами было выявлено, что преобладающее большинство (77%) пациенток являются повторнородящими. Большая часть (52%), были прооперированы по неотложным показаниям, в 41% случаев – в плановом порядке и у 7% пациенток КС выполнялось по экстренным показаниям. Основным показанием для экстренной операции является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (60%). По неотложным показаниям основным показанием оказалось отсутствие эффекта от родовозбуждения (65%). В плановом порядке у каждой третей пациентки (37%) был рубец на матке (неполноценный или от-

каз от вагинальных родов). При наличии экстренных и неотложных показаний к родоразрешению путем КС госпитализация проводится немедленно после установления диагноза. Транспортировка пациенток с установленными экстренными и неотложными показаниями к родоразрешению путем КС, проводится медицинским транспортом, в сопровождении медицинского персонала, готового к оказанию неотложной помощи при возникновении осложнений. При родоразрешении путем КС в плановом порядке, показания и срок госпитализации определяются врачом акушером-гинекологом в зависимости от особенностей течения беременности, акушерской ситуации, наличия экстрагенитальных заболеваний и состояния плода. В клинически сложных случаях выбор метода родоразрешения и сроков госпитализации определяется консилиумом врачей.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА РУБЦА ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Костина Е.А., Шатунова Е.П.

Государственное бюджетное учреждение Самарской области «Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А. Семашко»

Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Увеличение частоты кесарева сечения сформировало новую проблему в современном здравоохранении – ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Течение беременности у женщин при несостоятельном рубце на матке представляет угрозу ее разрыва на всех этапах гестации. В настоящее время остаются не изученными вопросы диагностики и реконструктивной хирургии при несостоятельном рубце на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности. Несостоятельность поперечного рубца на матке, по данным разных авторов, составляет от 25 до 50%.

ЦЕЛЬ

Установить причины возникновения локального истончения рубца на матке после кесарева сечения, оценить эффективность существующих методов состояния рубца на матке вне беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 102 пациентки репродуктивного возраста с признаками истмоцеле на матке после КС, выполненного в экстренном или плановом порядке. Возраст пациенток варьировал в пределах 26–38 лет. Все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от хирургического доступа или способа ушивания раны на матке после иссечения несостоятельного рубца. В 1-й группе находилось 52 пациентки с лапароскопической хирургической коррекцией истмоцеле и ушиванием раны на матке одним рядом отдельных мышечно-мышечных швов. Во 2-ю группу вошли 50 пациенток, которых оперировали лапаротомным доступом и ушивали рану на матке двухрядным непрерывным швом. Было проведено обследование пациенток. Оно включало анализ жалоб, анамнеза, проведение физикального осмотра, гинекологического исследования, инструментальных (трансвагинальная эхография, магнитнорезонансная томография (МРТ), офисная гистероскопия, кольпоскопия) и лабораторных методов (клинический, биохимический анализы крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи, бактериоскопическое и бактериологическое исследование мазков из влагалища и цервикального канала, цитологическое исследование экто- и эндоцервикса). В процессе изучения данных анамнеза выясняли характер и время манифестации жалоб, этапы развития основного заболевания, экстрагенитальной патологии, показателей менструальной и репродуктивной функций. Учитывали характер предшествующих гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки всех групп были сопоставимы по возрасту, характеру клинических симптомов, акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу. Анализ жалоб пациенток показал их разнообразие: наиболее часто женщины отмечали боли тянущего и ноющего характера в надлобковой области с иррадиацией в пояснично-крестцовую область, появляющиеся или усиливающиеся во время менструации у 46 (82,4%) больных, увеличение продолжительности менструации у 32 (56,2%); мажущие коричневые выделения из половых путей после менструации – у 100%; боле-

вые ощущения во время полового контакта – у 21 (46,5%). Кесарево сечение проведенное по экстренным показаниям, а также осложненное течение послеродового периода являются немаловажными факторами при формировании ниши рубца ($p < 0,05$). Ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография органов малого таза могут быть использованы для выявления локального истончения миометрия. Также можно сказать, что комбинация современных неинвазивных и малоинвазивных методов исследования значительно улучшает качество диагностики истмоцеле после операции кесарево сечения. Метропластика, выполненная лапаротомным или лапароскопическим доступами по поводу симптомного истмоцеле, способствует улучшению качества жизни женщины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, показана высокая эффективность оперативных методов коррекции несостоятельного рубца на матке, образовавшегося после операции кесарево сечение. Целесообразно применять эти методы на практике в качестве профилактики дальнейших акушерских и гинекологических осложнений, таких как разрыв матки по рубцу, имплантация плодного яйца в области рубца, аномальное прикрепление плаценты, аномальные маточные кровотечения и хронические тазовые боли, а также с целью восстановления репродуктивной функции.

ОПЫТ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ САХАРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ РАННЕГО ТОКСИКОЗА И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ГЕПАТОПАТИИ

Крышня М.А., Мозговая Е.В.

Многопрофильный медицинский холдинг «СМ-Клиника», ФГБНУ «НИИ АГ и Р им. Д.О. Отта»
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Клиническое ведение беременной пациентки с заболеваниями печени является сложной задачей. Связанные с беременностью заболевания печени поражают до 3% женщин. Ранний токсикоз является одним из самых частых осложнений 1 триместра беременности. Ввиду развития фармакологической индустрии, актуальность приобрела проблема лекарственных гепатопатий.

Ранняя диагностика и начало соответствующей терапии с использованием междисциплинарного подхода важны для профилактики материнской и внутриутробной заболеваемости и смертности заболеваний гепатобилиарной системы. Поиск безопасных и эффективных гепатопротекторов, которые могут применяться у беременных во всех случаях функционального расстройства печени, является актуальным вопросом. Поэтому эффект проведенной терапии должен сказаться в уменьшении частоты развития поздних акушерских осложнений, улучшении исходов родов для матери и плода.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности и безопасности препарата Гептронг, раствора низкомолекулярных сахаров, применяемого в качестве гепатопротектора в 1 триместре беременности у пациенток с функциональными расстройствами печени на фоне раннего токсикоза и/или лекарственной гепатопатии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 70 пациенток. В основной группе 30 беременных с функциональными гепатопатиями, которые получали терапию препаратом Гептронг. (схема лечения:1–3 день по 3,0 мл, 4–5 день по 6,0 мл, 6–7 день по 9,0 мл, в дальнейшем доза уменьшается по 3,0 мл один раз в два дня, всего 10 дней). В группе сравнения 30 беременных со стандартным лечением, из них 15 пациенток с лекарственной гепатопатией (внутривенное введение эссенциальных фосфолипидов по 5,0 мл ежедневно – в течение 10 дней), и 15 пациенток с ранним токсикозом (инфузионная терапия солевых растворов и церукал по 2,0 мл в течение 10 дней), а также 10 беременных с ранним токсикозом без медикаментозных методов лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На фоне применения препарата Гептронг беременные с ранним токсикозом отмечали уменьшение клинических проявлений через 2,3±0,8 дней; к моменту окончания терапии у всех пациенток полностью отсутствовала рвота, исчезновение тошноты – у 80%, что не наблюдалось в группах сравнения. Нормализация АЛТ (⩽40 Ед/л) произошла у 25 пациентов (80%,p<0,01) в среднем с 55,97±7,9 до 35,6±5,3 ед. В группах сравнения результаты 66% и 40% соответственно. Нормализация АСТ (⩽40 Ед/л) произошла у 16 пациентов (53,3%,p<0,01) в среднем с 47,3±9,9 до 31,0±8,3 ед. В группах сравнения- 16,6% и 10%. У пациенток в основной группе наблюдалось незначительное повышение уровня глюкозы в плазме крови с 4,25±0,28 до 4,51±0,47 ммоль/л, увеличение уровня ферритина в сыворотке крови на 21,7±10,1%, при этом уровень гемоглобина повысился с 112±1,18 до 118±1,12 г/л. Снижение СРБ с 9,37±2,2 до 5,26±1,7 г/л Из показателей липидограммы отмечена тенденция к снижению уровней общего холестерина, ЛПНП, ЛПОНП. Отмечалось улучшение функционального состояния антиоксидантной системы, проявившееся в достоверном повышении уровня антирадикальной активности с 804,0±10,5 до 839,0±11,0 (p<0,05) и снижении диеновых конъюгатов с 3,77±0,2 до 3,26±0,1 (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гептронг является эффективным препаратом из группы гепатопротекторов, который существенно улучшает состояние беременных при раннем токсикозе и способствует снижению печеночных трансаминаз и желчных кислот у беременных с лекарственными гепатопатиями. Отмечено противовоспалительное и выраженное антиоксидантное действие препарата, не наблюдаемые при традиционной медикаментозной терапии, что может явиться профилактикой поздних акушерских осложнений.

РОЛЬ МИКРОБИОМА ВЛАГАЛИЩА В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ ОТ 22 ДО 28 НЕДЕЛЬ

Кузнецова Н.Б.[1], Дыбова В.С.[2]

1. *ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России*
2. *ГБУ РО «Перинатальный центр»*

Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

В 30% случаев преждевременные роды начинаются с преждевременного разрыва плодных оболочек. Как патогенез разрыва мембран, так и последующие материнские и неонатальные осложнения тесно связаны с инфекционно-воспалительным фактором. Существенный прорыв в понимании микробиоценоза мочеполовой системы стал возможен благодаря международному проекту «Микробиом человека», который позволил по-новому взглянуть на роль микроорганизмов в физиологии и патологии человека, в частности в преждевременных родах, появилось понятие микробиома. Новейшие технологии секвенирования дали возможность расширить наши знания о микробиоте женской репродуктивной системы, плаценты, плода и продолжают активно развиваться.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было выявление возможных бактериальных факторов в микробиоме влагалища, повышающих риск развития неблагоприятных перинатальных исходов у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке от 22 до 28 недель.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование имело проспективный характер. Было включено 30 женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке от 22 до 28 недель беременности. Всем беременным при излитии околоплодных вод было выполнено исследование микробиома влагалища с помощью специальной генной технологии – секвенирования 16S рРНК.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Состав микробиома влагалища у беременных в обеих группах был изучен согласно общепринятой таксономической классификации по рангам: тип, класс, порядок, семейство, род, вид. Было получено 30 типов, 43 класса, 150 семейств, 309 родов, 486 видов. Дальнейший анализ показал, что факторами, ассоциированным с неблагоприятными перинатальными исходами, оказались бактерии рода Ureaplasma и Dialister. А именно, беременные с наличием в микробиоме влагалища бактерий рода Ureaplasma имели более низкую массу новорожденного (грамм): 865 (307), 1096 (238) (p = 0,02) по сравнению с беременными без бактерий рода Ureaplasma. У беременных с наличием бактерий рода Dialister по сравнению с беременными, у которых бактерии рода Dialister не были обнаружены, чаще развивался хориоамнионит (ОР = 2,7 (95% ДИ 1,24; 5,94), p = 0,02). Также было выявлено, что относительная представленность (%) бактерий рода Ureaplasma была ниже у беременных с ПРПО, дети которых выжили в течение семи дней после рождения – 0,28 (0; 16,3), по сравнению с беременными, дети которых погибли – 44,5 (13,3; 68,8) (p = 0,03).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие бактерий рода Dialister и Ureaplasma, а также увеличение относительной представленности (%) бактерий рода Ureaplasma в микробиоме влагалища ассоциировано с развитием некоторых неблагоприятных перинатальных исходов у детей, рожденных от женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке от 22 до 28 недель беременности.

АДАПТИВНАЯ РЕАКЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Кулик А.А., Лемещенко О.В., Рзянкина М.Ф., Якушева С.Ю.

КГБУЗ «Родильный дом№4», ФГБОУ ВПО ДВГМУ кафедра «Поликлинической педиатрии с курсом детских инфекционных болезней»

Хабаровск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Абдоминальное родоразрешение не улучшает здоровье ребёнка. У детей, моментально перемещённых из одних условий в другие, снижены адаптационные процессы. Общая и регионарная анестезия, как и хирургическая травма, могут оказывать воздействие на метаболизм кислорода. Особое значение имеют и химические вещества, используемые для анестезии. Эти изменения вызывают как местную, так и общую реакцию организма, сопровождающуюся увеличением содержания активных форм кислорода (АФК) и снижением антиоксидантной активности. К сожалению, и до настоящего времени роль оксидативного стресса (ОС) у детей, рожденных путем операции кесарева сечения (ОКС), в литературе отражена недостаточно.

ЦЕЛЬ

На основании определения уровня свободных радикалов провести сравнительный анализ их содержания в пробах пуповинной крови в зависимости от вида родоразрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Забор пуповинной крови осуществлялся на базе КГБУЗ «Родильный дом №4» с оформлением добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство. Далее проводилось исследование хемелюминисценции (ХМЛ) 124 проб сыворотки крови для определения спонтанной и индуцированной реакции под действием Fe2+ (Sf) и H2O2 в присутствии люминола (Sh). В группу включения входили беременные женщины со сроком гестации 37 полных недель до 41 недели и 6 дней. В ходе исследования были выделены 4 группы женщин с учетом методов родоразрешения: самопроизвольные нормальные роды, самопроизвольные патологические роды, плановая операция кесарева сечения (ПОКС), экстренная операция кесарева сечения (ЭОКС). Исследование проводилось с использованием пакета прикладных программ MS Office 2019 и Statistica 10.0. Показатели считались достоверными при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ уровня и наличия свободных радикалов в пробах пуповинной крови методом ХМЛ показал достоверное увеличение

показателей Sf и Sh в зависимости от метода родоразрешения (p<0,01). При всех видах родоразрешения, в том числе, при нормальных срочных родах, отмечено наличие АФК с достоверным увеличением Sf и Sh при осложненных родах (p<0,05) и при ОКС (p<0,01). При изменении метода родоразрешения и условий, например, самопроизвольные патологические роды или ПОКС, уровень АФК в сыворотке пуповинной крови повышается, что свидетельствует об увеличении влияния оксидативного стресса на организм новорождённого.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный анализ может свидетельствовать о взаимосвязи метода родоразрешения с уровнем свободных радикалов в сыворотке крови и, соответственно, ОС. Даже в группе женщин, родивших через естественные родовые пути, при нормальном течении родов, присутствуют АФК. В группе женщин, родоразрешённых методом ЭОКС, уровень АФК и ОС был в разы больше, чем в других, что свидетельствует о большем негативном влиянии ОКС среди других методов.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ХОРИОАМНИОНИТА ПРИ КРАЙНЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременные роды – ведущая причина перинатальной, неонатальной смертности и заболеваемости, а также детской инвалидности. В генезе крайне преждевременных родов (22–28 недель) одним из ведущих факторов является инфекционно-воспалительный процесс с вовлечением плаценты и плода в результате микробной инвазии в амниотическую полость, что подтверждается выявлением признаков хориоамнионита при гистологическом исследовании плацент.

ЦЕЛЬ

Установить факторы, ассоциированные с развитием хориоамнионита при преждевременных родах в сроке 22–28 недель беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ преждевременных родов (по причине истмико-цервикальной недостаточности или преждевременного излития околоплодных вод) в сроке 22–28 недель беременности в РНПЦ «Мать и дитя» за 2019 год. Из исследования были исключены беременные с преждевременными родами по причине тяжелой преэклампсии и соматических заболеваний у матери в стадии декомпенсации. В основную группу (группа 1) вошли 28 родильниц с гистологически подтвержденным хориоамнионитом; группу сравнения (группа 2) составили 20 родильниц без воспалительных изменений при гистологическом исследовании последа. Группы были сопоставимы по сроку родоразрешения (26,5 (25,5–27,0) недель и 26,5 (25,5–27,5) недель, U=257,0, p=0,638) и антропометрическим показателям новорожденных: в группе 1 масса и длина тела детей составили 930 (785–990) г. и 34 (32–36) см, в группе 2 – 885 (730–980) г. и 35 (33–37) см (Uмасса=702,5, p=0,738, Uдлина=256,0, p=0,623). Проведен сравнительный анализ анамнестических факторов, ассоциированных с развитием хориоамнионита. Статистическую обработку данных выполнили с использованием статистической программы «STATISTICA 10», использовали непараметрические методы статистики. Количественные показатели представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1–Q3), для сравнения двух независимых выборок использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (U). Качественные показатели представлены в виде абсолютного значения и доли (n (%)); для сравнения качественных показателей в группах и подгруппах использовали критерий $\chi 2$ с поправкой Йетса, рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95,5% доверительный интервал (ДИ). Статистически значимыми принимали различия при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные групп исследования были сопоставимы по возрасту (32 (29–34) года и 30 (26–32) лет соответственно, p=0,103) и росту (164 (160–170) см и 165 (160–171) см соответственно, p=0,950), однако были выявлены статистически значимые различия по массе тела до беременности (76 (62–93) кг и 62 (58–85) кг соответственно, U=169,5, p=0,031). В группе 1 избыток массы тела или ожи-

рение до беременности регистрировались в 68% (19) случаев, в группе 2 – в 30% (6) случаев, $\chi 2=5,27$, $p=0,022$. Следовательно, нарушение жирового обмена может являться фактором, ассоциированным с развитием хориоамнионита при крайне преждевременных родах, – ОШ 4,93 (95% ДИ 1,42–17,06). Наши данные согласуются с исследованием S.S. Kim и соавт. (2017), что женщины с ожирением имели более высокий риск самопроизвольных родов в сроке менее 28 недель беременности.

Анализ количества беременностей и родов в группах исследования выявил следующее: четверть женщин в обеих группах были первобеременными (25% (7) и 25% (5) соответственно), первородящих в группе 1 было 57% (16), в группе 2 – 45% (9), $\chi 2=0,69$, $p=0,406$. Отягощенный акушерский анамнез (медицинский аборт, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш) в группе 1 регистрировался в 68% (19), в группе 2 – в 50% (10), при этом 2 и более прерываний беременности в анамнезе являлось статистически значимым фактором, ассоциированным с развитием хориоамнионита (36% (10) и 5% (1) соответственно, $\chi 2=4,61$, $p=0,032$, ОШ 10,56 (95% ДИ 1,22–91,02)).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ анамнестических данных у женщин с крайне преждевременными родами в сроке 22–28 недель беременности выявил два статистически значимых фактора, ассоциированных с развитием хориоамнионита: избыток массы тела/ожирение до беременности (ОШ 4,93 (95% ДИ 1,42–17,06)) и наличие 2-х и более прерываний беременности в анамнезе (ОШ 10,56 (95% ДИ 1,22–91,02)).

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ СОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОДНОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Курочка М.П., Пелогеина Е.И.

Ростовский Государственный Медицинский Университет
Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Резкий рост процента кесарева сечения (КС) в мире за последние 30 лет обусловил прогрессивный рост повторных оперативных родоразрешений. Но в последнее время осуществляется поиск резервов для снижения количества абдоминальных родоразрешений в мире.

Одним из возможных путей решения данного вопроса являются вагинальные роды с рубцом на матке. Одним из грозных осложнений родов с рубцом может быть разрыв матки по рубцу. Состоятельность рубца зависит от факторов воздействующих на «незрелую» соединительную ткань, определяя ее полноценность в дальнейшем.

ЦЕЛЬ

Определение роли воспалительных факторов в нарушении формирования состоятельного рубца на матке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы анамнестические данные 105 историй родов за период 2019–2020гг. Все пациентки имели 1 рубец на матке после предыдущей операции КС. Женщины были разделены на 3 группы (в каждой по 35 пациенток): 1я группа (контроль) – женщины родившие через естественные родовые пути с рубцом на матке (35 пациенток), 2я группа (основная 1) – пациентки с несостоятельным рубцом на матке выявленным до развития регулярной родовой деятельности, 3я группа (основная 2) – пациентки с рубцом на матке, прооперированные в родах с клинически выявленной несостоятельностью рубца.

Все пациентки сопоставимы по возрасту и анамнезу, в предыдущих родах выполнена операция кесарева сечения. Средний возраст в контрольной группе 33 +/-2.4 года, индекс массы тела до беременности Me 23,4. Во второй группе средний возраст 34 +/-4 года, индекс массы тела до беременности Me 20. Средний возраст пациенток 3й основной группы 32 +/-2 года, индекс массы тела до беременности Me 23,1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе медицинской документации во всех группах отмечены внутриматочные вмешательства (неразвивающаяся беременность, гистероско-

пии), в контрольной группе 13 (37,1%), во второй группе 22 (62%), в 3ей группе 16 (45%). Воспалительные заболевания органов малого таза (хронический метроэндометрит, цервицит, бактериальный вагиноз в послеродовом периоде) в первой группе встречались у 7 пациенток (20%), в группе КС выполненного до развития родовой деятельности в 17 случаях (48,5%), в третьей группе 7 пациенток (25%).

Послеоперационные осложнения (лохиометра, заживление швов кожного рубца вторичным натяжением, серома послеоперационного шва) встречались лишь во второй и третьей группах, где имела место несостоятельность рубца на матке и составили во 2й группе 1 случай (2,8%), в 3й группе 7 случаев (20%).

При анализе патоморфологического исследования последов обращает внимание высокий процент гнойного хорионамнионита во второй 17 (48,5%) и третьей группах пациенток 24 (68,5%), в то время как в контрольной группе данный показатель составил 4 случая (11,4%). Гнойный децидуит превалирует во второй и третьей группах пациенток, 19 (54,2%) и 25 случаев (71,4%), при этом в группе контроля отмечен в гистологическом исследовании у 4х пациенток (11,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутриматочные вмешательства, воспалительные заболевания органов малого таза, послеоперационные осложнения в послеродовом периоде, являются факторами риска нарушения формирования состоятельного рубца на матке в дальнейшем.

ПОКАЗАНИЯ К ПЕРВОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ БЛАГОПРИЯТНЫМИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Курочка М.П., Пелогеина Е.И.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Федеральное Государственное образовательное учреждение Высшего образования Министерства Здравоохранения России Ростовский Государственный медицинский Университет Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние 30 лет процент кесарева сечения в Российской Федерации вырос на 30%. Такая тенденция характерна для большинства стран мира и неустанно ведется поиск путей решения этой проблемы.

Одним из резервов по снижению уровня абдоминального родоразрешения являются вагинальные роды у пациенток с одним рубцом на матке после операции кесарева сечения.

Одним из важных факторов благоприятного исхода вагинальных родов с рубцом на матке является зрелость соединительной ткани в этой области, что может обеспечить состоятельность рубца в дальнейшем.

Значимым фактором для формирования состоятельного рубца является причина, по которой пациентка впервые была прооперирована, экстренность родоразрешения может определить локализацию разреза и условия последующего заживления.

ЦЕЛЬ

Выявление основных показаний к первой операции кесарева сечения, которые могли бы обусловить формирование состоятельного рубца на матке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании мы проанализировали анамнестические данные 105 историй родов за период 2019–2020гг. У всех пациенток был 1 рубец на матке после предыдущей операции КС. Женщины были разделены на 3 группы: 1я группа (контроль) – пациентки родившие через естественные родовые пути с рубцом на матке, 2я группа (основная 1) – пациентки с несостоятельностью рубца на матке установленным до развития регулярной родовой деятельности, 3я группа (основная 2) – пациентки с рубцом на матке, прооперированные после развития регулярной родовой деятельности по поводу несостоятельного рубца на матке.

Все исследуемые сопоставимы по возрасту и анамнезу, в предыдущих родах выполнена операция кесарева сечения. Средний возраст пациенток

в контрольной группе 33 +/-2.4 года, индекс массы тела до беременности Me 23,4. Во второй группе средний возраст 34 +/-4 года, индекс массы тела до беременности Me 20. Средний возраст пациенток 3й основной группы 32 +/-2 года, индекс массы тела до беременности Me 23,1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе анализа показаний к первой операции КС было выявлено: в первой группе вагинальных родов плановые операции составили 14 (40%), экстренные 21 (60%), установленное несоответствие размеров таза и плода 4 (11,4%), ягодичное предлежание плода 10 (28,5%), преждевременные роды в сроке 32 недели 3 (8,5%), аномалии родовой деятельности 6 (17,1%); во второй группе плановые операции были выполнены в 8 случаях (22,8%), экстренные 27 (77%), установленное несоответствие размеров таза и плода 15 (42,8%), ягодичное предлежание плода 3 (8,5%), преждевременные роды в сроке 32 недели отсутствовали, аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности) 6 (17,1%).

В третьей группе пациенток плановые операции были выполнены в 8 случаях (22,8%), экстренные 27 (77%), установленное несоответствие размеров таза и плода 10 (28,5%), ягодичное предлежание плода 3 (8,5%), преждевременные роды в сроке 32 недели отсутствовали, аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности) 10 (32%).

Интраоперационно у 24 (75%) пациенток 2х основных групп было выявлено истончение рубцовой ткани до 1 мм и наличие дефекта прикрытого пузырно-маточной складкой. Патогенез слабости родовой деятельности может быть связан с нарушением архитектоники области рубцового миометрия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ показаний к первой операции кесарева сечения пациенток позволяет сделать вывод о том, что формирование состоятельного рубца вероятнее происходит при плановом характере оперативного родоразрешения, когда есть возможность четкой дифференцировки области нижнего сегмента матки. Риски нарушения полноценности рубца при последующих беременностях и родах выше, если родоразрешение было выполнено в экстренном порядке и по поводу диспропорции смешанного материнского и плодного происхождения.

СООТНОШЕНИЕ ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА (SFLT-1/PLGF) У БЕРЕМЕННЫХ С ДВОЙНЕЙ И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Курцер М.А., Сичинава Л.Г., Алажажи А.О.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Плацента-ассоциированные осложнения беременности, включающие, в первую очередь, преэклампсию (ПЭ), до настоящего времени остаются ведущей причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В тоже время, клиническая картина и течение ПЭ вариабельны: от тяжелой и быстропрогрессирующей ранней ПЭ до позднего начала заболевания, не требующей досрочного родоразрешения. Особенно актуальной остается дифференциальная диагностика ПЭ от соматических масок ПЭ при стертых формах. В настоящее время наиболее изученными и значимыми маркерами ПЭ являются факторы ангиогенеза. При одноплодной беременности доказано, что дисбаланс между ангиогенными (PLGF) и антиангиогенными (sFLT-1) факторами вовлечен в патогенез ПЭ, а высокое соотношение sFlt-1/PIGF является наиболее чувствительным и специфичным лабораторным маркером. Особую значимость диагностика и прогнозирование ПЭ приобретают при многоплодной беременности (МБ), при которой частота ПЭ в 2–10 раз выше, чем при одноплодной, а само осложнение характеризуется более тяжелым течением.

ЦЕЛЬ

Разработка нормативных значений соотношения ангиогенных факторов в динамике беременности у пациенток с двойней для ранней диагностики и оценки степени тяжести ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 105 беременных с двойней (74- ДХДА двойня, 31- МХДА двойня). I группа- 72 беременные двойней без ПЭ, II группа- 33

пациентки с двойней и ПЭ. Из исследования были исключены МХДА двойни со специфическими осложнениями: синдром фето-фетальной трансфузии, синдром анемии-полицитемии, синдром обратной артериальной перфузии. Концентрации sFlt-1 и PlGF в сыворотке крови беременных исследовали в 4 точках гестации: 20- 23,6; 24–28,6; 29–33,6; 34–36,6, которые определяли на иммунохимическом анализаторе cobas e методом электрохемилюминисценции (Roche Diagnostics GmbH, Германия). Формирование базы данных и все расчеты производились с использованием пакетов программ IBM SPSS Statistics (version 26), Microsoft Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Достоверной разницы в концентрации ангиогенных факторов и их соотношении у беременных с неосложненной ПЭ ДХДА и МХДА двойней нами выявлено не было. Вне зависимости от типа плацентации соотношение sFLT-1/PLGF у беременных с двойней и ПЭ уже с 24 недель гестации составляло 103,3, что в 20 раз превышало этот показатель при неосложненной ПЭ двойне. С помощью ROC-анализа определены пороговые значения соотношения sFLT-1/PLGF при двойне, позволяющие с высокой степенью достоверности исключить (<21,85; чувствительность 100%, специфичность 85%) и поставить (>49,4; чувствительность 71,1%, специфичность 100%) диагноз ПЭ. Соотношение sFLT-1/PLGF было выше в группе беременных с тяжелой преэклампсией по сравнению с умеренной степенью заболевания на протяжении всех исследуемых сроков гестации. У беременных с развитием ранней ПЭ показатели соотношения ангиогенных факторов превышали верхнее пороговое значение уже с 24 недель гестации (за 3–4 недели до дебюта заболевания), при поздней ПЭ- с 34 нед. Достоверно более высокие уровни sFLT-1 и соотношения sFLT-1/PLGF, по сравнению со спонтанным многоплодием, были отмечены у пациенток с индуцированной беременностью с 24–28,6 нед. гестации, чаще у этих пациенток отмечалась и тяжелая степень ПЭ (42% против 22% при спонтанном многоплодии).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанные нами нормативные значения соотношения sFLT-1/PLGF у беременных с двойней и различным типом плацентации могут использоваться не только для постановки диагноза ПЭ, но и для оценки степени тяжести и сроков манифестации заболевания.

МИКРОНУТРИЕНТНЫЙ СТАТУС В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродно

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для успешного формирования поколений здоровых людей в современном обществе есть необходимость улучшения репродуктивного здоровья и качества жизни женщин. В настоящее время наиболее распространенной доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы является миома матки. Это заболевание оказывает существенное влияние на состояние здоровья и репродуктивный потенциал женщин.

Особая роль у данной группы женщин отводится нутритивному дефициту, который в последующем в организме беременной приводит к осложнениям гестационного процесса и ухудшению здоровья новорожденных, а также объясняет развитие широкого спектра хронических заболеваний у потомства.

ЦЕЛЬ

Оценить микронутриентный статус в I триместре беременности у женщин с миомой матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе профессорского консультативного центра Гродненского государственного медицинского университета проведено исследование. Нами обследовано 60 беременных женщин, у 30 пациенток была миома матки (основная группа), а у второй половины женщин (группа сравнения) данная патология отсутствовала.

Для решения поставленной цели использованы следующие методы: анамнестический; общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные (ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза) методы исследования. Выполнен

забор крови из локтевой вены утром натощак с определением уровней ферритина, кальция i, железа, витамина Д общий, фолиевой кислоты, остеокальцина. Статистический метод – обработка данных выполнена с использованием стандартного пакета прикладных статистических программ «STATISTICA 10.0.».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами установлено, что средний возраст женщин в группе сравнения 29,2±3,5 года, в основной группе 30,4±2,9 года.

Уровень фолиевой кислоты у обследованных женщин основной группы составил 14,27±6,15 нг/мл, а у женщин группы сравнения 19,74±3,74 нг/мл ($p<0,05$).

Так, у обследованных нами женщин концентрация общего витамина D в группе сравнения варьировала в пределах 30,98±7,42 нг/мл, а в основной группе этот показатель достоверно был ниже и составил 18,26±3,72 нг/мл ($p<0,05$).

Что касается уровня кальция ионизированного, то его уровень в основной группе был выше, чем в группе сравнения и выходил за значения референтных значений и составил 1,34±0,37 ммоль/л, а в группе сравнения – 1,21±0,35 ммоль/л. Содержание остеокальцина не имело статистически значимых различий у обследуемых женщин основной группы и группы сравнения и составило 14,72±2,19 нг/мл и 16,17±2,91 нг/мл, соответственно.

Основной функцией ионов железа в составе молекул гемоглобина, миоглобина, системы цитохрома и некоторых окислительных ферментов является транспорт кислорода и участие в процессах тканевого дыхания. Достаточного количества железа с пищей не получают 20–40% населения мира.

У обследованных нами женщин в основной группе установлен низкий, по сравнению с группой сравнения уровень сывороточного железа (13,42±3,64 мкмоль/л и 27,43±7,37 мкмоль/л, соответственно в основной группе и группе сравнения) и ферритина (18,41±6,39 нг/мл и 26,81±7,28 нг/мл, соответственно в основной группе и группе сравнения).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования выявлено снижение уровня фолиевой кислоты, общего витамина D, сывороточного железа, ферритина ($p<0,05$) у беременных с миомой матки. Статистически значимых отличий уровня кальция ионизированного и остеокальцина не выявлено.

Представленные выше результаты подтверждают необходимость выявления и выполнения коррекции микронутриентной недостаточности у пациентов с миомой матки, начиная с этапа прегравидарной подготовки и продолжить ее в течение беременности.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ПОЛИАМИНОВ В ПЛАЗМЕ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Магомедова А.П., Ломова Н.А., Франкевич В.Е.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия (ПЭ) и задержка роста плода (ЗРП) представляют собой серьезные осложнения беременности и являются одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. На сегодняшний день существующие способы диагностики не соответствуют требованиям широкой клинической практики. Перспективными для включения в изучение при «плацента – ассоциированных» заболеваниях, являются полиамины (ПА).

ЦЕЛЬ

Определение уровней ПА в плазме венозной крови беременных для выявления их диагностической значимости при ЗРП И ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ФГБУ НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова было проведено пилотное одномоментное исследование, включающее 73 беременные женщины. В первую основную группу вошли 30 беременных с ЗРП, во вторую (сравнения) – 22 беременные с ПЭ и в контрольную – 21 с неосложненной беременностью. Исследование уровней ПА в периферической

венозной плазме беременных проводилось с помощью метода жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с помощью скриптов. Для оценки эффективности метода, расчета чувствительности и специфичности использовался ROC-анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате анализа клинической характеристики беременных исследуемых групп были получены статистически значимые отличия по следующим признакам: ИМТ беременных женщин достоверно ниже при ЗРП, выше при ПЭ, чем у женщин группы «норма» ($p<0,001$). Срок родоразрешения для групп ЗРП значимо отличался от контрольной группы ($p<0,001$), что объясняется необходимостью ускоренного родоразрешения по акушерским показаниям. Проведен количественный хромато-масс-спектрометрический анализ и расчет концентраций 6 полиаминов – Putrescine, Ethylendiamine, 1,6-Diaminohexane, N-Acetylputrescine, N1-Acetylspermine, Spermidine. Был проведен корреляционный анализ. Умеренная корреляционная связь при ПЭ была выявлена с 2 полиаминами– N-Acetylputrescine ($p=0,01$), Spermidine ($p=0,019$), при ЗРП с 1 полиамином – Spermidine ($p=0,02$). Для оценки возможности классификации пациентов по группам на основании исследуемых параметров были разработаны модели логистической регрессии. В качестве зависимых переменных в моделях рассматривали все возможные комбинации полиаминов. В качестве независимой переменной выступала принадлежность пациентки к группе. Из всех разработанных моделей выбирали четыре с наибольшей величиной площади под ROC-кривой (AUC). Наибольшее значение AUC при ПЭ было 0,86, а при ЗРП 0,77, у моделей, построенных на базе Putrescine, 1,6-Diaminohexane, N-Acetylputrescine, Spermidine. Однако специфичность и чувствительность отличалась (ПЭ 0,95 и 0,76; ЗРП 0,71 и 0,83 соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поскольку такие осложнения беременности как ПЭ и ЗРП сопровождаются нарушением процессов обмена веществ, как у матери, так и у плода, изучение профиля полиаминов беременных представляет большой интерес в связи с перспективностью выявления потенциальных прогностических маркеров ЗРП и ПЭ.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ

Малышкина А.И.[1,2], Таланова И.Е.[1,2], Сотникова Н.Ю.[1,2], Крошкина Н.В.[1]

1. *ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия*
2. *ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия*

Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) – одна из серьезных проблем современного акушерства, частота ПНБ в популяции составляет 1–5%, а в 80% случаев ПНБ возникает до 12 недели беременности. Пациенты с ПНБ составляют группу риска на развитие и более поздних осложнений гестации, таких как поздний выкидыш, преждевременные роды, плацентарная недостаточность и др. В настоящее время актуален поиск маркеров, позволяющих своевременно прогнозировать перечисленные осложнения у пациенток с ПНБ в анамнезе.

ЦЕЛЬ

Разработать критерии раннего прогнозирования исходов беременности у женщин с угрозой прерывания в ранние сроки и ПНБ в анамнезе на основании изучения клеток макрофагально-моноцитарного ряда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследованы 171 женщина в сроке беременности 5–12 недель. Основную группу составили 109 женщин с ПНБ и угрозой прерывания ранних сроков на момент исследования, группу контроля составили 62 женщины без ПНБ. Материал исследования- периферическая венозная кровь, в которой определялось относительное содержание IL-4+, IL-6+, IL-10+, CD178+ клеток в моноцитарном гейте на проточном цитофлуориметре. В работе были использованы моноклональные антитела. Различия между группами определены при помощи критериев t Стьюдента и Манна-Уитни,

по критериям Колмогорова — Смирнова и Шапиро — Уилка после проверки рядов на нормальность распределения. Статистически значимыми считали различия при p <0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты показали, что у женщин с ПНБ содержание моноцитов, внутриклеточно продуцирующих противовоспалительные цитокины (IL-4+, IL-10+), а также CD178+ моноцитов было достоверно ниже, по сравнению с группой контроля. На основании этих данных, был разработан способ прогнозирования прерывания беременности в сроке гестации до 22 недель (самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность) у женщин с угрожающим выкидышем и ПНБ в анамнезе по содержанию IL-10+ моноцитов. На основании содержания IL-4+ моноцитов разработан способ прогнозирования преждевременных родов у женщин с угрожающим выкидышем ранних сроков и ПНБ в анамнезе. Анализ содержания CD 178+ моноцитов позволил разработать способы прогнозирования угрожающего позднего выкидыша, плацентарной недостаточности у женщин с ПНБ в анамнезе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование в качестве дополнительных критериев прогнозирования осложненного течения беременности у женщин с ПНБ в анамнезе показателей внутриклеточной продукции моноцитов, а также их фенотипа даст возможность определить риски этих пациентов и своевременно разработать профилактические мероприятия.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Манапова Э.Р., Фазылов В.Х.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Казань

АКТУАЛЬНОСТЬ

С начала регистрации ВИЧ-инфекции в России употребление инъекционных наркотиков в течение длительного периода было основным фактором заражения, в настоящее время наблюдается гетеросексуальная передача ВИЧ почти в половине случаев. Половым путем происходит заражение ВИЧ и ИППП сексуальных партнеров ПИН, не употребляющих наркотики, вследствие этого в настоящее время в России мы наблюдаем увеличение показателя впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин. Растет неуклонно доля инфицированных женщин детородного возраста, что увеличивает риск передачи ВИЧ от матери к плоду.

ЦЕЛЬ

Оценка течения беременности и перинатальных исходов у ВИЧ-инфицированных женщин в зависимости от уровня CD4+ лимфоцитов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 72 историй родов ВИЧ – положительных родильниц: 35 (48,6%) – от 20 до 29 лет и 37 (51,4%) – от 30 до 39 лет, 63 (88%) –городские жительницы. Срок постановки на учет по ВИЧ-инфекции составил до 10 лет – у 55 женщин (76,4%), с преобладанием (70%) полового пути передачи. У 55 пациенток (76%) ВИЧ – положительные партнеры. На АРВТ до беременности находились 33 пациентки, остальным 39 пациенткам антиретровирусные препараты были назначены во время беременности, после 13 недели гестации. После коррекции терапии АРВТ получали 69 из 72 пациенток (95,8%); вирусная нагрузка (ВН) РНК ВИЧ при приеме АРВТ от 0 до 238500 коп/мл, медиана выборки составила 0 коп/мл. До беременности о своем статусе по ВИЧ-инфекции знали 50 женщин (69,4%), 22 женщины (30,6%) узнали о своем ВИЧ – положительном статусе в женской консультации по месту прикрепления при постановке на учет по беременности. Антитела к ВИЧ выявлялись методом ИФА с использованием наборов реагентов НПО ″Диагностические системы″ г. Н. Новгород и антигена p24, подтверждали диагноз методом иммунного блота с использованием тест-систем «New LAV Blot I» производства BioRad (Франция). РНК ВИЧ и РНК ВГС (с генотипированием) в плазме периферической крови идентифицировали с помощью метода ПЦР с детекцией продуктов амплификации в режиме реального времени на анализаторах COBAS TaqMan 48 (Hoffman-La-Roche, Швейцария), Abbott m2000rt (Abbott Biosystems, США). Фенотипирование лимфоцитов проводилось при помощи метода прямой реакции иммунофлуоресценции с монокло-

нальными антителами фирмы «Becton Dickinson» (США).Сопутствующая патология была выявлена на основании анамнестических данных, анализа амбулаторных карт и консультаций специалистов в соответствии с приказом МР РФ от 24.12.2012 г. (№1511 н) «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» и клиническими рекомендациями МЗ РФ от 2020 «Нормальная беременность».

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью оценки течения беременности и перинатальных исходов, все женщины были разделены на 4 группы, в зависимости уровня от CD4+-лимфоцитов до беременности. В первой группе находились 29 пациенток (40,2%) с уровнем CD4+-лимфоцитов> 500 кл./мкл; во второй – 21 (29,2%) пациентка с уровнем CD4+-лимфоцитов 350–499 кл./мкл; третья группа – 15 (20,8%) женщин с уровнем CD4+-лимфоцитов 200–349 кл./мкл; в четвертой – CD4+-клеток<200 кл./мкл– у 7 пациенток (9,8%).В первой группе средний срок родов составил 37 0/7 недель, среди которых у 42% женщин роды произошли через естественные родовые пути, а у 58% – были роды путем операции кесарево сечение, средняя оценка детей по шкале Апгар – 7,5 баллов. Анемия диагностирована у 58,6% женщин, у 37% – инфекции, передаваемые половым путем, у 27,6% пациенток был установлен диагноз ВГС.Во второй группе средний срок родов составил 37 4/7 недель, у 43% женщин роды произошли через естественные родовые пути, а у 57% – были роды путем операции кесарево сечение, средняя оценка детей по шкале Апгар – 7,9 баллов. Анемия диагностирована у 57,4% женщин, у 19% – инфекции, передаваемые половым путем, у 33,3% пациенток был установленный диагноз ВГС.В третьей средний срок родов составил 37 0/7 недель, среди которых у 40% женщин роды прошли через естественные родовые пути, а у 60% – были роды путем операции кесарево сечение, средняя оценка детей по шкале Апгар – 7 баллов. Анемия – у 67% у женщин, у 13,3% пациенток – были инфекции, передаваемые половым путем, у 26,7% пациенток был установленный диагноз ВГС. В четвертой группе средний срок родов составил 34 0/7 недель, среди которых у 29% женщин роды прошли через естественные родовые пути, а у 71% – были роды путем операции кесарево сечение, средняя оценка детей по шкале Апгар – 6 баллов. Анемия – у 71% из всех женщин, у 13,3% женщин были инфекции, передаваемые половым путем, у 14,3% пациенток был установленный диагноз ВГС.Так же отмечено, что у женщин во всех группах беременности часто осложнялись угрозами прерывания беременности, многие женщины изначально имели осложненный соматический анамнез по сердечно-сосудистым, эндокринным заболеваниям, заболеваниям почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На фоне низких показателей ВН РНК ВИЧ и высоких значениях CD4-лимфоцитов пациентки, госпитализированные на роды в ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ и получающие АРВТ, не имели клинических проявлений заболевания. Из сопутствующей патологии преобладали ИППП, ХГС и анемия. Чем выше уровень CD4+-лимфоцитов до беременности, тем благоприятнее течение и исход беременности.

КОМОРБИДНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГРАВИДАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Матвеева Э.В.

Клиника «Евромед», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

В России не более 5% женщин проводят прегравидарную подготовку, что влечет за собой несвоевременную коррекцию экстрагенитальной патологии, влияющей не только на течение гестации, но и на неэффективность требуемой терапии.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту коморбидных патологий желудочно-кишечного тракта с прогрессирующим ростом выявления в популяции (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), стеатоз печени, лактазная недостаточность, кандидоз кишечника, недостаточность холекальциферола) у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ данных амбулаторных карт 120 женщин средним возрастом 31,1±10,2года, обратившихся на плановый прием к гинекологу клиники «Евромед» в 2022 году.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ГЭРБ диагностирована у 100% пациенток, из них у 31/120 (25,8%) эрозивный вариант течения. Стеатоз печени выявлен у 19/120 пациенток (15,8%), при этом клинически значимые степени фиброза по данным эластографии сдвиговой волной имели 12/120 (10%).Различные варианты холестаза регистрировались у 53/120 женщин(44,2%). Полную или частичную неспособность усваивать лактозу имели 69/120 пациенток (57,5%), что существенно нарушает всасывание препаратов на основе лактозы, вызывает вторичные синдромы мальабсорбции и нарушение дисбиоза кишечника. Высев грибковой флоры с биоматериала кишечника положителен у 99/120 пациенток (82,5%), из них у каждой в анамнезе эпизоды кандидозного вульвовагинита.114/120 женщин (95%) имели недостаточность холекальциферола, что с учетом плейотропных эффектов вызывает целый каскад метаболических нарушений и доказательно увеличивает частоту преэклампсии, преждевременных родов, гестационных сахарного диабета. Таким образом, каждая пациентка имеет не менее 3 коморбидных заболеваний ЖКТ. Статистические данные подтверждают коррелятивные связи: наличие стеатоза печени (уз-картина в сочетании с суррогатными индексами) и возраста (chi-square, $p = 0,046$; $\chi^2(10) = 18,55$ C = 18,307 [χ^2> C]); и дефицита лактазы (chi-square, $p < 0,001$; $\chi^2(4) = 166,328$ C = 9,488 [χ^2> C]), и грибкового дисбиоза (chi-square, $p < 0,001$; $\chi^2(4) = 166,205$ C = 9,488 [χ^2> C]; и билиарной дисфункции (chi-square, $p < 0,001$; $\chi^2(6) = 166,077$ C = 12,592 [χ^2> C]. Чем выше степень фиброза печени, чем чаще эзофагит носит эрозивный характер (t-test, $p = 0,016$: $t(163) = 2,442$ C = 1,975 [t > C]; Rank correlation, $p = 0,007$; Mann-Whitney, $p = 0,008$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анатомические изменения в период гестации (объем матки, уровень стояния купола диафрагмы) сами по себе способствуют нарушению моторики ЖКТ, а в случае сочетания с фоновыми заболеваниями увеличивают риск патологического течения беременности. Патологические процессы в печени (стеатоз, фиброз, холестаз), как и лактазная недостаточность нарушают не только процессы пищеварения, но и утилизацию лекарственных средств (н-р, низкомолекулярных гепаринов). Отсутствие оптимального уровня холекальциферолов ведет к метаболическим нарушениям и матери, и плода. Выявление указанных состояний и их своевременная коррекция на этапе прегравидарной подготовки является важной составляющей предупреждения патологического течения гестации.

ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (АНЭНЦЕФАЛИИ) ПЛОДА

Мельникова В.Ю., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино»
Республика Таджикистан, город Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) остаётся широко распространенной вирусной инфекцией, характеризующейся различными проявлениями течения: от бессимптомного до тяжелых генерализованных форм с поражением внутренних органов и центральной нервной системы плода (Walker S.P. et al, 2013).

В свою очередь, врожденная цитомегаловирусная инфекция может быть результатом, как правило, трансплацентарной передачи возбудителя (при первичном заражении неиммунной беременной, реактивации ранее приобретенной инфекции во время беременности или при заражении иммунной беременной другим штаммом цитомегаловируса) от матери к плоду, реже – при заражении плода в интранатальном периоде (при наличии цитомегаловирусного поражения родовых путей (Клинические рекомендации, 2016). Учитывая тот факт, что манифестная форма врождённой ЦМВИ проявляется у новорожденного, инфицированного чаще всего, на этапе раннего фетогенеза (эмбриональная фаза при этом заканчивается

ранним выкидышем или тяжелыми пороками развития центральной нервной системы плода несовместимыми с жизнью) (Майден И.В., 2021).

ЦЕЛЬ

Изучение влияния цитомегаловирусной инфекции и вируса простого герпеса на развитие врождённых пороков центральной нервной системы (анэнцефалии) у плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения настоящих исследований проспективному анализу были подвергнуты 35 историй родов женщин, поступивших в городской родильный дом №1. На прерывание беременности по медицинским показаниям в связи с наличием тяжелого внутриутробного порока развития центральной нервной системы у плода – анэнцефалии – (15 случаев), которые составили основную группу и 20 историй родов женщин родивших практически здоровых детей, составивших группу сравнения. методом определения вирусного агента послужил ИФА, объектом исследования явились выделенные чистые культуры микроорганизмов: цитомегаловируса и вируса простого герпеса 1,2 типа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент проведения исследования возраст обследованных женщин в основной группе варьировал от 16 до 45 лет в группе сравнения – от 18 до 37 лет. Большинство женщин (78,2%) основной группы оказались активного репродуктивного возраста. В раннем репродуктивном возрасте женщины основной группы составили (9,3%), в позднем репродуктивном возрасте – (12,5%). В целом, 46,5% женщин основной группы оказались моложе 25 лет. В группе сравнения – (14,0%) женщин были раннего репродуктивного возраста, (85,0%) – активного репродуктивного возраста и (1,0%) женщин позднего репродуктивного возраста.

При проведении иммуноферментного анализа крови установлено, что антитела к цитомегаловирусу класса IgM выявлены у 26,7% женщин основной группы, в 66,7% случаев были отмечены IgG антитела к цитомегаловирусной инфекции. В группе сравнения у 25,0% женщин имелись IgG антитела к цитомегаловирусу.

При исследовании антител к вирусу герпеса наличие IgM антител регистрировалось в 6,7% случаев основной группы, наличие IgG антител выявлено в 66,7% случаев в основной группе и 25,0% случаев в группе сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный анализ данных показал высокую частоту инфицирования цитомегаловирусной инфекцией у беременных с анэнцефалией, которая диктует разработку комплекса мероприятий по проведению прегравидарной подготовки женщин, направленной на осуществление своевременной диагностики и лечения цитомегаловирусной инфекции, особенно среди молодых женщин активного репродуктивного возраста.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Милош Т.С.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно

АКТУАЛЬНОСТЬ

Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, Это многофакторный процесс, причину которого установить крайне сложно.

ЦЕЛЬ

Изучить анамнестические данные у женщин с невынашиванием беременности, установить структуру их заболеваемости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованы индивидуальные карты беременной и родильницы 37 женщин, находившихся на учете по беременности в кабинете по невынашиванию гестации в 2019 году в ГУЗ «Городская поликлиника №6 г. Гродно женская консультация №5». У пациенток были проанализированы анамнез жизни, наличие сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии, течение и исходы предыдущих и настоящей беременности, генетический паспорт, оценивали нарушения жирового обмена – вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по фор-

муле: ИМТ = масса тела (кг)/рост2 (м2). Результаты обрабатывались при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0», рассчитывали среднее арифметическое значение и стандартное отклонение или процент от анализируемой группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст беременных составил 31+3,8 лет. При исследовании ИМТ нормальную массу тела имели 22 женщины (59,46%), недостаток массы тела – 2 пациентки (5,41%), избыточную массу тела – 9 беременных (24,32%), ожирение – 4 женщины (10,81%). Из акушерского анамнеза установлено, что возраст начала менархе – 14 +1,4 года, число беременностей в анамнезе (с учетом настоящей) составило: 2 беременности – у 6 пациенток (16,22%), 3 – у 17 женщин (45,95%), 4 – в 2 (5,41%) случаях, 5 – в 4 (10,81%) наблюдениях, 6 беременностей – у 4 женщин (10,81%), 7 – у 2 пациенток (5,41%), 8 – в 1 (2,7%) случае, 11 – у 1 (2,7%) наблюдении. Самопроизвольные выкидыши отмечены у 17 женщин (45,95%), замершие беременности – у 19 пациенток (51,35%). Внематочные беременности в анамнезе у 3 женщин (8,11%), искусственный аборт – у 9 женщин (24,32%).

Гинекологическая патология отмечается у 22 женщин (59,46%), из них в анамнезе наблюдалась эрозия шейки матки в 63,64% случаев, синдром поликистозных яичников в 4,55% наблюдений, врожденные пороки развития матки в 9,11% случаев, хронический аднексит в 13,64% наблюдений, эндометриоз яичников в 4,55% случаев, уреаплазмоз в 9,11% наблюдений.

Экстрагенитальная патология отмечалась у 32 женщин (86,49%): заболевания сердца в 53,13% случаев, щитовидной железы в 18,75%, системные заболевания соединительной ткани в 6,25%, антифосфолипидный синдром в 9,38%, генетические тромбофилии в 9,38%, гиперкоагуляционный синдром в 3,13%, сахарный диабет 1 типа в 3,13%, адреногенитальный синдром в 3,13%, заболевания почек в 21,88%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, у пациенток с невынашиванием гестации встречалась патологическая масса тела, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. Невынашивание беременности ассоциировалось с числом гестаций и случаев самопроизвольных выкидышей по-ровну. Среди гинекологической патологии преобладали воспалительные заболевания шейки матки, придатков, инфекции передающиеся половым путем.

У большинства отмечалась экстрагенитальная патология с преобладанием сердечно-сосудистой и эндокринной. Вышесказанное требует их тщательного наблюдения акушером гинекологом и смежными специалистами, прегравидарной подготовки и дополнительной диагностики.

ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф., Мельникова В.Ю., Абдуллаева Р.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино»
Республика Таджикистан, город Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Состояние репродуктивного здоровья женщин, особенно молодого возраста, является серьезной медико-социальной проблемой, изменившейся в последнее время в связи с ухудшением их здоровья после пандемии Covid-19.

В настоящее время стали появляться многочисленные разноречивые сообщения о влиянии коронавирусной инфекции COVID-19 на течение беременности, родов, состояние плода и послеродовый период. Установлено, что беременные с Covid-19 значительно хуже переносят как саму беременность, так и коронавирусную инфекцию. Взаимно осложняя друг друга, они на порядок повышают риск материнской смертности. Летальные исходы на фоне коронавирусной инфекции напрямую были связаны с такими акушерскими причинами как сепсис (15%), массивные акушерские кровотечения (20%), тяжелая преэклампсия (15%), эклампсия (3,3%), HELLP-синдром (5%), эмболия околоплодными водами (3,3%).

В тоже время исследования Wang MJ et al (2020), Kampf G et al (2020) показали, что у беременных с диагнозом COVID-19 нет повышенного риска акушерского кровотечения, нет высокого риска материнской заболеваемости по сравнению с беременными женщинами без диагноза COVID-19,

но имеется риск преждевременных родов, преэклампсии с тяжелыми проявлениями, высокой частоты кесарева сечения и использования общей анестезии.

ЦЕЛЬ

Изучить медико-социальные аспекты у женщин, перенесших заболевание COVID – 19 в период беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследований ретроспективному анализу были подвергнуты 76 историй родов женщин с COVID – 19, поступивших в Городской медицинский центр г. Душанбе в период 2019–2021 гг, который был перепрофилирован для больных с коронавирусом. У всех исследуемых женщин ПЦР был положительным, с выраженной клинической симптоматикой болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов данных показал, что у большинства беременных женщин с COVID-19 – 60 случаев или 78,9% была диагностирована средняя степень заболевания, 6 случаев (7,8%) – тяжёлая форма и 10 случаев (13,1%) – лёгкая форма болезни. 3-е (3,9%) больных женщин поступили в первом, 30 (39,5%) – во втором и 43 (56,6) – в третьем триместре беременности. Возраст исследуемого контингента женщин варьировался в пределах 19 – 43 лет, в том числе в юном репродуктивном возрасте (до 20 лет) были 2-е (2,6%) женщин, в активном репродуктивном возрасте (20–34 года) – 61(80,3%) и в позднем репродуктивном возрасте (35 лет и более) – 13 (17,1%) беременных женщин. Первобеременных оказалось 19,7%, повторнобеременных – 46,0% и многорожавших – 34,2%. Большая часть – 88,1% больных беременных женщин были домохозяйками, оставшуюся часть составили работницы (9,2%) и студентки (2,7%). Помимо коронавирусной инфекции у беременных женщин были выявлены в 78,9% случаев анемия, в 64,5% случаев – пиелонефрит и у 44,7% случаев – диффузное увеличение щитовидной железы различной степени. Согласно подсчёту индекса массы тела, у 26 женщин установлена избыточная масса тела и у 21-й – ожирение различной степени. Беременность у больных женщин с диагнозом COVID-19 осложнилась в 17,1% случаев гипертензивными нарушениями, в 6,6% случаев диагностировано нарушение кровотока плода. В 6 случаях из 76 или 1 на 12,6 случаев произошла антенатальная гибель плода. У 2-х плодов была установлена эмбриофетопатия – анэнцефалия и гидроцефалия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный анализ показал, что коронавирусная инфекция наиболее часто поражала молодых женщин с наиболее часто встречающимися заболеваниями как анемия, хронический пиелонефрит и заболевания щитовидной железы, которые приводят к сниженному иммунитету; течение беременности наиболее часто осложнялось гипертензивными нарушениями; установлено, что более всего страдал плод, о чем свидетельствуют высокая антенатальная гибель плодов, нарушение кровотока и рождение детей с эмбриофетопатиями.

МОДЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ДВУХБАЛЛОННОГО КАТЕТЕРА – НОВАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ В ОСТАНОВКЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Михеева А.А., Шмаков Р.Г., Шнейдерман М.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Главной проблемой акушерства во всем мире в настоящее время остается материнская смертность (МС). Показатель МС – один из главных критериев качества оказания помощи и организации работы медицинских учреждений. В мире, практически каждые две минуты уходят из жизни женщины в следствии осложнения беременности и родов, а каждую минуту непосредственно от послеродового кровотечения. Не для кого не секрет, что акушерские кровотечения отличаются массивностью и внезапностью, что обусловлено обильным кровоснабжением малого таза во время беременности. В последнее десятилетие при кровотечениях в послеродовом периоде, в том числе после оперативного родоразрешения, применяется баллонная тампонада матки, преимуществом которой является скорость и простота применения, что немаловажно при ургентных ситуациях.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность применения баллонного гемостатора Шнейдермана в профилактике кровотечений при оперативном родоразрешении с предлежанием и врастанием плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 36 беременных с врастанием плаценты в возрасте от 20 до 40 лет (32,43 ± 5,05), находившихся на обследовании и лечении в отделениях акушерского профиля ФГБУ «НМИЦАГП им. В.И. Кулакова Минздрава России» в период с 2021 по 2022 г., которые в дальнейшем были разделены на 2 группы: с применением баллонного катетера и без него. В 20 случаях применялась управляемая баллонная тампонада (УБТ), а в контрольной группе (N=16) баллонная тампонада не применялась. Операции проводились в условиях интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов на аппарате «Cell-Saver 5».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки подгруппы с УБТ были сопоставимы с пациентками подгруппы без УБТ по возрасту и сроку беременности. Вес и индекс массы тела пациенток значимо не различался. Средний вес пациенток подгруппы с УБТ составил 71,7 ± 8,6 кг, подгруппы без УБТ – 72,4± 13,2 (p = 0,563). Средний индекс массы тела пациенток подгруппы с УБТ составил 28,3± 4,3кг/м2, подгруппы без УБТ – 25,6 ± 3,7кг/м2 (p0,681). Нами не было выявлено значимых различий по величине интраоперационной кровопотери, частоте возникновения и объему кровопотери в периоперационном и раннем послеоперационном периоде и суммарной кровопотере пациенток подгруппы с УБТ послеродовой матки и пациенток подгруппы без УБТ. В подгруппе с УБТ послеоперационная кровопотеря имела место у одной пациентки в объеме 250 мл. В подгруппе без УБТ – у трех пациенток в объеме 300, 450 и 650 мл. Суммарная кровопотеря в подгруппе с УБТ составила 725,0 (575,0 – 925,0) мл, в подгруппе без УБТ – 826,0 (730,7 – 1640,0) мл (p = 0,064).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование баллонной тампонады Шнейдермана в профилактике кровотечений при оперативном родоразрешении с предлежанием и врастанием плаценты способствует как улучшению показателей абдоминального родоразрешения, так и снижению гнойно-септических и геморрагических осложнений в послеродовом периоде.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мицкевич Е.А., Дивакова Т.С.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из самых важных проблем современного акушерства и перинатологии является невынашивание беременности. Важное место в прерывании беременности занимает цервикальный фактор. Понимание особенностей течения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН), которые имеют связь с самопроизвольным выкидышем, преждевременными родами или способствуют родоразрешению в сроке доношенной беременности позволит оказывать медицинскую помощь пациентам персонализировано, что позволит добиться лучших перинатальных результатов.

ЦЕЛЬ

Определить факторы, определяющие самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды у беременных женщин с ИЦН, разработать рекомендации по оказанию медицинской помощи в зависимости от индивидуального риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явились 300 беременных женщин с ИЦН (основная группа): 91 пациент с самопроизвольным выкидышем на фоне ИЦН, 106 пациентов с преждевременными родами на фоне ИЦН, 103 пациента со срочными родами на фоне ИЦН. Контрольную группу составили 100 женщин со срочными родами без ИЦН. Пациенты получали лечение в Витебской области Республике Беларусь в 2016–2022 гг. Изучены анамнестические данные,

особенности течения настоящей беременности, эффективность методов лечения ИЦН, заболеваемость новорожденных. Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA (12.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Определены факторы риска ИЦН и факторы, влияющие на исходы беременности на фоне сформированной ИЦН.

Факторами риска ИЦН являлись: преждевременные роды в анамнезе (ОР=1,37); ИЦН в анамнезе (ОР=1,36); ⩾2 медицинских аборта или вакуум аспирации в анамнезе (ОР=1,47); дисплазия шейки матки в анамнезе (ОР=1,35); ДЭЭ в анамнезе (ОР=1,39); ⩾3 инструментальных расширений цервикального канала в анамнезе (ОР=1,36); гиперпролактинемия (ОР=1,34); нарушения менструальной функции (ОР=1,37); НДСТ тяжелой степени (ОР=1,19). Факторами риска самопроизвольного выкидыша на фоне ИЦН во время настоящей беременности являлись: ⩾3родов (ОР=2,2); преждевременные роды в анамнезе (ОР=1,86); ИЦН в анамнезе (ОР=2,54); НДСТ тяжелой степени (ОР=1,82); гиперпролактинемия (ОР=2,16); дисплазия шейки матки во время настоящей беременности (ОР=1,86); бессимптомная бактериурия во время настоящей беременности (ОР=2,25); длина шейки матки ⩽25 мм в 16 недель гестации (ОР=10,01). Факторами риска преждевременных родов на фоне ИЦН во время настоящей беременности являлись: НДСТ тяжелой степени (ОР=1,24); длина шейки матки ⩽25 мм в 22 недели гестации (ОР=4,85). Благоприятными факторами, способствующими срочным родам на фоне ИЦН во время настоящей беременности были: длина шейки матки более 25 мм в 24 недели гестации (ОР=5,35); монотерапия ИЦН (ОР=11,88).

Эффективными методами оказания медицинской помощи пациентам с ИЦН и высоким риском самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов являются профилактическое назначение прогестерона; выполнение динамической ультразвуковой цервикометрии; выполнение профилактического вагинального серкляжа до достижения референтных значений длины шейки матки. Установленные факторы риска ИЦН, факторы, влияющие на исходы гестации у беременных женщин с ИЦН позволят прогнозировать акушерские осложнения, своевременно выполнить первичную и вторичную профилактику невынашивания, улучшить показатели перинатальной заболеваемости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокий риск самопроизвольного выкидыша у пациентов с ИЦН определяют факторы риска: ⩾ 3родов; преждевременные роды в анамнезе; ИЦН в анамнезе; НДСТ тяжелой степени; гиперпролактинемия; дисплазия шейки матки во время настоящей беременности; бессимптомная бактериурия во время настоящей беременности; длина шейки матки ⩽25 мм в 16 недель гестации.

Факторами риска преждевременных родов на фоне ИЦН во время настоящей беременности являются: НДСТ тяжелой степени; длина шейки матки ⩽25 мм в 22 недели гестации.

Снизить вероятность самопроизвольного выкидыша у пациентов с ИЦН позволяют: использование профилактического приема прогестерона; динамическая ультразвуковая цервикометрия; диагностика и лечение бессимптомной бактериурии; профилактический вагинальный серкляж при длине шейки матки 25–30 мм в 14–16 недель беременности.

Уменьшить показатель преждевременных родов у пациентов с ИЦН позволяют: профилактический прием прогестерона; динамическая ультразвуковая цервикометрия; профилактический вагинальный серкляж при длине шейки матки 25–30 мм в 20–22 недели беременности.

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ПЛАЦЕНТАРНЫЕ МИКРОРНК И МИКРОРНК, АССОЦИИРОВАННЫЕ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Морозова Е.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет)

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

МикроРНК представляют собой малые некодирующие РНК длиной около 22 нуклеотидов, которые являются важными регуляторами транскриптома и клеточных функций, специфично подавляющие экспрессию генов путем комплементарного связывания с мРНК-мишенью. МикроРНК участвуют практически во всех биологических процессах, включая развитие клеток, метаболизм, пролиферацию, дифференцировку и апоптоз. Плацентарные нарушения во время беременности, в частности преэклампсия, задержка роста плода, преждевременная отслойка плаценты, невынашивание беременности, неизменно сопровождаются изменением экспрессии плацентарных генов. Плацента экспрессирует более 600 специфичных для нее микроРНК, которые играют важную роль в ее развитии и адаптации маточно-плацентарного кровообращения. Недостаточность инвазии цитотрофобласта, отсутствие адекватной гестационной перестройки маточно-плацентарных артерий с развитием плацентарной недостаточности, генерализованное повреждение эндотелия сосудов матери, эндотелиальная дисфункция – основные звенья патогенеза преэклампсии. Изменение профиля циркулирующих в крови беременных плацентарных и ассоциированных с кардиоваскулярными нарушениями микроРНК отражает патофизиологические механизмы развития преэклампсии и может быть инструментом прогнозирования и ранней диагностики данного осложнения беременности.

ЦЕЛЬ

Изучить уровень экспрессии ассоциированных с кардиоваскулярными заболеваниями микроРНК (miR-20a-5p, miR-143–3p, miR-146a-5p, miR-181a-5p, miR-574–3p, miR-574–5p), а также микроРНК, ассоциированных с беременностью (miR-517a-3p, miR-517c-3p) в плазме крови пациенток с преэклампсией по сравнению со здоровыми беременными.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 20 женщин в сроки беременности 35–40 недель: 10 пациенток с установленным диагнозом «Преэклампсия», и 10 – с физиологическим течением беременности. Забор крови производился до начала терапевтических мероприятий с последующим центрифугированием, подготовкой и выделением микроРНК. Экстракцию РНК проводили с помощью набора miRNEasy Serum/Plasma kit (Qiagen, Германия) согласно протоколу производителя. Обратную транскрипцию с полиаденилированием осуществляли с помощью наборов MMLV RT kit (Евроген, Россия) и E. coli Poly(A) Polymerase (NEB, США). ПЦР проводили с помощью готовой смеси для ПЦР 5X qPCRmix-HS SYBR (Евроген, Россия). Расчёт относительной экспрессии осуществлялся по методу 2^DeltaDeltaCt.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Экспрессия плацентарных miR-20a-5p, miR-143–3p достоверно не отличалась у беременных с преэклампсией по сравнению со здоровыми беременными. Выявлено значимое увеличение уровней miR-146a-5p, miR-181a-5p и miR-517c-3p в 5 раз, а miR-517a-3p в 10 раз у пациенток с преэклампсией. Наиболее выраженные изменения отмечены при анализе уровня экспрессии miR-574–5p – показано 20-кратное ее повышение при преэклампсии, что позволяет рассматривать данную микроРНК в качестве потенциального биомаркера развития данного осложнения беременности. Повышение уровней микроРНК, как известно, приводит к снижению экспрессии гена-мишени в клетках трофобласта, что провоцирует нарушение инвазии трофобласта с отсутствием адекватной гестационной перестройки маточно-плацентарных артерий, развивается плацентарная недостаточность и далее – материнские симптомы преэклампсии (артериальная гипертензия, протеинурия, отеки, полиорганная дисфункция).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ дифференциально экспрессируемых при преэклампсии микроРНК может быть полезным в ранней диагностике и прогнозировании преэклампсии, однако требуются дальнейшие исследования в отношении комплексной оценки miR-146a-5p, miR-181a-5p, miR-517c-3p, miR-517a-3p и miR-574–5p для повышения прогностической и диагностической точности.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Морозова М.А., Беженарь В.Ф.

Клиника акушерства и гинекологии «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), или, преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – это нарушение целостности плодных оболочек и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности. ПИОВ осложняет 8–20% всех беременностей, а в структуре преждевременных родов составляет до 40% случаев В современном акушерстве большой интерес представляет возможность выявления факторов риска и прогнозирование ПИОВ. Также отсутствует единое мнение о тактике ведения беременности и родов при данном осложнении беременности и родов, от которой зависит риск развития инфекционных осложнений как у матери, так и у ребенка.

ЦЕЛЬ

Провести анализ течения беременности и родов у женщин с ПИОВ при различных вариантах акушерской тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй беременности и родов у 70 женщин с ПИОВ, родоразрешенных в клинике акушерства и гинекологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России за 2021 г. и I,II кварталы 2022 г. Критерии включения: возраст 18–45 лет; одноплодная беременность; доношенный срок беременности; отсутствие абсолютных показаний для проведения кесарева сечения; отсутствие острых акушерских состояний, требующих экстренного родоразрешения. Критерии невключения: возраст менее 18 и старше 45 лет; наличие сопутствующей патологии и акушерских состояний, требующих проведения абдоминального родоразрешения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 70 проанализированных историй родов пациенток с ПИОВ 30% (21 случай) были преждевременными и были исключены из дальнейшей статистический обработки. В исследуемую группу вошли 49 беременных с ПИОВ при сроке гестации от 37 нед. до 41 6/7 нед. Средняя продолжительность безводного промежутка составила 31 час 24 минуты. В 36,7% случаев (18 пациенток) применялась выжидательная тактика – консервативные мероприятия проводились в течение 72 ч с момента ПИОВ. У 53% (26 беременных) была применена активно-выжидательная тактика, заключавшаяся в преиндукции и индукции родов спустя 24 ч безводного промежутка. В данной группе четверо родов завершились операцией кесарева сечения. В остальных 5 случаях (10,3%) было принято решение о проведении активной тактики, которая предполагала родовозбуждение с момента госпитализации или по истечении 24 ч с момента ПИОВ при условии отсутствия родовой деятельности и наличия «зрелой» шейки матки. В данной группе частота кесарева сечения составила 80% (4 пациентки). Показанием для абдоминального родоразрешения в половине всех случаев при проведении активной и активно-выжидательной тактики являлся хориоамнионит. Однако, по данным гистологического исследования в 49% случаев (24 последа) было подтверждено наличие гнойно-септических процессов в оболочках, пуповине, плаценте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный ретроспективный анализ тактики ведения беременности, родов и исходов родов у женщин с ПИОВ показал, что основной проблемой при преждевременном разрыве плодных оболочек является развитие гнойно-воспалительных осложне-

ний (хориоамнионит, децидуит, плацентит). Следовательно, выбор правильной акушерской тактики, основанный на клинико-анамнестических данных, результатах лабораторных исследований и дополнительных методов диагностики поможет снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений беременных с ПИОВ. Перспективными методами для их дальнейшего изучения и внедрения могут являться исследование биомеркеров воспаления (интерлейкин-1β, интерлейкин-6, интерлейкин-8, фибронектин).

РОССИЙСКИЙ ИННОВАЦИОННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ КАТЕТЕР “FETO BALLON” ДЛЯ ФЕТОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ОККЛЮЗИИ ТРАХЕИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПЛОДА

Набережнев Ю.И., Шнейдерман М.Г., Тетруашвили Н.К., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Сенча А.Н., Шмаков Р.Г.

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

ООО «ЭКО плюс», Москва

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врожденная диафрагмальная грыжа плода является одной из актуальных проблем современной перинатальной медицины, что связано с высоким уровнем частоты встречаемости (в диапазоне от 1:2000 до 1:5000 живорожденных) и составляет до 10% всех врожденных пороков развития. Уровень летальности новорожденных с ВДГ в течение почти 40 лет продолжает оставаться неизменным и составляет от 30 до 50%. По мнению многих ученых единственным способом ее предотвращения является проведение на 24–29 неделе беременности внутриутробной эндотрахеальной окклюзии. Традиционно ее выполняют путем введения goldballon. Однако данная технология сопряжена с повышенным риском преждевременных родов при удалении данного баллона на сроке 34 недели беременности или сложности проведения реанимационных мероприятий новорожденному при сохранении этого устройства до момента родоразрешения. Таким образом, существует необходимость разработки инновационного подхода проведения фетоскопической эндотрахеальной окклюзии с применением новой модели эндотрахеального катетера и исключением необходимости повторного хирургического вмешательства во время беременности с наличием возможности для удаления баллона на этапе родоразрешения.

ЦЕЛЬ

Разработка новой модели эндотрахеального катетера и внедрение нового метода внутриутробной окклюзии трахеи плода с врожденной диафрагмальной грыжей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ в 2019 году разработана новая модель эндотрахеального катетера “ FETO BALLON ” при котором производится физиологическое удаление из трахеи баллона вместе с катетером после родоразрешения, что снижает всевозможные риски для женщины и плода. Эндотрахеальный катетер произведен путем 3D-моделирования и одноканальной экструзии термопластического синтетического материала полиэфирблокамида «Pebax». Установка баллона возможна на сроке 24–29 недель беременности, сроком родоразрешения – 37–38 недели с удалением баллона методом EXIT.

Порядок использования катетера: под контролем УЗИ фетобаллон вводят до зоны бифуркации трахеи, манжетку баллона раздувают физраствором объемом 0,8 мл., с помощью проводника отделяют длинную часть катетера от короткой части и удаляют длинную часть катетера. Раздутый баллон с короткой частью катетера остается в трахее и перекрывает вход в бронхи. При этом из полости рта плода выступает 1 см. короткой части катетера, за который после родов врач извлекает баллон из трахеи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе были проведены эксперименты на фантомах и биологических объектах.Результаты проведенных испытаний фетобаллона на био-

логических моделях подтвердили соответствие заявленным техническим параметрам.Затем проведены три фетальные операции на плодах у беременных женщинах по постановке баллона в трахею плода для снижения степени гипоплазии легких.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанная новая модель эндотрахеального катетера (ФЕТО-баллон) и использование нового метода удаления баллона позволит избежать повторной инвазивной фетальной операции и снизить возможные риски постнатальных осложнений для матери и плода.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Нормурадова Н.М., Манашова А.Р., Орынбаева С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

В формировании здоровья нации особое значение имеет состояние здоровья материнского организма и окружающая среда проживания. Изменения ЩЖ тесно связано с окружающей средой, поскольку структура и функция ЩЖ находится во взаимодействии с поступлением извне йода и других микроэлементов. Республика Узбекистан входит в число регионов с дефицитом микроэлемента йода. Гормоны ЩЖ играют ключевую роль в развитии плода, прежде всего в процессе нейрогенеза. Однако при недостаточном поступлении в организм беременной йода возникают осложнения беременности. Поэтому ранняя диагностика тиреоидной патологии при беременности имеет важное значение для предупреждения возникновения осложнений течения гестационного процесса и формирования развития плода.

ЦЕЛЬ

Улучшение диагностики диффузных заболеваний щитовидной железы у беременных женщин, путем применения современных ультразвуковых технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проводились на базе кафедры ультразвуковой диагностики ЦРПКМР, Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии МЗ РУз.

Под наблюдением находились 60 беременных женщин с тиреоидной патологией.

Исследования проводились с помощью ультразвуковых приборов Voluson P6 (General Elektric), Clear Vew 650 (Philips) с использованием высокочастотного микролинейного датчика 4–16 МГц с функцией эластографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Известно, что гормональный статус ЩЖ и гипоталамо-гипофизарной системы обуславливает изменение размеров и структуры ЩЖ. Так, в результате проведения УЗИ ЩЖ беременных в сроке 12–14 недель нами обнаружена гиперплазия ЩЖ у 37 (61,7%) пациенток и объем ЩЖ оказался значительно выше нормы и его среднее значение составило 21,7±0,9 см^3. В то же время у остальных женщин были диагностированы УЗ-признаки: неровность контуров наблюдалось у 8 (13,3%), неравномерная эхогенность у 28 (46,7%), однородная гипоэхогенная узел у 7 (11,7%), кальцинаты у 20 (33,3%). При ЦДК усиление кровотока у 17 (28,3%).

Метод эластографии позволил акцентировать внимание на изменение упругости выявленных очагов. При этом показатель упругости ЩЖ варьировался между 16,30–19,4 кПа. Диапазон упругости доброкачественных изменений колебался между 19,1–76,25 кПа. Чувствительность метода эластографии оказалась в пределах 89,3%; при этом специфичность в дифференциальной диагностике злокачественности процесса оказалась в пределах 93,4%.

Сравнительный анализ течения беременности, родов, состояния новорождённых показал, что при наличии у женщины диффузного изменения ЩЖ наблюдалось увеличение частоты встречаемости таких осложнений беременности, как угроза прерывания – у 56,3%, плацентарной недостаточно-

сти – у 12,5%, анемии – у 15,6%, преэклампсии – у 21,9%, отеков – у 34,4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при комплексном применении методов ультразвуковой диагностики при заболеваниях ЩЖ у беременных женщин значительно улучшается планирование дальнейшей тактики ведения беременности и лечения. Метод эластографии наиболее эффективен при сочетании его с другими методами ультразвукового исследования. Это связано с широким диапазоном изменения упругости тканей, где показатели имеют тенденцию к наслоению друг с другом, что может приводить к разночтениям результатов.

КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ УЗЛОВЫХ ПАТОЛОГИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Нормурадова Н.М.[1], Орынбаева С.А.[2]

ЦРПКМР, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патология щитовидной железы (ЩЖ) является одной из наиболее социально значимых эндокринопатий.

Узловые заболевания щитовидной железы (ЩЖ) относятся к одним из самых распространенных недугов человечества. Проблема выявления больных узловым зобом до настоящего времени не потеряла своей актуальности.

Гормоны ЩЖ играют ключевую роль в развитии плода. Беременность и роды, у женщин с тиреоидной патологией, характеризуются высокой частотой осложнений: отслойкой плаценты, гипертензивными расстройствами при беременности, хронической гипоксией плода, аномалиями родовой деятельности, преждевременными родами, послеродовыми кровотечениям. Особая роль в развитии тиреоидной патологии принадлежит дефициту йода в потребляемой пище. Республика Узбекистан входит в число регионов с дефицитом микроэлемента йода.

Возможность раннего выявления пациентов с узлами в ЩЖ растет в связи с совершенствованием диагностических технологий.

Сегодня УЗИ и тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТАПБ) являются основными методами выявления и верификации узлов ЩЖ.

ЦЕЛЬ

Улучшение диагностики узловой патологий щитовидной железы у беременных женщин, путем применения современных ультразвуковых технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проводились на базе кафедры ультразвуковой диагностики ЦРПКМР, Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии МЗ РУз. Под наблюдением находились 60 беременных женщин с патологиями щитовидной железы.

Исследования проводились с помощью ультразвуковых приборов Samsung Medison и Voluson P6 (General Elektric), с использованием высокочастотного микролинейного датчика 4–16 МГц с функцией эластографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным комплексного УЗИ, у 19 (31,6%) пациентов был выявлен коллоидный зоб, у 9 (15%) – кисты, у 17 (28,3%) – диффузно–узловая форма аутоиммунного тиреоидита, у 12 (20%) – аденома, у 3 (5%) больных – рак ЩЖ. Верификацию диагноза у всех больных проводили морфологически. Для узлов были характерны следующие эхографические признаки: гипоэхогенное (56%), гиперэхогенное (38%) или изоэхогенное (6%) солидное (53%) или кистозное (47%) образование неоднородной структуры (44%), правильной формы (91%), с чёткими ровными (89%) или неровными (11%) контурами, отграничением в виде ободка (88,9%), не сопровождающееся регионарной лимфаденопатией (84%). Узловой зоб чаще характеризовался сниженной эхогенностью, неоднородностью структуры, множественным поражением, чёткими контурами.

Кальцинаты (гиперэхогенные включения) в структуре узлов были выявлены в 42,3% случаев, из них в 23,7% случаев они были представлены микро-

кальцинатами. Ценную информацию в дифференциальной диагностике патологии ЩЖ внесли режимы тканевой гармоники, ЦДК, ЭДК, трёхмерной реконструкции изображения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при комплексном применении методов ультразвуковой диагностики при узлах ЩЖ у беременных женщин дает возможность информативно оценить размеры, контуры, структуру ЩЖ, определить топографо-анатомических взаимоотношений ее с окружающими тканями, дифференцировке диффузных и очаговых поражений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО – ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Оганян К.А., Беспалова О.Н.

1. *Медицинский факультет СПбГУ*
2. *ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта*

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Причина истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) не совсем понятна, но, по-видимому, связана с некоторой комбинацией структурных аномалий и биохимических факторов (например, воспаление, инфекция); эти факторы могут быть приобретенными или генетическими. Несмотря на достижения в науке и новых подходов при лечении истмико-цервикальной недостаточности эта проблема по-прежнему является актуальной. Существует 2 способа коррекции ИЦН: хирургический (трансвагинальный и трансабдоминальный серкляж) и с помощью разгружающего акушерского пессария. Способ коррекции и сроки ее выполнения выбираются индивидуально и зависят от множества факторов.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность разных методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 313 беременных женщин с самопроизвольными преждевременными родами, из них 58 (18,5±2,2%) – с истмико-цервикальной недостаточностью. Была выполнена оценка эффективности коррекции истмико-цервикальной недостаточности у беременных с ИЦН.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные женщины с истмико-цервикальной недостаточностью были разделены на IV группы. В I группу вошли 12 (20,7±5,3%) беременных женщин, у которых коррекция ИЦН не была проведена из-за выявления инфекции в мочеполовых путях, во II группу – 20 (34,5±6,2%) беременных женщин с хирургической коррекцией ИЦН (наложение трансвагинального серкляжа на шейку матки), в III группу – 19 (32,8±6,2%) беременных женщин, которым был установлен акушерский пессарий Арабин и в IV группу – 7 (12,1±4,3%) беременных женщин, которым была применена как хирургическая коррекция ИЦН, так и акушерский пессарий. В I группе средний срок, при котором произошли самопроизвольные преждевременные роды составил 26,2 недели, во II группе – 35,5 недели, в III группе – 34,8 недели и в IV группе – 32,1 недели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, свою эффективность в профилактике преждевременных родов при ИЦН, показали как хирургический метод коррекции, так и применение акушерского пессария, по сравнению с женщинами, у которых коррекции ИЦН не проводилась.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ В ДОЗОУПЛОТНЕННОМ РЕЖИМЕ У ПАЦИЕНТКИ С ТРОЙНЫМ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ

Пароконная А.А., Артамонова Е.В., Петровский А.В., Шмаков Р.Г., Стенина М.Б., Фролова М.А., Глазкова Е.В., Полушкина Е.С., Загаштокова А.К.

ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день опыт зарубежных и отечественных исследователей показывает возможность применения современных лечебных методик у беременных пациенток с диагностированным онкологическим заболеванием без прерывания беременности. Дозоуплотненные (dd – dose-dense) режимы химиотерапии, когда препараты вводятся с интервалом в 2, а не в 3 недели, показали свою эффективность, особенно при опухолях с высоким пролиферативным потенциалом. Подобный подход в лечении требует дополнительной сопроводительной терапии и не входит в рекомендательную базу по лечению рака на фоне беременности. Приводим свой опыт проведения подобного режима и его результаты у беременной пациентки.

ЦЕЛЬ

Оценка безопасности и эффективности проведения химиотерапии в дозо-уплотненном режиме у пациентки с раком молочной железы на фоне беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка 38 лет обратилась в НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина с диагнозом рак правой молочной железы T4bN0M0 (IIIB стадия); беременность 11 недель.Из анамнеза известно, что ранее, на 4-й неделе беременности, пациентка перенесла COVID-19, что не позволило ей своевременно обратиться к врачу, так как еще до беременности определяла образование в молочной железе. При обращении по месту жительства получала лечение с диагнозом «мастит». Вскрыт абсцесс. При гистологическом исследовании диагностирован рак молочной железы, инвазивный протоковый, рецепторы эстрогенов и прогестерона по 0 баллов, HER2 – 0 баллов, Ki67 90%; беременность 11 недель на момент установления диагноза. Беременность первая, дихориальная, диамниотическая двойней. Пациентка отказалась от прерывания беременности. Направлена на консультацию и лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина МЗ РФ. При осмотре всю ткань правой молочной железы занимает опухоль с участком глубокого изъязвления, полостью с гнойным содержимым вследствие распада опухоли. В правой аксиллярной области гиперплазированные лимфатические узлы. Мутаций генов BRCA1/2 методом ПЦР и методом NGS (расширенное секвенирование генов) не выявлено. С учетом стадии заболевания и фенотипа опухоли на первом этапе решено проводить неоадъювантную полихимиотерапию. Лечение возможно проводить со срока 13–14 недель беременности. Пациентка консультирована акушером-гинекологом из НМИЦ АГиП им. В.И.Кулакова: противопоказаний к проведению комбинированного лечения, включая химиотерапию, нет. Решением междисциплинарного онкологического консилиума пациентке с 14.5 недель беременности проведена неоадъювантная химиотерапия: ddAC (доксорубицин 96 мг + циклофосфамид 960 мг в/в) 1 раз в 2 нед, 4 цикла, далее – паклитаксел 80 мг/м2 в/в еженедельно,11 введений. Лечение проводилось с использованием гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) (филграстим 5 мкг/кг в течение 5 дней после каждого курса АС), на фоне антибиотикотерапии. Лечение пациентка перенесла удовлетворительно. В связи с нейтропенией 3 ст. 12-е введение паклитаксела было отменено. В течение всего периода химиотерапии пациентка находилась под динамическим контролем акушера-гинеколога. Выполнялась доплерография двойни, оценивалось состояние плодов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На сроке 36 недель 4 дня произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды дихориальной диамниотической двойней в головном предлежании: родились мальчик массой 2104, длиной 45 см, Апгар 8–9 баллов и девочка массой 2043, длиной 45 см, Апгар 8–9. Дети здоровы. Мальформаций не отмечено. В послеродовом периоде у пациентки отмечалась анемия тяжелой степени, компен-

сированная парентеральным введением препаратов железа. С учетом положительной динамики со стороны опухоли молочной железы в результате проведенной полихимиотерапии (рубцевание язвы, уменьшение в объеме опухолевой массы) на 21-е сутки после родов пациентке в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» выполнена радикальная мастэктомия справа с реконструкцией экспандером с биопсией сторожевого лимфатического узла. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка приступает к третьему этапу лечения – дистанционной лучевой терапии. По результатам гистологического исследования послеоперационного материала будет решен вопрос о необходимости постнеоадъювантной лекарственной терапии. Дети выписаны из акушерского стационара в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные результаты совместной работы двух Федеральных медицинских центров (онкологии и акушерства) демонстрируют возможность использования при необходимости дозо-уплотненного режима полихимиотерапии у беременных с минимальным риском для плода. Применение Г-КСФ не вызвало осложнений настоящей беременности при краткосрочном наблюдении.

ОСТРАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ

Пасман Н.М., Силкина Н.А.

1. *ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» (Новосибирский государственный университет, НГУ). Институт медицины и психологии В.Зельмана (ИМПЗ)*
2. *ГБУЗ НСО ГКБ№1*

Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острая жировая дистрофия печени (ОЖДПБ) беременных является редким, но потенциально фатальным осложнением. Дифференциальный диагноз данного осложнения беременности достаточно широк, в то время как результирующие эффекты, включающие коагулопатию, нарушения электролитного баланса и полиорганную дисфункцию, развиваются молниеносно и требуют неотложных действий.

ЦЕЛЬ

Изучить проблему дифференциальной диагностики острого жирового гепатоза беременных с другими осложнениями беременности (холестатический гепатоз, тяжелая преэклампсия, HELLP-синдром и др.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирован клинический случай пациентки с ОЖДПБ, родоразрешенной на базе ГБУЗ НСО ГКБ №1, г.Новосибирск.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка А., 29 лет. Поступила в родильный дом ГКБ №1 из Городской инфекционной больницы №1 по согласованию с сан. Авиацией с диагнозом: Беременность II, 38 недель. Роды II. Острый жировой гепатоз беременных? Сепсис? Отмечает появление желтушности кожи и склер в течение 3 дней, опоясывающих болей в эпигастрии. Лабораторно: ОАК – лейкоциты-24,72х109/л, Hb-112 г/л, эритроциты–4,04х1012/л, тромбоциты-307х109/л; Б/х крови – мочевина–4,5ммоль/л, креатинин–121мкмоль/л, АЛТ–493ед/л, АСТ–640ед/л, о.билирубин–119,2мкмоль/л, пр.билирубин–115,3мкмоль/л, ГГТП–82Ед/л, ЩФ–1492Ед/л, глюкоза–3,3 ммоль/л, СРБ–23,8мг/л; Гемостаз – ПТИ–50%, ПТВ–20сек, МНО–2,12, Протромбиновый тест по Квику 30%; ОАМ – белок 0г/л. УЗИ ОБП: признаки выраженных диффузных изменений паренхимы печени, поджелудочной железы, деформации желчного пузыря, спленомегалия; Рентгенография ОГК: без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Допплерометрия: умеренная брадикардия плода. Состояние тяжелое, обусловлено печеночной дисфункцией. Сознание ясное, очаговой

мозговой симптоматики нет, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. Дежурный врач выставляет диагноз: Тяжелая преэклампсия? Холестатический гепатоз? Острый вирусный гепатит? Острый жировой гепатоз беременных? Хориоамнионит? Пациентка осмотрена терапевтом: Тяжелая преэклампсия? Острый жировой гепатоз? HELLP? ДВС? Учитывая лабораторную, клиническую картину декомпенсированной патологии печени, хориоамнионит, показано экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение. Родильница переведена в отделение ПИТ. Назначена антибактериальная, гепотопротекторная, сорбционная, гемостимулирующая, метаболическая, утеротоническая терапия, нутритивная поддержка. На фоне терапии: ШКГ 14 баллов. Шкала SOFA – 8 баллов, Чайлд-Пью – 10 баллов. Гемодинамически и респираторно стабильна, температура тела 36,4 С. Диурез на фоне стимуляции лазиксом 20 мг 120мл/час. Пресепсин–1474 пг/мл. Прокальцитониновый тест >2,0 нг/мл. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов отрицательный. Бак.посевы из полости матки, брюшной полости, цервикального канала – роста нет. Антинуклеарный фактор на HEp-2 (АНФ); антитела к бета-2-гликопротеину 1; к фосфолипидам (АФЛ) – не обнаружены. Проведена телемедицинская консультация пациентки НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. Начата гипоазотемическая терапия; коррекция ВЭБ, онкотического давления; профилактика ТЭО; проведена смена антибактериальной терапии: Меропенем, Азтреонам. Выполнено 2 сеанса мембранного плазмообмена, гемотрансфузия. Улучшение общего состояния родильницы, клинических и лабораторных показателей наступило на 8 сутки послеродового периода. Для дальнейшей терапии переведена в гастроэнтерологическое отделение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тяжелые сопутствующие синдромы, такие как гипогликемия, почечная недостаточность, ДВС-синдром и энцефалопатия в сочетании с прогрессирующим ухудшением состояния, при отсутствии стойкого эффекта от проводимых методов терапии указывают на ОЖДПБ. Дифференциальный диагноз на стадии выраженных лабораторных и клинических проявлений не принципиален, в то время как рациональная маршрутизация и немедленное родоразрешение является наиболее эффективным методом терапии как ОЖДПБ, так и других осложнений беременности.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (МЕЗЕХИМАЛЬНЫХ СТРО-МАЛЬНЫХ КЛЕТОК) В КОРРЕКЦИИ РУБЦА МИОМЕТРИЯ

Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Майбородин И.В., Новиков А.М., Сухих Г.Т.

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

Москва

ЦЕЛЬ

Изучить изменения тканей маточных рогов лабораторных животных после использования экзосом мезенхимальных стромальных клеток (ЭМСК) пуповинного происхождения при моделировании абдоминального родоразрешения у крыс линии Wag.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 342 мелких 6 месячных лабораторных крыс линии Wag весом 180 – 200 г., которые были разделены на 2 группы: 153 с введением ЭМСК (9 были выведены на 8 сутки для поиска экзосом в оперированных рогах) и 189 без экзосомной поддержки (9 погибли на 12–16 сутки). Хирургические вмешательства в связи с необходимостью введения ЭМСК, а также смоделированное абдоминальное родоразрешение с последующим введением ЭМСК в область швов на маточных рогах выполнялись в условиях операционной с соблюдением правил асептики и антисептики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из группы прооперированных животных с экзосомной поддержкой, не было отмечено ни одного случая летальности, в то время как в группе сравнения погибала практически каждая двадцатая крыса – 9/189 (4,8 + 1,56%). При этом и частота мертворождений у животных, которым интраоперационно в область шва вводились экзосомы

мезенхимальных стромальных клеток была в 1,5 меньше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования показали, что введенные экзосомы в матку лабораторных животных, как интактных, так и после абдоминального родоразрешения остаются там в течение минимум 8 суток. Причём на фоне моделирования кесарева сечения экзосомы мезенхимальных стромальных клеток в некоторых случаях присутствуют в матке в большем количестве, чем после введения в интактный орган, что может быть связано с блокадой микроциркуляции крови и лимфотока при воспалении, сопровождающем хирургическое вмешательство. Постепенно количество экзосом в тканях матки уменьшается вследствие фагоцитоза макрофагами и, возможно, миграции в сосудистое русло. После инъекции экзосом мезенхимальных стромальных клеток их можно обнаружить в тканях методами световой микроскопии при соответствующем окрашивании.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКЗОСОМ МЕЗЕХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК

Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Новиков А.М., Сухих Г.Т.

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

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность предшествующего интраоперационного введения экзосом мезенхимальных стромальных клеток (ЭМСК) пуповинного происхождения для увеличения частоты самопроизвольного родоразрешения у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены две группы пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения: 1 группа (основная) – 21 повторнородящая, мотивированная на повторные самопроизвольные роды, которым интраоперационно в ходе предшествующего абдоминального родоразрешения и ушивания разреза на матке однорядным непрерывным викриловым швом проводилось введение 500 мкл ЭМСК; 2 группа (контрольная) – 20 повторнородящих, мотивированных на повторные самопроизвольные роды, родоразрешенных путем кесарева сечения с зашиванием разреза на матке однорядным непрерывным викриловым швом без экзосомной поддержки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I периоде родов проводили динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ) как в латентной, так и в активной фазе родов. Анализ УЗИ показал отсутствие значимых различий толщины нижнего сегмента между пациентками, которым применялись ЭМСК и роженицами с интактной маткой практически на протяжении всей активной фазы родов (4 и 8 см – 6,85 + 0,13 мм и 3,13 + 0,13 мм, соответственно). При этом толщина миометрия в области нижнего сегмента у женщин с экзосомной поддержкой в латентной фазе (2 см) и в середине активной фазы (6 см) была значимо ниже по сравнению с пациентками без рубца на матке (7,66 + 0,16 мм и 3,93 + 0,18 мм, соответственно), но достоверно выше, чем у пациенток без экзосомной поддержки ($p < 0,05$). У пациенток с введенными в ходе первого кесарева сечения ЭМСК, частота самопроизвольного родоразрешения достигла 15/21 (71,4%), что в 3,6 раза больше по сравнению с беременными и роженицами без экзосомной поддержки 4/20 (20%). В случае повторного экстренного КС у 6/21 (28,6%) и 16/20 (80%) проведено гистологическое исследование иссеченного рубца и его границы с миометрием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные указывают на более высокую эффективность предшествующего применения клеточных технологий. На это указывает более чем трехкратное повышение частоты самопроизвольного родоразрешения и меньшая по сравнению с женщинами без экзосомной поддержки численная плотность нейтрофилов, тучных и дегенерирующих клеток, указывающих на морфологическую полноценность рубца.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКЗОСОМ МЕЗЕХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК

Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Новиков А.М., Сухих Г.Т.

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

Москва

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность интраоперационного введения экзосом мезенхимальных стромальных клеток (ЭМСК) пуповинного происхождения для профилактики гнойно-септических осложнений у пациенток после абдоминального родоразрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены две группы родильниц, которым проводилось кесарево сечение (КС): 1 группа (основная) – 60 первородящих женщин, которым интраоперационно в ходе абдоминального родоразрешения и ушивания разреза на матке однорядным непрерывным викриловым швом проводилось введение 500 мкл экзосом мезенхимальных стромальных клеток пуповинного происхождения; 2 группа (контрольная) – 100 женщин, родоразрешенных путем КС с зашиванием разреза на матке однорядным непрерывным викриловым швом без экзосомной поддержки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех родильниц основной группы послеоперационный период протекал без осложнений, и они достоверно раньше выписывались из акушерского стационара (послеоперационный койко-день – 4,26+0,09 в сравнении с группой контроля, в которой послеоперационный койко-день составлял 5,33+0,38, $p < 0,05$). У пациенток основной группы не было гнойно-септических осложнений, в то время как в группе сравнения послеродовый период осложнился в 6/100 (6%) случаях метроэндометритом и в 3/100 (3%) случаях – лохиометрой (3%). У пациенток, которым в ходе первого кесарева сечения вводились ЭМСК – признаков неполноценности рубца и «ниши» не обнаружено – толщина миометрия в области рубца по данным МРТ составила 8,14 (1,04) мм, тогда как во второй группе – 6,7 (2,09) мм ($p=0,005$). В то же время у 6/40 (15%) женщин из 2 группы, которые перенесли послеродовый метроэндометрит имело место истончение послеоперационного рубца менее 2 мм с формированием «ниши» на протяжении 4–6 мм. По данным УЗИ толщина миометрия в области рубца у женщин после ЭМСК составила 7,86 (0,91) мм, что оказалось значимо больше показателей 2 группы – 6,9 (1,02), $p = 0,006$. При этом в контрольной группе практически у каждой четвертой пациентки (7/30 (23,3%) выявлены признаки неполноценности рубца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные указывают на более высокую эффективность интраоперационного использования ЭМСК по сравнению с традиционным ведением послеродового периода. На это указывает отсутствие гнойно-септических осложнений, достоверное увеличение толщины рубца по данным МРТ и УЗИ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Покусаева В.Н., Фофонова И.Ю., Фридман Т.Ю., Мариновичева Е.И.

Смоленский государственный медицинский университет

Смоленск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на продолжающееся снижение числа абортов в Российской Федерации, вопрос повышения эффективности и безопасности искусственного прерывания беременности до настоящего времени остается одной из серьезных медицинских проблем. Следует отметить, что основная часть

искусственных абортов проводится по желанию женщины, однако в ряде случаев возникает необходимость досрочно завершить гестационный процесс по медицинским показаниям. Сложность и ответственность такого вмешательства определяется высокой частотой непосредственных и отдаленных осложнений. Снижение их частоты может быть достигнуто в том числе совершенствованием методик искусственного прерывания беременности на поздних сроках.

ЦЕЛЬ

Анализ эффективности и безопасности медикаментозного прерывания беременности во 2 триместре у различного контингента женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены пациентки, направленные на прерывание беременности по медицинским показаниям в 12+0 – 21+6 недель беременности. Неэффективным случаем прерывания считали аборт, потребовавший использования дополнительных (первоначально не планировавшихся) методов прерывания. Безопасность оценивали по наличию непосредственных и отсроченных осложнений (кровотечение, хирургическая травма, гнойно-септические и анестезиологические осложнения).

В окончательный анализ включено 66 женщин в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст 32,3±6,3 года). У всех пациенток, по данным медицинской документации, настоящая беременность была желанной. Первобеременными оказались 16 (24,2%) женщин. У половины (34 – 51,5%) предшествующие беременности заканчивались родами. У четверти (16 – 24,2%) репродуктивный анамнез был отягощен самопроизвольными и искусственными абортами.

Показаниями для прерывания беременности явились следующие заболевания и состояния:

1. со стороны матери – 6, в том числе:

- психическое заболевание – 3;
- воздействие тератогенных факторов в 1 триместре) – 3;

2. со стороны плода – 60:

- подтвержденные хромосомные заболевания – 24;
- пороки развития – 36.

У одной из 3 пациенток с приемом потенциально тератогенных лекарственных препаратов в 1 триместре после патологоанатомического исследования абортуса были диагностированы множественные анатомические аномалии.

Способы прерывания беременности:

- Медикаментозным способом – 52 (78,9%)
- Хирургическим способом – 14 (21,1%)

1. Гистеротомия – 3
2. дилятация и кюретаж – 4
3. медикаментозная подготовка антипрогестинами и кюретаж – 7

РЕЗУЛЬТАТЫ

При хирургическом и комбинированном методе (медикаметозная подготовка антигестагенами, дилятация и кюретаж) все беременности были прерваны успешно одномоментно. Кровопотеря не превысила стандартную для данной манипуляции.

Медикаментозное прерывание беременности без эффекта в 2 (3,8%) наблюдениях: аборт в одном случае успешно закончен дилятацией и эвакуацией плодного яйца и в одном при проведении хирургической эвакуации плодного яйца развилось массивное кровотечение, что потребовало экстирпации матки (патогистологическое заключение – врастание плаценты).

Осложнений, связанных непосредственно с проведение манипуляции искусственного прерывания беременности ни при хирургическом, ни при медикаментозном прерывании беременности нами не зарегистрировано.

Среднее количество дней проведенных в стационаре по поводу прерывания беременности при хирургическом прерывании беременности составил 7,6±1,2 койко-дня, при медикаментозном – 6,7±0,4 ($p<0,05$).

При наличии рубца на матке беременность во втором триместре была прервана 9 пациенткам: у 8 (88,9%) произошел полный аборт, 1 – прием мифепристона и мизопростола по рекомендованное клиническим протоколом схеме не дал желаемого эффекта. Процедура была закончена дилятацией. попыткой эвакуации плодного яйца с последующей экстирпация матки (недиагностированное при предабортном обследовании врастание плаценты). В целом эффективность медикаментозного прерывания беременности составила 96,2% (50 из 52), при наличии рубца на матке – 88,9% (8 из 9).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, медикаментозное прерывание беременности является эффективным, безопасным и экономически выгодным методом проведения искусственного аборта во 2 триместре, в том числе у пациенток с рубцом на матке.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Романовская А.В., Денисюк Н.Е.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Саратов

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ведущее место в патогенезе COVID-19 занимает интоксикационный синдром. Степень его выраженности определяет тяжесть течения, возникновение осложнений и исход заболевания. В клинической картине новой коронавирусной инфекции интоксикация проявляется лихорадкой различной степени выраженности, головной и мышечной болью, слабостью, адинамией, в некоторых случаях, диспептическими расстройствами.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности дезинтоксикационной терапии у беременных с COVID-19 путем обработки полученных в результате комплексного изучения клинико-лабораторных показателей эндогенной интоксикации с учетом патогенетических механизмов ее формирования и тяжести течения вирусной инфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Определение уровня прогностических лабораторных маркеров новой коронавирусной инфекции проводилось в разгар болезни у 243 беременных со среднетяжелой и тяжелой формой COVID-19 в сравнении с небеременными женщинами с подобной тяжестью заболевания (100 человек). Исследуемые больные были разделены на 4 группы: 2 группа – 187 беременных со среднетяжелой формой (76,95%), 3 группа – 56 беременных с тяжелой формой течения вирусной инфекции (23,04%), 4 группа – 65 небеременных женщин со среднетяжелой формой (65%) и 5 группа – 35 небеременных женщин с тяжелым течением COVID-19 (35%). В качестве контрольных значений уровня лабораторных прогностических маркеров взято исследование 20 проб сывороток здоровых беременных женщин во II и III триместрах беременности. В исследование прогностических маркеров включили такие маркеры, как С-реактивный белок, прокальцитонин, ферритин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди беременных со средней тяжестью заболевания (187 беременных) в абсолютном большинстве случаев (78,6%) уровень СРБ превышал норму в 6–9 раз, у 18,7% он определялся до 3 норм и выше 9 нормальных значений был у 2,6% пациенток. В группе беременных с тяжелым течением заболевания (56 больных) только в 8,9% случаев он превышал норму в три раза, в 6–9 раз этот показатель превышал норму у половины больных – 53,5%, более, чем в 9 раз превышение нормы С-реактивного белка отмечено более, чем у трети больных – в 37,5% случаев. В группах небеременных женщин показатели уровня С-реактивного белка несколько отличаются от беременных: так, в группе больных средней тяжести (65 женщин) в 46,1% случаев этот показатель не превышал в 6 раз нормальный уровень, в 49,2% случаев от колебался в пределах от 6 до 9 норм и лишь в 4,6% от превышал 9-кратный нормальный уровень. В группе небеременных больных с тяжелым течением коронавирусной инфекции (35 женщин) не превышал трехкратный уровень у 11,4%, от 3- до 6-кратного увеличения уровень СРБ колебался у 68,5% и у 20% больных из этой группы он превышал 9-кратное увеличение.

Уровень прокальцитонина во второй группе (187 беременных со среднетяжелой формой заболевания) практически не превышал референсных значений: у 80,7% больных он был в норме, и менее 2,0 нг/мл он отмечен у 19,2% больных. При тяжелой форме коронавирусной инфекции нормальные показатели ПКТ наблюдались более, чем у половины больных (вне зависимости от объема поражения легких – в наших наблюдениях от 25% до 75%) – у 55,3%, что свидетельствует об отсутствии присоединения бактериальной инфекции. В пределах от 0,5 нг/мл до 2 нг/мл он отмечен у 26,7% больных, у 14,2% тяжелых больных уровень ПКТ колебался от 2 нг/мл до 10 нг/мл, что говорит о возможном

присоединении бактериального компонента. И у 2 больных (3,5%) он превысил 10 нг/мл – это больные, умершие от присоединившегося сепсиса.

Уровень ферритина в различных группах беременных – в контрольной группе из 20 здоровых беременных уровень ферритина был ниже 150 мкг/л, у 96,2% беременных со среднетяжелой формой коронавирусной инфекции он также был в пределах референсных значений (ниже 150 мкг/л), лишь у 3,7% беременных этой группы содержание ферритина в сыворотке крови колебалось от 150 до 250 мкг/л. Совершенно другая картина наблюдалась в группе беременных с тяжелой формой COVID-19, референсные значения содержания ферритина (до 150 мкг/л) отмечены лишь у 53,5% пациенток, у 32,1% его содержание колебалось в пределах 150 – 250 мкг/л, а у 14,2% – превышало 250 мкг/л.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важно отметить, что ни один маркер отдельно не несет диагностической ценности, лишь в комплексе со всеми биохимическими показателями можно судить о состоянии иммунной системы и склонности к развитию тяжелых осложнений при новой коронавирусной инфекции. Комплексное обследование позволяет прогнозировать развитие заболевания, его исход, а также корректировать схемы лечения.

ЧАСТОТА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПОСЛЕ ВРТ

Росюк Е.А., Иванова А.Н.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наступление беременности после ЭКО или ЭКО/ИКСИ не является абсолютным показанием для проведения оперативного родоразрешения. Однако, зачастую, у таких пациенток есть еще несколько относительных показаний, которые в совокупности определяют необходимость проведения операции кесарево сечение.

ЦЕЛЬ

Определить частоту операции кесарево сечение у женщин с бесплодием после ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентки, принимавшие участие в исследовании, наблюдались по беременности в АО «Центр семейной медицины» города Екатеринбурга. Ретроспективное сопоставление данных о способах родоразрешения имело место у 401 женщины с диагнозом «бесплодие». Для достижения цели исследования мы выбрали пациенток в возрасте от 18 до 35 лет (n=294). Женщины младше 18 лет (таких не оказалось) и старше 35 лет (n=107) вошли в группу исключения, чтобы исключить дополнительные показания для кесарева сечения. Ювенильная беременность может сопровождаться слабостью родовой деятельности в связи с незрелостью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Пациентки старше 35 лет могут иметь экстрагенитальную и генитальную патологию, затрудняющую ведение родов через естественные пути.

Первую группу сравнения составили родильницы с естественным зачатием (186 человек, 63,27%), вторую группу – женщины после ЭКО – 108 человек (36,73%). При статистическом анализе полученных результатов применялись методы описательной и вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин с бесплодием составил 30,4±0,16 лет. Наиболее частым исходом являлись самостоятельные срочные роды – 140 человек (47,62%), самостоятельные преждевременные роды имели место в 3,4% (10), срочные оперативные роды – 40,48% (119), преждевременные оперативные – 8,5% (25).

При проведении сравнительного анализа частоты операции кесарево сечение у женщин с естественным зачатием и после ВРТ мы определили тенденцию к повышению частоты операции у пациенток после ЭКО – 44,44% (48), тогда как в первой группе – 38,17% (71) (p>0,05). Частота самостоятельных срочных родов у женщин первой группы составила 55,38% (103), во второй – 34,26% (37); самостоятельные преждевременные роды в первой группе – 2,15% (4), во второй – 5,56% (6) (p=0,646).

Мы увидели достоверное повышение частоты преждевременных оперативных родов в группе женщин после ЭКО – 15,74% (17), тогда как после естественного зачатия эта цифра составила 4,3% (8) (p=0,048).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У женщин с бесплодием после ЭКО частота операции кесарево сечение в сроке до 37 недель беременности достоверно выше по сравнению с пациентками без ВРТ. Процент операции кесарево сечение в сроке более 37 недель достоверно не отличается у женщин с естественным зачатием и у пациенток клиник ЭКО.

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Дражина О.Г.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Неразвивающаяся беременность – это внутриутробная гибель эмбриона, которая не сопровождается его самопроизвольным изгнанием из полости матки, связана с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время. Несмотря на активное изучение этиологических факторов и патогенетических механизмов, частота неразвивающейся беременности остается стабильно высокой и составляет 45–88,6% самопроизвольных выкидышей на ранних сроках. Несмотря на известные факторы риска неразвивающейся беременности, проводимые лечебно-профилактические мероприятия при несостоявшемся выкидыше не всегда оказываются эффективными. Это обуславливает приоритетное значение углубленного исследования причин и факторов риска неразвивающейся беременности у женщин репродуктивного возраста.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности этиологии неразвивающейся беременности по данным современных литературных источников; выделить этиологические факторы риска развития данной патологии на примере пациенток УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили 32 медицинские карты стационарных пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделении УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска в 2021–2022 году, которым был выставлен диагноз «Неразвивающаяся беременность». (код по МКБ-10 О 02.1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст обследованных пациенток составил от 21 до 43 лет (Мо=36 лет, Ме=35,5 лет). Среди обследованных пациенток 7 женщин были в возрасте 20–29 лет, 20 — 30–39 лет, 5 — 40–49 лет. Чаще неразвивающаяся беременность встречалась в срок до 12 недель (78,1%), реже – в срок от 16 до 20 недель (6,25%). Неразвивающаяся беременность была зарегистрирована у первородящих пациенток – в 5 (15,6%) случаях, у повторнородящих – в 10 (31,25%) и в 17 (53,15%) случаях – у многорожавших.

Нами также выявлена чёткая связь гибели плодного яйца с сезоном зачатия: максимум встречаемости приходится на периоды, соответствующие зачатием на «стыках» овуляторных и ановуляторных циклов, т.е. в периоды смены сезонов года (март, май, сентябрь, декабрь).

В нашем исследовании неразвивающуюся беременность в анамнезе имели 5 (15,625%) женщин, аборты – 5 (15,625%) женщин, самопроизвольный выкидыш наблюдался у 3 (9,375%) пациенток. Из часто встречаемых гинекологических заболеваний у 7 (21,88%) женщин в анамнезе была миома матки, у 5 (15,63%) – образования яичников (кисты). Отягощенный акушерский анамнез выявлен в 19 (59,38%) случаях, кольпит – в 2 (6,25%) случаях, 6 (18,75%) женщин были с рубцом на матке. Сочетание разной гинекологической патологии наблюдалось у 2 женщин. Также следует отметить наличие экстрагенитальной патологии, которая имела место в 17 (53,13%) случаях, из них 3 (17,6%) пришлось на хронический пиелонефрит, 9 (52,94%) – на хронический аутоиммунный тиреоидит, 4 (23,53%) – на бронхиальную астму, 3 пациентки (13,63%) имели ожирение I и II степени. 13

(40,63%) пациенток имели признаки гиперкоагуляции в коагулограмме. У 1 пациентки неразвивающаяся беременность была выявлена после ЭКО. Необходимо обратить внимание на наличие в анамнезе данных о перенесенной ранее коронавирусной инфекции COVID-19 у 15 (46,88%) пациенток, 3 из которых заболели во время беременности.

При патоморфологическом исследовании соскоба выявлены структурные и функциональные изменения эндометрия: хронический аутоиммунный эндометрит с развитием синдрома восстановительно-пластической недостаточности («тонкий» эндометрий), что подтверждает ведущую роль инфекционного фактора в развитии неразвивающейся беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, причины неразвивающейся беременности многообразны, часто они сочетаются. Нами установлено, что риск развития неразвивающейся беременности многократно возрастает при сочетании двух и более факторов.

Доминирующими факторами при неразвивающейся беременности по данным литературы являются инфекция, генетические и гормональные нарушения, что также подтверждается нашими исследованиями. В то же время аутоиммунные заболевания (АФС) и гиперкоагуляционный синдром существенного значения при данной патологии не имеют.

Важным фактором неразвивающейся беременности является отягощенный гинекологический и акушерский анамнез, сопутствующая соматическая патология, особенно патология щитовидной железы.

Приведенные данные исследования следует учитывать при выборе тактики профилактических и лечебных мероприятий по поводу неразвивающейся беременности у женщин репродуктивного возраста.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Салимова З.Дж., Сайдалиева Д.А., Додхоева М.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Республика Таджикистан, город Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) по фатальному исходу для матери и плода все ещё остаётся в числе наиболее грозных осложнений беременности и родов. Эта патология, несмотря на относительно не высокую частоту, продолжает занимать ведущее место в структуре как материнской, так и перинатальной, заболеваемости и смертности в нашей стране (Мухаммадиева С. М., 2020). Поэтому, исследователи периодически, вновь возвращаются к изучению причин развития этого осложнения в зависимости от изменившихся климатогеографических, региональных и современных взглядов причин развития акушерских осложнений. Какие же произошли изменения в структуре медико-социальных факторов ПОНРП за последние годы?

ЦЕЛЬ

Изучение медико-социальных аспектов преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты на современном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы 34 истории родов беременных и рожениц, поступившие по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) в городской родильный дом №1 в 2021 году из 40 случаев ПОНРП. В целом, частота ПОНРП за год составила 0,61% по отношению к 6542 родам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 34-х случаев ПОНРП 25 беременных и рожениц были с полной и 9 случаев – с частичной ПОНРП. Возраст поступивших беременных и рожениц колебался в пределах 19 – 39 лет, в среднем 30,3±5,9 лет. Возраст 2-х женщин соответствовал юному, 22-х женщин – активному и 10 женщин – позднему репродуктивному периоду. 73,5% оказались домохозяйками. Масса тела колебалась в пределах 41–107 кг, средний индекс массы тела составил 25,3±5,2. Среди сопутствующих заболеваний, наиболее часто был установлен хронический пиелонефрит (55,9%), диффузное увеличение щитовидной железы (44,1%) и анемия (26,5%). У 13

пациенток (38,2%) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла на фоне тяжёлой преэклампсии. У 26,5% беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности. Причём, сбор репродуктивного анамнеза показал, что у 38,2% пациенток было указание на самопроизвольные выкидыши от 1 до 5 в анамнезе. Мертворождаемость за счёт антенатальной (6 сл.) и интранатальной (2 сл.) гибели плодов при этом осложнении составили 23,5%о. В 17 случаях ПОНРП произошла при доношенном сроке беременности, в 17 сл. – при недоношенном. В 6 случаях диагностирована антенатальная гибель плодов, в 2-х- интранатальная потеря плода. Из 34-х случаев 31 женщина была родоразрешена в экстренном порядке абдоминальным путём – операцией кесарево сечение, 3-е женщин родили через естественные родовые пути. В 8 случаях развились коагулопатические кровотечения в результате острого ДВС, в 18 сл. было диагностировано гипотоническое кровотечение, при сочетании которых в 3-х случаях пришлось завершить радикальной мерой – надвлагалищной ампутацией матки. Перинатальные исходы также были неудовлетворительные. Из оставшихся живых детей – 8 родились в тяжёлой асфиксии, 10 – с недостаточной массой тела.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом проведенный анализ случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты показал, что по сравнению с последними десятилетиями прошлого века наблюдается омоложение ПОНРП – эта патология остаётся самой грозной и серьёзной проблемой в службе родовспоможения среди женщин молодого возраста; если в те года эта патология встречалась преимущественно при анемии, то в настоящее время она развивалась у пациенток с хроническим пиелонефритом в сочетании с тяжелой преэклампсией; у каждой третей женщины, поступившей с ПОНРП, в анамнезе было указание на самопроизвольные выкидыши и у каждой 4-й – угроза прерывания настоящей беременности. Все вышеприведенные данные диктуют о необходимости глубокого изучения патогенеза данного осложнения беременности, на основе которого необходимо разработать весомые профилактические меры по предотвращению этого грозного акушерского осложнения.

БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Самойлова Ю.А., Игнатко И.В., Чурганова А.А., Рассказова Т.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Снижение скорости клубочковой фильтрации у пациенток с развившейся почечной недостаточностью является предиктором неблагоприятного исхода беременности.

ЦЕЛЬ

Изучить течение и исход берменности у пациенток с ХПН 5 стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлена тактика ведения беременности у пациентки А. 34 лет, после перенесенной двусторонней нефрэктомии. За год до наступления беременности, получала заместительную почечную терапию в режиме ГДФ on-line, с применением высокопоточных диализаторов типа «bellco», по 4 часа 30 минут за процедуру – доза диализа составляла 13 часов 30 минут в неделю.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С 7 недели гестаии кратность диализа была увеличена до 6 раз в неделю, длительность одной процедуры составляла 5 часов, доза диализа – 30 часов в неделю. Лабораторные показатели азотемии были стабильны, уровень додиализной мочевины колебался от 10,5 до 11,2 ммоль/л, уровень додиализного креатинина составлял 500 ммоль/л. Описанный объем заместительной почечной терапии пациентка получала до 19–20 недель гестации. В ноябре 2020 года отмечено нарастание уровня азотемии, женщина обратилась в ГКБ им С.С Юдина, где был поставлен диагноз: хроническая почечная недостаточность 5Д ст. Лечение программным гемодиализом с 04.01.2019 г. Системный васкулит. Синдром Чарга-Стросса (эозинофильный гранулематоз с полиангиитом) с поражением почек, легких. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Состояние после одномоментной билатеральной нефрэктомии и аллотрансплантации родственной

почки от 17.03.2005 г. Рецидив терминальной хронической почечной недостаточности. Трансплантатэктомия от августа 2019 года. Беременность 19–20 недель. Угроза прерывания беременности. Первые роды в 34 года. Вторичный гиперпаратиреоз, реконструкция АВФ от 01.04.2019. Токсоплазменный нейроретинит с поражением правого глаза, ремиссия, витрэктомия справа от 2014 года. Хронический вирусный гепатит В, минимальная вирусная активность. Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма. Осложненная катаракта. Миопия средней степени.

При госпитализации уровень додиализной мочевины и креатинина составляли 21,1 и 620,3 ммоль/л соответственно. В стационаре пациентка получала заместительную почечную терапию 6 раз в неделю по 5 часов сеанс, в режиме ГДФ on-line. При госпитазации были достигнуты следующие показатели контроля азотемии: уровень додиализной мочевины составлял от 8,8 до 9,7 ммоль/л, при ежедневной заместительной почечной терапии, отмечался рост до диализной мочевины до 17,3 ммоль/л, при однократном пропуске процедуры. Уровень до диализного креатинина составлял от 366 до 401 ммоль/л при ежедневной заместительной почечной терапии и его рост до 594,9 ммоль/л при однократном пропуске процедуры. Такая тактика позволила пролонгировать беременность без признаков плацентарной недостаточности (ПН). В связи с нарстанием азотемии повторно беременная была госпитазированна на сроке гестации 22 недели. Дозу диализа увеличили до 5 часов 30 минут за процедуру – 33 часа в неделю. Был достигнут оптимальный уровень азотемии, а пациентка переведена на амбулаторный этап заместительной почечной терапии. Позднее отмечалось снижение гемоглобина до 89 г/л и уровня железа до 5,8 ммоль/л. Были назначены «дарбэпоэтин альфа» 30 мг в неделю, «эпоэтин альфа» 6000 МЕ в неделю и «ликфер» 100 мг в неделю. Уровень гипокальциемии достигал 1,75 ммоль/л, что стало основанием для проведения заместительной почечной терапии с применением кислотного концентрата АС-F 313 с концентрацией калия 3,00 ммоль/л, кальция 1,75 ммоль/л, глюкозы 1,00 г/л. Гипокальцеимия была компенсирована до 2,12–2,27 ммоль/л. Уровень фосфора за все время наблюдений оставался в пределах нормативных значений – от 1,57–178 ммоль/л. Уровень паратиреоидного гормона составлял 33 пкг/мл, коррекция не проводилась.

С 27 недели отмечен рост азотемии, уровень мочевины и кратинина составлял 28,2 и 715 ммоль/л соответственно. Выявлена ПН и ее прогрессирование. Доза диализа была увеличена до 7 раз в неделю – 38 часов 30 минут в неделю. На сроке гестации 32 недели в результате декомпенсации ПН пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения под спино-эпидуральной анастезией. Родилась девочка массой 1400 г, длиной 39 см, с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. Родильница и новорожденная были выписаны в удовлетворительном состоянии на 8 и 37 сутки соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанная тактика позволила пролонгировать беременность до срока, прогностически благоприятного с перинатальных позиций.

ТЭЛА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Самойлова Ю.А., Игнатко И.В., Чурганова А.А., Рассказова Т.В., Меграбян А.Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

ТЭЛА одно из наиболее тяжелых экстрагенитальных осложнений беременности. Выбор лечебной тактики у беременных с ТЭЛА-одна из наиболее сложных проблем, возникающих в хирургической и акушерской практике. Недостаточная верификация диагноза грозит неадекватным лечением, в то время как ряд диагностических методов, являющихся золотым стандартом скрининговой оценки, не применимы во время беременности и должны быть использованы по строгим показаниям определяют высокую степень неблагоприятных исходов, что в свою очередь ведет к увеличению материнской смертности. Мультдисплинарный подход во время беременности при ТЭЛА приводит оптимизации лечебной тактики, способствуя благоприятным материнским и перинатальным исходам.

ЦЕЛЬ

Выбор оптимальной хирургической и акушерской тактики у беременных с верифицированным диагнозом ТЭЛА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён анализ течения беременности, родов, методов родоразрешения у 12 беременных женщин с ТЭЛА.

Обследование включало исследование: оценку клинической симптоматики, ЭКГ, ЭХО КГ, лабораторное обследование, УЗДГ вен нижних конечностей, по показаниям: КТ ангиопульмоногрфию, сцинтиграфию (3 (25,0%) наблюдения). Проводилась динамическая оценка симптомокомплекса ТЭЛА, коагулологическое исследование крови (тромбоэластометрия и тромбодинамика), также инструментальное обследование состояния центральной гемодинамики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин составил 31,5±1,24 г. Первородящих было 42,9%, повторнородящих – 57,1%. Сроки гестации, при которых возникала ТЭЛА: 1 (8,3%) до беременности; 2 (16,7%) до 10 нед беременности, 7 (58,3%) – II триместр, 2 (16,7%) – III триместр беременности. При расширенном обследовании только у 3 выявлены значимые наследственные формы тромбофилии. Только у 2 (16,7%) беременных не найдено генетических мутаций, связанных с тромбофилиями. После верификации диагноза ТЭЛА при проведении мульдисциплинарного консилиума определялась дальнейшая тактика ведения. В одном (8,3%) клиническом наблюдении был проведен системный тромболизис с последующей постановкой кава фильтра. Проведенная тромболитическая терапия оказалась эффективной и безопасной для матери и плода. Тромболизис позволил благополучно завершить беременность. В одном (8,3%) наблюдении (срок гестации 9 недель) произведена тромбэктомия из легочной артерии и ее ветвей в условиях искусственного кровообращения. Хирургическое лечение в условиях искусственного кровообращения у беременных при наличии показаний позволило сохранить жизнь и женщине, и не оказать негативного влияния на внутриутробное развитие плода, однако данный метод безусловно требует дальнейшего накопления опыта и анализа. В 10 (83,3%) наблюдениях после постановки диагноза ТЭЛА наблюдений применялась терапия НМГ, у 8 (66,7%) был установлен ква фильтр. В качестве антикоагулянтной терапии применяли гепарин или низкомолекулярные гепарины с подбором дозы препарата, за 12 часов до родоразрешения препарат отменяли, возобновляя приём через 4–6 часов после родоразрешения. В послеродовом периоде антикоагулянтная терапия продолжалась до 4–6 месяцев. Мультидисциплинарный подход и своевременная диагностика, а также адекватно подобранная терапия позволила благополучно пролонгировать беременность до доношенного срока в 98% случаев (исключением явилось развитие регулярной родовой деятельности у пациентки при сроке гестации 34–35 недель), что привело к улучшению материнских и перинатальных исходов и снижению вероятности развития повторных ВТЭО. Родоразрешение путем кесарева сечения было произведено 10 (83,3%) беременным, у 1 (8.3%) пациентки роды были через ЕР. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар составила 8,3±1,75 на 1 минуте и 8,6±1,24 балла на 5 минуте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ведении данной категории беременных необходим интегрированный подход врачами смежных специальностей. Благодаря совместным действиям акушеров-гинекологов, кардиологов, сосудистых хирургов, неонатологов, врачей функциональной диагностики удалось разработать индивидуальный план ведения беременности и родов и, а главное, сохранить жизнь и здоровье сразу двух человек, матери и ребенка.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕТРОПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Самусевич А.Н., Проскурнина Е.В., Самоходская Л.М., Панина О.Б.

МГУ имени М.В. Ломоносова

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В основе патогенеза преэклампсии (ПЭ) лежит патология плацентарного кровообращения, формирующаяся в результате нарушения миграции вневорсинчатого трофобласта. Материнская артериальная кровь поступает в межворсинчатое пространство из спиральных артерий и изливается наружу в последовом периоде при отделении плаценты от стенки матки. Ретроплацентарная кровь (РПК) представляет большой исследовательский интерес, так как может дать ценную информацию о патогенезе осложнений беременности и родов.

В литературе имеются лишь единичные публикации по изучению особенностей ретроплацентарной крови. Так, например, по данным Grudsinkas JG и др. уровни человеческого плацентарного лактогена и плацентарного белка PP5 были выше в РПК по сравнению с ПК. В тоже время, согласно Павленко А.Ф. и др., трофобластический гликопротеин (TSG-fs), выделенный из РПК, обладает такой же антигенной активностью, что и трофобластический бета-1-гликопротеин.

ЦЕЛЬ

Изучение биохимических показателей в РПК при физиологически протекающей беременности, завершившейся самопроизвольными родами или плановым кесаревым сечением, а также осложнившейся тяжелой преэклампсией и завершившейся экстренным кесаревым сечением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 52 беременные, которые были разделены на три группы: с физиологически протекающей беременностью, закончившейся самопроизвольными родами (28 пациенток), с физиологически протекающей беременностью, закончившейся оперативным родоразрешением в плановом порядке по поводу несостоятельного рубца на матке (14 пациенток) и с физиологически протекающей беременностью, осложнившейся тяжелой преэклампсией на поздних сроках и завершившейся оперативным родоразрешением в экстренном порядке (10 пациенток).

Материалами исследования были сыворотка периферической крови (ПК) из кубитальной вены и сыворотка РПК с материнской поверхности плаценты. На биохимическом анализаторе Beckman Coulter AU480 в сыворотке крови оценивали биохимические показатели: АЛТ, АСТ, ЛДГ, глюкоза, общий белок, альбумин, мочевина, креатинин, общий и прямой билирубин.

Сравнения между группами проанализированы с помощью парного критерия Стьюдента (при нормальном распределении) и критерия Вилкоксона (при ненормальном распределении) для зависимых выборок и критерия Манна–Уитни для независимых выборок. Значение $p<0,05$ считалось статистически значимым.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам исследования выявлены достоверные различия ($p = 0,05$) биохимических показателей РПК и ПК у пациенток с физиологическим течением беременности и тяжелой преэклампсией. При сравнении биохимических показателей РПК и ПК всех пациенток с физиологически протекающей беременностью независимо от способа родоразрешения уровни АЛТ, АСТ, ЛДГ, мочевины, креатинина и прямого билирубина были достоверно выше ($p = 0,05$), а уровни глюкозы, общего белка и общего билирубина достоверно ниже в РПК по сравнению с ПК. Обнаружено, что оперативное родоразрешение в плановом порядке оказывает влияние на такие биохимические показатели, как АСТ и ЛДГ, уровень которых в РПК был достоверно выше ($p = 0,05$), а также глюкозу, общий белок и креатинин, уровень которых в РПК был достоверно ниже.

При сравнении биохимических показателей РПК и ПК у пациенток с тяжелой преэклампсией, уровни АСТ, ЛДГ, мочевины, креатинина, общего и прямого билирубина были достоверно выше ($p = 0,05$), а уровень глюкозы достоверно ниже в РПК по сравнению с ПК, а уровни АЛТ, общего белка и альбумина статистически значимо не различались. Однако при сравнении показателей ПК паци-

енток первой и третьей группы установлено, что уровни общего белка, альбумина, общего и прямого билирубина были достоверно выше (p = 0,05) в группе самопроизвольных родов, а при сравнении показателей РПК вышеуказанных групп уровень АСТ был достоверно выше (p = 0,05), а уровень глюкозы – ниже в группе пациенток с тяжелой преэклампсией. При сравнении показателей ПК второй и третьей группы пациенток статистически значимо (p = 0,05) были повышены уровни АСТ и креатинина и понижен уровень общего билирубина в группе пациенток с тяжелой преэклампсией. При сравнении показателей РПК вышеуказанных групп достоверно был повышен только уровень креатинина в третьей группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что РПК обладает рядом значимых особенностей по сравнению с ПК и требует дальнейшего изучения. Изучение РПК может представлять интерес с точки зрения патогенеза нарушений состояния плода и профилактики подобных нарушений в следующую беременность.

ВРАЧ ПСИХОТЕРАПЕВТ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Сенченко Н.А.

ОГАУЗ «Братский перинатальный центр»

Братск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно Приказа МЗ РФ 1130 от 20.10.2020 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология», в штаты женской консультации и Центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации входит врач- психотерапевт.

ЦЕЛЬ

Определить группы пациентов по их обращаемости и запросу в кабинет психотерапии за 25 лет работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выделены следующие группы пациентов.

Женщины во время беременности и в послеродовом периоде- при постановке на учет по беременности, проходят скрининговое обследование с помощью теста «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» с последующим психотерапевтическим консультированием для выявления нарушений в психо- эмоциональном состоянии. Женщинам, имеющим нарушения сна, неустойчивое настроение и другие психо- эмоциональные проблемы, проводится углубленное обследование, сеансы психотерапии, назначается фитотерапия, реже- психофармакотерапия, по показаниям – семейная психотерапия. Ведется наблюдение беременных женщин с эмоциональными нарушениями весь период беременности и послеродовый период.

Женщины, имеющие проявления выраженных депрессивных и тревожных расстройств, продолжают лечение в кабинете психотерапии после окончания лактации с переходом на психофармакотерапию, при регулярном наблюдении врачом-психотерапевтом для поддержания комплайенса и помощи женщине в адекватном уходе за ребенком. Одновременно при хорошей лекарственной ремиссии рекомендуется безопасная контрацепция, проводится планирование следующей беременности (при желании женщины и партнера), психотерапевтическая работа индивидуально с женщиной и/или с семьей.

Женщины, имеющие различные психо- соматические расстройства, маскированную депрессию, панические атаки, психическую неустойчивость, нарушения сна, перенесшие различные виды стресса, не имеющие улучшения в состоянии здоровья от обследования и лечения у различных специалистов- акушеров- гинекологов, терапевтов, неврологов, гастроэнтерологов, кардиологов, психиатров, психологов, педиатров, хирургов- травматологов, инфекционистов, перенесших ковид-19 с постковидным синдромом и др.. Проводится диагностика, психотерапия- индивидуальная и семейная, психофармакотерапия.

Молодые нерожавшие женщины с проявлениями тяжелой депрессии, тревоги, нарушений сна, анорексии, булимии, дефицитом массы тела- минимум до 24 кг, обсессивно- компульсивным расстройством, с конфликтными отношениями с окружающими в семье, социуме, суицидальными мыслями. Не имеющими положительного резуль-

тата в длительном лечении у специалистов. Находятся до восстановления психического состояния на длительном лечении в кабинете психотерапии, либо при обострении переводятся на стационарное лечение в ПНД (психо- неврологический диспансер).

Девушки подросткового возраста с выраженными проявлениями депрессивных и тревожных состояний, неврозом навязчивых состояний, потерей сна, аппетита, ухудшением контактов со сверстниками, в семье, снижением успеваемости. При нежелании обращаться к психиатру, отсутствия результатов от лечения у невролога. Проводится работа в семье, со школьным психологом, окружением. Назначается психофармакотерапия и психотерапия в индивидуальном или групповом варианте.

Дети и подростки с аффективными нарушениями, органическим эмоционально- лабильным расстройством, неорганическим энурезом и энкопрезом, тикозными расстройствами, имеющими в основе неблагоприятное течение беременности и родов у матери, при отсутствии положительного эффекта от лечения у невролога. Проводится психофармакотерапия, курсы ноотропов, психотерапия- семейная и индивидуальная.

Ведется прием семейных пар по вопросам сексуальных и/или супружеских проблем. Проводится диагностика, психофармакотерапия (по показаниям), психотерапия супружеская, сексуальная, семейная.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Большинство пациентов кабинета психотерапии- это женщины фертильного возраста, имеющие неустойчивое психо- эмоциональное состояние по разным причинам, девочки и девушки с аффективными расстройствами на фоне РЭП, женщины в климактерическом периоде с эмоционально- вегетативной лабильностью, паническими атаками, нарушениями сна. За полтора месяца с середины марта по апрель 2022 года женщинам во время беременности при постановке на учет по беременности, проводилось скрининговое обследование с помощью теста «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» с последующим психотерапевтическим консультированием для выявления нарушений в психо- эмоциональном состоянии. Обследовано 85 беременных. Получены следующие результаты. Диагнозы: Генерализованное тревожное расстройство F41.1- 1 чел., Паническое расстройство F41.01- 1 чел., Органическое эмоционально- лабильное расстройство F06.6–1 чел., Расстройство адаптации: смешанная тревожная и депрессивная реакции F 43.22- 20 чел.. Субклинически выраженная депрессия- 7 чел., клинически выраженная депрессия- 5 чел., субклинически выраженная тревога- 9 чел., клинически выраженная тревога- 1 чел.. Клинически выраженные депрессия и тревога одновременно- 1 чел, субклинически выраженные депрессия и тревога- 2 чел., Клинически выраженная депрессия без тревоги-1 чел. Одновременно повышение баллов по шкалам депрессии и тревоги и клиническим проявлениям зафиксировано у 10 чел..Беременные женщины нуждаются в психотерапевтической помощи в данный период времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обследование и лечение пациентов в кабинете психотерапии перинатального центра дает возможность быстро и своевременно оказывать психиатрическую и психотерапевтическую помощь для восстановления психического и репродуктивного здоровья женщин, предупреждая нежелательные акушерские и гинекологические осложнения и стигматизацию в социуме.

РОЛЬ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ TLR2 И ИМПРИТИНГ КОНТРОЛИРУЮЩЕЙ ОБЛАСТИ IGF2/H19 В ДИАГНОСТИКЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Хачатрян З.В., Тютюнник В.Л.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Задержка роста плода (ЗРП) является одной из ведущих проблем современного акушерства, ее частота составляет 5–18%. С конца XX века внимание исследователей обращено на изучение взаимосвязи между низкой массой тела при рождении и риском развития метаболических, сердечно-сосуди-

стых и неврологических заболеваний в будущем. Понимание важности механизмов внутриутробного программирования легло в основу исследований в области эпигенетики. Изучение метилирования генов, участвующих в регуляции апоптоза, клеточной адгезии, ангиогенеза, иммунных и метаболических процессов представляет интерес не только в связи с их потенциальной ролью в формировании задержки роста плода, но и развитии отдаленных последствий в рамках реализации фетального программирования.

ЦЕЛЬ

Определить диагностически значимые уровни метилирования генов, регулирующих метаболические процессы и врожденный иммунитет, в плаценте и плазме материнской крови при задержке роста плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 103 женщины: 48 пациенток с ЗРП – основная группа, 45 женщин с физиологическим течением беременности – контрольная группа. Определение уровня метилирования генов проводилось с помощью анализа кривых плавления с высоким разрешением (MS-HRM). Для оценки эффективности метода использовался ROC-анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При изучении метилирования генов в плаценте статически значимые изменения были получены в уровнях метилирования генов TLR2 и ICR (импринтинг контролирующей области) IGF2/H19. Было получено снижение относительного уровня метилирования гена TLR2 в группе ЗРП 0,26 (0,14; 0,30) по сравнению с группой сравнения 0,31 (0,26;0,34, p=0,01). Исследование уровня метилирования ICR IGF2/H19 показало статистически значимое снижение относительного уровня метилирования в плацентах с ЗРП 0,17 (0,06; 0,24) по сравнению с физиологической беременностью 0,33 (0,30; 0,37, p<0,001).

Дальнейшее исследование уровня метилирования полученных генов в плазме материнской крови показало, что уровень метилирования гена TLR2 в плазме материнской крови в группе ранней формы ЗРП составил 0,01 (0,0; 0,45) и был статистически значимо ниже уровня метилирования в группе сравнения 0,43 (0,05;0,53, p=0,02). Относительный уровень метилирования TLR2 в плазме женщин в группе поздней формы ЗРП составил 0,39 (0,0;0,55) и статистически значимо не различался от группы сравнения 0,43 (0,05;0,53), p=0,87. С целью определения значимости данного исследования в качестве диагностического теста при ранней форме ЗРП был проведен ROC-анализ, который охарактеризовал полученную модель как хорошую, и обосновал перспективность её использования для выявления групп беременных с ранней формой ЗРП с AUC=0,72 (95% ДИ 0,56–0,88). При пороговом значении относительного уровня метилирования гена TLR2 0,012 чувствительность метода составила 88,1%, а специфичность 60,2%.

Исследование уровня метилирования импринтинг контролирующей области IGF2/H19 показало снижение относительного уровня метилирования в группе ранней формы ЗРП, которое составило 0,22 (0,18;0,32) и было статистически значимо ниже относительного уровня метилирования в группе сравнения 0,49 (0,44;0,65, p=0,03), а в группе поздней формы ЗРП не показало статистически значимых различий с группой сравнения и составило 0,48 (0,32,0,52, p=0,53). Согласно проведенному ROC-анализу: AUC=0,79 (95% ДИ 0,62–0,87) при пороговом значении относительного уровня метилирования ICR IGF2/H19 0,2, чувствительность метода составила 80,4%, специфичность 80,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, задержка роста плода сопровождается статистически значимым снижением относительного уровня метилирования генов TLR2 и импринтинг контролирующей области IGF2/H19 в плаценте и плазме материнской крови, что определяет возможность их применения в качестве потенциальных неинвазивных прогностических маркеров в диагностике задержки роста плода.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России
Smolensk

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфекционные процессы мочевыводящих путей входят в число наиболее частых экстрагенитальных заболеваний у беременных. Наиболее частым патологическим состоянием во время беременности является бессимптомная бактериурия, встречается в 2–15% случаев во время гестации. В стандарты обследования беременных во всем мире включен дородовой скрининг на бессимптомную бактериурию, а в некоторых странах женщин обследуют более одного раза. Однако, оптимальный срок проведения скрининга на предмет бессимптомной бактериурии, количество бактериологических исследований мочи в течение беременности, а также методы выявления бактериурии остаются предметом дискуссии в медицинском сообществе.

ЦЕЛЬ

Оптимизация диагностики бессимптомной бактериурии у беременных для предотвращения нерационального использования антибактериальных препаратов во время беременности и усугубления глобальной проблемы антибактериальной резистентности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью оптимизации диагностики бессимптомной бактериурии у беременных на базе Научно-исследовательского института антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации нами было проведено повторное бактериологическое исследование мочи у беременных женщин (n=101), у которых при проведении первичного бактериологического исследования мочи на базе различных лабораторий в скрининговые сроки была обнаружена бессимптомная бактериурия в значимом титре. С каждой пациенткой проводилась беседа, направленная на повышение информированности о технике сбора мочи, выдавалась памятка о правилах преаналитического этапа бактериологической диагностики мочи. Использовалась описательная статистика, для количественных признаков вычислялись средние значения, для признаков, измеренных в номинальной шкале, определялись относительные частоты (проценты).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходя из полученных результатов, было выявлено, что повторно бессимптомная бактериурия подтвердилась лишь у 9 пациенток (8,9%) из всех обследуемых (n=101). Примечательно, что в 5 (55,5%) случаях бессимптомная бактериурия определялась так называемая «малая бактериурия», то есть <105 КОЕ/мл. Регионарная структура выделенных уропатогенов была представлена преимущественно порядком Enterobacterales, а именно Escherichia Coli в 55,5%, Streptococcus agalactiae в 22,2%, Klebsiella pneumoniae в 11,1%, Enterococcus cloacae в 11,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидна целесообразность проведения повторного бактериологического исследования мочи у беременных для диагностики бессимптомной бактериурии, что опосредовано отразиться и на профилактике антибактериальной резистентности. Эпидемиологические данные структуры уропатогенов показывают сохраняющиеся тенденции в превалировании порядка Enterobacterales.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ ТАКАЯСУ

Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Гасаналыева Т.А.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Болезнь Такаясу (или артериит Такаясу, неспецифический аортоартериит, синдром дуги аорты) – представляет собой поражение крупных артерий (как правило, безымянной, подключичных и сонных), возникающее в молодом возрасте, и относится к системным васкулитам, патогенетическую основу которых составляет аутоиммунный механизм. Женщины заболевают в 2–24 раза чаще мужчин, среди факторов риска выявлена наследственная предрасположенность. На ранней стадии клиника неспецифична – слабость, лихорадка, боли в мышцах и суставах, снижение массы тела. В развёрнутой стадии – похолодание кистей, ослабление и отсутствие пульса на одной или обеих подключичных, плечевых и лучевых артериях. У половины пациентов отмечается миокардит, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. При поражении почечных артерий присоединяется гематурия, при поражении брюшного отдела аорты – перемежающаяся хромота.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования является изучение особенностей течения и исходов беременности у пациентки с болезнью Такаясу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Повторнобеременная пациентка 30 лет доставлена в акушерский стационар бригадой скорой медицинской помощи на сроке гестации 29 недель с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. Настоящая беременность – вторая, одноплодная, наступила самостоятельно. Первая беременность (девять лет назад) протекала без осложнений и завершилась своевременными родами в головном предлежании через естественные родовые пути. При сборе анамнеза выявлено, что пациентке три года назад по поводу внезапно возникших синкопальных состояний диагностирована болезнь Такаясу с поражением брахиоцефальных стволов и рекомендована терапия кортикостероидами, цитостатиками и антикоагулянтами. По достижении ремиссии препараты были отменены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На сроке 14 недель настоящей беременности врач женской консультации отметил появление и нарастание бессимптомной лейкоцитурии. В микробиологическом анализе мочи выявлен рост представителей условно-патогенной флоры в незначительном титре. Проведена превентивная антимикробная терапия гестационного пиелонефрита без положительного эффекта. В дальнейшем к лейкоцитурии присоединилась гематурия. При проведении ультразвукового дупплексного сканирования брюшного отдела аорты и ее ветвей обнаружено поражение почечных артерий. Исходя из данных анамнеза, рекомендовано возобновление терапии кортикостероидами и антикоагулянтами, на фоне которой нарушения в анализах мочи регрессировали. По результатам лабораторного и инструментального обследования пациентки в условиях акушерского стационара признаки очагового поражения миокарда по данным ЭКГ отсутствовали, концентрация тропонина Т находилась в пределах физиологических значений, однако обнаружено утолщение и уплотнение стенок аорты на всем протяжении, асимметрия позвоночных артерий, стеноз брахиоцефальных и правой почечной артерий, двусторонее нарушение кровотка в маточных артерий с признаками задержки роста плода. Пульсация височной и лучевой артерий справа была ослаблена, слева – отсутствовала. Концентрация С-реактивного белка составила 140 мг/мл. Диагностирована активная фаза и V тип (согласно анатомической классификации) болезни Такаясу, рекомендовано к проводившемуся лечению кортикостероидами и антикоагулянтами добавить терапию цитостатиками. Учитывая необходимость возобновления терапии цитостатиками в сроке беременности 29 недель, выполнено досрочное родоразрешение пациентки после проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном клиническом наблюдении «активизация» болезни Такаясу произошла во время беременности, несмотря на то, что гестационная иммуносупрессия зачастую препятствует обострению большинства аутоиммунных заболеваний. С другой стороны, беременность, являясь гипоэстрогенным состоянием, безусловно, выступает фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (пациентка поступила в стационар с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку), создающих угрозу для жизни. Своевременное проведение комплексного обследования, постановка верного диагноза и правильно выбранная тактика позволили сохранить жизнь и здоровье матери и ребенку.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ В АСПЕКТЕ МОЛЯРНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Корчагина М.О.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Трофобластическая болезнь – патологический процесс, в основе патогенеза которого лежит нарушение роста и развития трофобласта, способного в случае злокачественной трансформации прорастать в подлежащие ткани и метастазировать. Трофобластическая болезнь занимает до 3,6% среди всех онкологических заболеваний в гинекологии; на 80% она представлена простым пузырным заносом, на 15% – инвазивным и на 5% – хорионкарциномой. Факторами риска трофобластической болезни является возраст моложе 20 или старше 45 лет, большое количество беременностей и наличие пузырного заноса в анамнезе. Основными симптомами выступают кровянистые выделения из половых путей, быстро увеличивающаяся в размерах матка, тянущие боли внизу живота, признаки тяжелого токсикоза и тиреотоксикоза, анемия и симптомы преэклампсии на ранних сроках беременности. Диагностика трофобластической болезни включает эхографическое исследование и магнитно-резонансную томографию органов малого таза, а также определение в крови концентрации В-ХГЧ, которая в десятки и сотни раз превышает показатели, характерные для маточной беременности.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследование является изучение особенностей диагностики молярной беременности, а также определения оптимальной тактики ведения пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Первобеременная пациентка 19 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение многопрофильного стационара с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей. Со слов пациентки, менструации у нее отсутствовали в течение 3 месяцев, однако к врачу она не обращалась, поскольку задержки менструации у нее отмечались и ранее. При бимануальном исследовании в условиях приемного отделения обнаружено увеличение тела матки до размеров, соответствующих 16–17 неделям беременности, и обильные кровяные выделения из половых путей. Установлен предварительный диагноз: «Беременность 16–17 недель. Самопроизвольный выкидыш в ходу». Однако пациентка не жаловалась на боли в нижних отделах живота, а тело матки при пальпации имело мягкую консистенцию. При эхографическом исследовании органов малого таза в полости матки определялись множественные аваскулярные кистозные образования; плод не визуализировался. По данным лабораторных методов исследования выявлена анемия, снижение гематокрита и тромбоцитоз. Мочевой экспресс-тест на беременность был положительным. Результат анализа крови на В-ХГЧ составил 271400 мМЕ/мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Учитывая наличие кровотечения из половых путей, пациентке произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки, в результате которой получен обильный аспират (более 1500 мл), состоящий из множества округлых жидкостных струк-

тур с максимальным диаметром до 1,5 см. После удаления содержимого полости матки и введения утеротоников матка сократилась, кровотечение остановилось. По данным гистологического исследования аспирата из полости матки выявлена картина неполного пузырного заноса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность полного излечения пациенток с пузырным заносом зависит от его гистологического типа (простой, инвазивный или хорионкарцинома), степени распространения, продолжительности заболевания, количества и локализации метастазов, а также проведенного лечения. Удаление пузырного заноса желательно проводить без зондирования полости матки во избежание ее перфорации. Концентрацию хорионического гонадотропина следует определять в динамике в течение не менее 2 лет. При сохраняющемся плато хорионического гонадотропина в течение 3 и более недель, а также при повышении В-ХГЧ после удаления пузырного заноса необходимо думать о развитии хорионкарциномы. Инструментальная диагностика гестационной трофобластической неоплазии сводится к обзорной рентгенографии или компьютерной томографии органов грудной клетки, а также магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости и головного мозга. Хорионический гонадотропин, секретирующийся при пузырном заносе в избытке, обладает тиреотропной активностью вследствие сходства структуры с ТТГ, что лежит в основе развития тиреотоксикоза и обусловливает необходимость проведения функционального скрининга щитовидной железы. У пациенток с увеличением матки до 14 и более недель в 20% наблюдений регистрируется респираторный дистресс-синдром, который может быть спровоцирован трофобластической эмболизацией. Своевременно и полноценно проведенные диагностические и лечебные мероприятия в отношении пузырного заноса, а также персонифицированный подход к послеоперационному ведению пациенток являются залогом профилактики развития гестационной трофобластической неоплазии, создающей угрозу для жизни.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕРМИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОЗИЦИЙ АКУШЕРА: ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Рогова Е.А., Селин И.С., Комкова Ю.В.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из основных методов, позволяющих снизить риск смерти новорожденных с тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатией, являющейся следствием перинатальной асфиксии, признана терапевтическая гипотермия, механизм нейропротективного воздействия которой заключается в снижении церебрального метаболизма, уменьшении отека мозга и продукции свободных радикалов. Гипотермия проводится как инвазивным, так и неинвазивным способом. Неинвазивная гипотермия бывает общей и локальной. Еще в 1697 году Джоном Флоером было описано благоприятное воздействие холодной воды для стимуляции дыхания у новорожденных. Экспериментальным использованием экстремального холода известен невролог и нейрохирург Темпл Фэй, доказавший, что гипотермия обладает бактериостатическим эффектом, уменьшает воспаление и отек. В 60–70 годах минувшего века в практику стали активно внедряться методы гипотермии для лечения доношенных новорожденных.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось определение факторов риска, приведших к развитию гипоксически-ишемической энцефалопатии новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовало 50 пациенток: 12 составили основную группу – их дети родились в условиях тяжелой гипоксии, послужившей показанием к проведению терапевтической гипотермии; 38 составили группу контроля – их дети родились в удовлетворительном состоянии. В основной группе количество повторнобеременных было в 2 раза больше, а количество повторнородящих – в 1,5 раза больше, чем в контрольной группе. Так-

же в основной группе заболевания ЛОР-органов встречались в 6 раз чаще, хроническая артериальная гипертензия – в 5 раз чаще, а нарушение жирового обмена, варикозная болезнь вен и миопия – в 2 раза чаще, чем в контрольной группе. Осложнения беременности и родов также чаще отмечались у пациенток основной группы: преэклампсия – в 6 раз, хроническая гипоксия плода – в 5 раз, синдром задержки роста плода, маловодие, синдром внутриутробного инфицирования, проведение плановой амниотомии с целью индукции родов – в 3 раза, анемия беременных, низкое прикрепление плаценты, родоактивация и родостимуляция окситоцином, а также длительный безводный промежуток и обвитие пуповины – в 2 раза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причинами развития тяжелой гипоксии плода в 33,3% наблюдений послужила преждевременная отслойка плаценты на фоне гипертензивных осложнений, а также преиндукции родов у пациенток с перенесенными инфекционно-воспалительными заболеваниями во время беременности; в 17% наблюдений – разрыв матки в I периоде родов у пациенток с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, затяжным течением родов и родостимуляцией окситоцином; в 17% наблюдений – дистресс плода во II периоде родов у пациенток с переношенной беременностью и длительным безводным промежутком; в 8,3% наблюдений – тромбоз сосудов пуповины, наличие тяжелой преэклампсии в условиях пролонгирования беременности, наличие рубца на матке с истончением менее 2 мм и категорическим отказом пациентки от операции кесарева сечения, а также декомпенсация плацентарной недостаточностью на фоне перенесенной в III триместре новой коронавирусной инфекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К основным рекомендациям по ведению беременности и родов следует отнести: отказ от преиндукции родов в сроках беременности менее 37 и более 41 недели при условии наличия осложненной беременности; отказ от проведения родоактивации и родостимуляции у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом и перенесенными инфекционно-воспалительными заболеваниями в третьем триместре беременности; отказ от пролонгирования беременности (в независимости от срока) у пациенток с тяжелой преэклампсией; отказ от ведения родов через естественные родовые пути у пациенток с черезмерным истончением рубца на матке; недопущение затяжного течения родов и нарастания безводного промежутка у пациенток в сроке беременности более 41 недели.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ТАРГЕТНУЮ ТЕРАПИЮ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Студенов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Веккер И.Р., Валиуллина Н.Ю., Седелева Н.И., Клычбаев Т.С.

ГАУЗ Оренбургская областная клиническая больница №2, Областной перинатальный центр Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время известно, что заболеваемость у беременных COVID-19 выше, чем в популяции. Установлено, что беременные, инфицированные SARS-CoV-2, должны рассматриваться как группа высокого риска тяжелого течения новой коронавирусной инфекции (НКИ) и смертности. Антагонистов рецепторов ИЛ-6 препятствует развитию воспалительного ответа у пациентов с COVID-19. По мнению A. Giampreti (2020), эти препараты можно рассматривать для лечения COVID-19 у беременных, поскольку до сих пор не наблюдалось увеличения частоты пороков развития, однако необходимо соблюдать осторожность. При тяжелом или крайне тяжелом течении заболевания эти препараты могут быть использованы off-label.

ЦЕЛЬ

Оценить акушерские и перинатальные исходы у беременных, получавших таргетную терапию в лечении НКИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ 45 историй болезни и историй родов пациенток, получавших таргетную терапию в лечении НКИ и родоразрешенных в Оренбургской области за 2021–2022 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таргетная терапия применялась у беременных с высокой длительной лихорадкой, с признаками нарастания дыхательной недостаточности, вирусной пневмонией по данным КТ. В качестве таргетной терапии применялись у 71.1% беременных актемра 400 мг в/в капельно, в 28 случаях однократно, 4-м пациенткам потребовалась введение повторной дозы препарата через 24 часа. У 28,9% в качестве таргетной терапии применяли илсиру 0.9 мл п/к, у 10 беременных было достаточно одной иньнкции, 3-м беременным потребовалось введение повторной дозы. По возрастному критерию: < 30 лет – 40%, <40 лет – 49%, 40 и более –11% женщин. Доношенная беременность была в 4,4%, в 95,6% случаев срок беременности составил от 9 до 36 недель. Степень тяжести новой коронавирусной инфекции: средняя – 49%, тяжелое течение – 51%. Патологические изменения в легких соответствовали следующим КТ-признакам: КТ I – 33%, КТ II – 47%, КТ III – 18%, КТ IV – 2%. Анализ экстрагенитального статуса демонстрирует, что все беременные имели коморбидные состояния: анемии (40%), инфекции мочеполовых путей (20%), нарушение толерантности к углеводам(17,8%), нарушение липидного обмена (31%), заболевания сердечно-сосудистой системы (29%), артериальная гипертензия (13%), тромбоцитопения (4,4%), заболевания ЖКТ (2,2%), патология щитовидной железы (9%), заболевания ЦНС (4,4%), патология органов зрения (20%), иная патология (6,7%). Особого внимания заслуживает родоразрешение данной группы пациенток. 11 беременным – 24% несмотря на проводимое лечение потребовалось родоразрешение во время лечения в ковид-госпитале, 76% – 24 пациентки были родоразрешены после выздоровления в перинататальных центрах. Преждевременные роды произошли в 31%, из них 10 родов проведены в ковид-госпитале. Срочные роды произошли в 69%, и только 1 в ковид-центре. Преждевременное родоразрешение в срок 26–35 недель составило 31%. 4 спонтанных родов через естественные родовые пути и 10 случаев путем экстренного кесарева сечения по следующим показаниям: прогрессирующая дыхательная недостаточность, дистресс плода, ПОНРП. Из 45 пациенток 24 родили самостоятельно 53,3%, 21-операцией кесарево сечение – 46,7%. Все самостоятельные роды произошли в перинатальном центре. Из 46,7% оперативных родов 11 было проведено в ковид центре, 10 – в родильном доме. В родильном доме показания для операций были следующие: аномалии родовой деятельности, дистресс плода, ножное предлежание плода, рубец на матке после кесарева сечения. Всего родились 45 новорожденных. Состояние новорожденных на момент обследования традиционно оценивалось по шкале Апгар. В ковид – госпитале оценка новорожденных: 1 случай антенатальной гибели плода; в состоянии умеренной асфиксии 5–7 баллов 7 детей (все недоношенные в сроке гестации 28–33 недели), 8–10 баллов- 2 ребенка. В перинатальном центре с оценкой 3 балла – 1 новорожденный в сроке 33 недели, 5–7 баллов – 11 детей, 8–10 баллов 23 ребенка. Распределение новорожденных по весу. Менее 3000 гр – 14 детей (23%), из них 6 недоношенных с массой тела от 1610 до 2740 гр. От 3001 до 4000 гр – 46 детей (75,4%), более 4000 гр -1 ребенок (1,6%). Все дети были ковид-отрицательными, все выписаны домой, включая тех, кому потребовалось лечение в ОРИТН.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существенных реакций и осложнений на применение таргетной терапии не было зарегистрировано. В 76% случаев применение таргетной терапии позволило добиться положительного эффекта в лечении НКИ и пролонгировать беременность. Превалирующая часть женщин была родоразрешена в доношенном сроке и вне ковид-госпиталя. Во всех случаях дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии, не смотря на то что некоторым из них потребовалась лечение в отделении реанимации.

ОПЫТ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА С ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ ОРЕНБУРГСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА НА БАЗЕ ГАУЗ ООКБ №2

Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Веккер И.Р., Степанов С.Ю., Василевская Г.В.

ГАУЗ Оренбургская областная клиническая больница №2, Областной перинатальный центр Оренбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Практика акушера-гинеколога связана с экстренными и неотложными состояниями. Значимый вклад в исходе играют вопросы обеспечения взаимосвязи и координации деятельности медицинских организаций разного уровня путем дистанционной консультативной помощи.

ЦЕЛЬ

Оценить итоги деятельности акушерского дистанционного консультативного центра (АДКЦ) Областного перинатального центра на базе ГАУЗ ООКБ №2 за 2021 год.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ случаев оказания консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также выездов анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам в 2021 году.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 2021г. было 3036 обращений в АДКЦ. На первое полугодие пришлось 32,8% (n=995),на второе – 67,2% (n=2041). Рост объясняется третьей волной пандемии COVID-19. Всего силами АДКЦ было проконсультировано 2785 человек, так как некоторым пациенткам было осуществлено несколько консультаций. В режиме телемедицинских консультаций по видео-конференц связи в 2021 году проведено 708 случаев (25,4%). В рамках круглосуточных дежурств по санитарной авиации было телефонных консультаций 2328 (83,6%). Деятельность АДКЦ неразрывно связана с необходимостью эвакуации пациенток или оказания помощи в стационарах 1, 2 уровня, а также в стационарах не акушерского профиля выездными бригадами анестезиолого-ренимационной акушерской службы. Всего в 2021 году было осуществлено 43 выезда. В первом полугодии 17 (39,5%), во втором полугодии 26 (60,5%). Из них в 39 случаях пациентки были транспортированы в стационары третьего уровня: ОПЦ 21, гинекологическое отделение 11, в профильные стационары 7. В обязанности АДКЦ входит оказание помощи гинекологическим больным. Таких случаев в 2021 году было 3. Бригадой АДКЦ был осуществлен выезд, консультирование, в одном случае выполнено оперативное лечение на месте, две пациентки транспортированы в гинекологический стационар 3-го уровня. Основная доля выездов бригад АДКЦ связана с оказанием помощи беременным, роженицам и родильницам – 40 случаев (93%). Из них 17 беременных (39,5%) с тяжелой экстрагенитальной патологией: эпилепсия (n=4), патология ССС (n=4), ТЭЛА (n=1), острый панкреатит (n=4), острый аппендицит, осложненный перитонитом (n=1), бронхиальная астма (n=1), сахарный диабет n=1, анафилактический шок (n=1). На долю акушерских осложнений беременности, родов и послеродового периода пришлось 53,5% (n=23). Ведущая доля представлена преэклампсией тяжелой степени n=11, эклампсией n=5, акушерские кровотечения n=5, акушерская эмболия n=1, предлежание плаценты n=1. Все пациентки были транспортированы на третий уровень оказания акушерско-гинекологической помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа АДКЦ в большинстве случаев связана с оказанием экстренной акушерско-гинекологической помощи. Однако, анализ нозологий, ставших показанием для выезда акушерско-анестезиолого-реанимационных бригад, демонстрирует коморбидность состояний, что требует не только навыков специализированной акушерско-гинекологической помощью, но и наличия знаний и умений по смежным специальностям. Только мультидисциплинарный подход гарантирует оказание качественной медицинской помощи в необходимом объеме.

ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЙ РОДОВЫХ ТРАВМ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Тауафиева О.Ю., Росюк Е.А., Андреева М.Е., Шарапова А.А.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра акушерство и гинекологии, доцент кафедры

Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Родовая травма занимает ключевое место в структуре заболеваемости и смертности новорожденных. На развитие родовой травмы оказывают влияние биомеханизм родов, размеры плода, длительность родов, что вызывает интерес у акушеров-гинекологов с целью прогнозирования и профилактики подобных состояний. В литературе описывают, что травмы новорожденных бывают при стремительных родах. Также возможен данный травматизм из-за «ранних» желаний потужиться в родах, когда головка плода на входе или в полости малого таза; женщина тужится, однако, продвижение плода по родовым путям является затруднительным, в результате чего возможно появление сначала кефалогематом, а уже потом переломов теменных костей. Слабо выраженный асинклитизм не оказывает отрицательного влияния на течение родов, даже благоприятствует прохождению головки через плоскость входа в таз.

ЦЕЛЬ

Выявить причины появления травм новорожденных в родах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы 13 историй родов и 13 историй развития новорожденных, травмы которых были зафиксированы в Екатеринбургском клиническом перинатальном центре акушерского стационара №2. 11 проанализированных случаев произошли в результате срочных родов, и только 2 в недоношенном сроке беременности. Возраст женщин составлял от 22 до 36 лет, среди них были как первородящие, так и повторнородящие. Паритет представлен таким образом: 46% (6 женщин) первородящих, 54% (7 женщин) повторнородящих.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Травмы новорождённых, которые мы проанализировали – это перелом левой теменной кости у 38% (5 новорожденных) в родах был определен передний вид, перелом правой теменной кости у 15% (2 новорожденных) в родах был определен передний вид, парез лицевого нерва – 8% (1 новорожденный), перелом левой плечевой кости – 15% (2 новорождённых).

Характер родоразрешения пациенток с травмами новорожденных представлены: срочные естественные роды – 70% (9 человек)(из них 4 – вакуум-экстракция плода (показание – дистресс-плода) и акушерские щипцы – 2 человека (показание – дистресс-плода)). Срочные абдоминальные роды были у 8% (1 женщины), преждевременные роды – у 15% (2-х.)Преждевременное излитие околоплодных вод было у 38% (5 женщин), слабость родовой деятельности у 23% (3 женщин). Индукция родов дилатационным катетером проводилась 15% (2-м женщинам), амниотомия– также 15% 2-м женщинам; родовозбуждение раствором окситоцина -23% (3-м женщинам); родоусиление раствором окситоцина – 15% (2-м женщинам). Перелом левой теменной кости и кефалогематома левой теменной кости прямо взаимосвязаны между собой. Реже кефалогематомы образуются при переломах костей черепа, из анализов деткой истории сначала неонатологи отмечают кефалогематому, а далее наплавляют на рентген черепа новорождённого, практически всегда определяется перелом теменных костей. У родившихся при 1й позиции кефалогематома чаще располагается на правой теменной кости, а при 2й позиции — чаще на левой теменной кости. Этот факт объясняется тем, что при 1й позиции и переднем (наиболее частом) асинклитизме предлежит правая теменная кость, а при 2й позиции и переднем асинклитизме— левая кость, где развиваются венозный застой и возникают кровоизлияния. Эти данные подтверждают роль венозного застоя в происхождении кефалогематом. Проанализировав истории родов, асинклитизм нигде не описан, возможно, он был слабо выражен. Кефалогематома и перелом теменных костей в 1–2% случаев имели место при оперативных вагинальных родах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Травма левой плечевой кости при дистоции плечиков связана с эффективной тракцией слингом левого (заднего) плечика. Парез лицевого нерва у новорожденных может возникать в результате наложения акушерских щипцов. Причиной появ-

ления кефалогематомы у новорожденных часто служит венозный застой в родах.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА ПРИ ЕГО ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Тауафиева О.Ю., Росюк Е.А., Андреева М.Е., Шарапова А.А.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра акушерство и гинекологии, доцент кафедры

Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наружный акушерский поворот плода является одним из древнейших методов, применяемых в акушерстве. В разные годы отношение к этой технологии у акушеров-гинекологов менялось. Повышенный интерес к этой операции в последние годы связан с внедрением в акушерскую практику клинических рекомендации, там описаны данные о безопасности кесарева сечения при тазовом предлежании плода. Наружный акушерский поворот стал безопасной альтернативой кесареву сечению.

ЦЕЛЬ

Выявить практическую эффективность наружного акушерского поворота при его тазовом предлежании.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследования были выбраны 20 историй родов, в которых был применен наружный акушерский поворот. Все пациентки были родоразрешены в Екатеринбургском клиническом-перинатальном центре, акушерский стационар №2. Все женщины были в доношенном сроке беременности, в возрасте от 20 до 41 года, среди них были как первородящие, так и повторнородящие.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 2022 год в ЕКПЦ АС 2 проведено было 20 наружных акушерских поворотов из них 75% удачные, 67% – эффективные, то есть роды завершились естественным путём.

Средний возраст беременных женщин составил 31 год, из них первородящих 40% (8 человек) повторнородящих 60% (12 человек). Дефицит массы тела не был вообще, нормальная масса тела -30% (6 человек), избыток массы тела – 40% (8 человек), ожирение –у 35% (7 человек). Узкий таз по результатам пельвиометрии выявлен у 20% (4 женщин); у 80% (16 женщин) нормальный таз. Удачный акушерский поворот у 75% (15 женщин), неудачный у 25% (5 женщин). Анестезия оказывалась внутривенно у 85% (17 женщин), у 15% (3 женщин) спинномозговая. Первая позиция плода у 60% (12 женщин), вторая у 40% (8 женщин). Длительность наружного акушерского поворота составила у 80% (16 женщин) до 5 минут, от 5 до 10 минут 0 женщин и более 10 минут у 20% (4 женщин). Одна попытка проведения НАП была у 70% (14 женщин), две попытки -20% (4 женщины), три попытки 10% (2 женщины). Роды разрешились естественным путём в плановом порядке у 60% (12 женщин), у 10% (2 из них) осложнились оперативными родами (вакуум-экстракции плода), у 40% (8 женщин) роды завершившись абдоминальнымродоразрешением путём проведения операции кесарево сечение в экстренном порядке (показания к экстренному родоразрешению у большинства женщин дистресс-плода, в одном случае частично прогрессирующая преждевременная отслойка плаценты). Родились 45% (9 мальчиков) и 55% (11 девочек). Беременным женщинам, у которых была применена спинномозговая анестезия наружный акушерский поворот закончился экстренным оперативным родоразрешением путём операции кесарево сечение. У беременных, чья длительность проведения НАП превышала 10 минут, в более 75% был неудачный НАП, который закончился экстренным абдоминальным родоразрешением.Также у 1 из 3 новорождённых с длинной пуповины 60 см с однократным обвитием вокруг шеи неэффективный НАП завершённый экстренным КС, у 10% (2 новорождённых) 27 см и 45 см – абсолютная короткость пуповины завершённый экстренным КС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватная, хорошая анестезия способствует удачному проведению наружного акушерского поворота плода при тазовом предлежании. Из практических наблюдений длительность НАП не должна превышать 5 минут, далее она теряет свою эффективность.

Длина пуповины имеет абсолютное влияние на эффективность проведения удачных или неудачных наружных поворотов плода.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ МИКРОВЕЗИКУЛ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕЦИДИВА РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Терехина В.Ю., Николаева М.Г., Момот А.П., Кудинов А.В.

Алтайский государственный медицинский университет
Барнаул

АКТУАЛЬНОСТЬ

Преэклампсия (ПЭ) остается ведущей причиной материнской и перинатальной заболеваемости/смертности из-за неэффективной стратегии прогнозирования на этапе возможного проведения профилактики. Кроме того, доказано, что ранняя ПЭ в личном анамнезе определяет риск развития рецидива в 20,8% – 55,2% случаев во время последующей беременности, что определяет пациенток в группу высокого риска развития ПЭ. Однако отчеты свидетельствуют, что частота рецидивов ранней ПЭ за последние 20 лет не имеет тенденции к снижению.

Один из возможных патогенетических механизмов развития ПЭ – дисфункция / деструкция эндотелия сосудов. Наряду с общеизвестными биологическими маркерами, свидетельствующими о нарушение функции эндотелия, представляют интерес экстраклеточные микровезикулы (EVs) – мессенджеры межклеточных коммуникаций, способные вызывать избыточную секрецию проангиогенных белков, тем самым инициировать и или усугублять эндотелиальную дисфункцию.

ЦЕЛЬ

Изучить роль микровезикул эндотелиального (En-EVs) в развитии рецидива ранней преэклампсии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое проспективное наблюдательное когортное исследование, с включением 137 пациенток. Контрольная группа представлена 40 беременными с физиологическим течением беременности и родов. Основную группу составили 97 беременных, имеющих в личном анамнезе раннюю ПЭ.

Материалом исследования явилась периферическая венозная кровь, которая забиралась в сроке гестации 11–13 недель и 27–28 недель. Измерение уровня эндотелиальных EVs проводили на проточном цитофлюориметре CytoFlex (Beckman Coulter, США) с использованием антител к CD144.

Статистическая обработка данных проводилась в программе MedCalc Version 17.9.7.

По окончанию гестации основная группа рандомизирована в зависимости от исходов наблюдаемой беременности в две подгруппы: основная ПЭ (-) и основная ПЭ (+). В группу основная ПЭ (-) вошли 59 (60,8%) пациенток, беременность которых протекала благоприятно и закончилась родами в сроке гестации более 37 недель живым новорожденным. Группу основная ПЭ (+) составили 38 (39,2%) женщин, у которых произошел рецидив ранней ПЭ в сроке гестации менее 34 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе биологических маркеров определено, что уровень En-EVs в сроки гестации 11–13 недель по медиане (Me) был значимо больше у пациенток группы ПЭ (+) – Me=1,77 против Me=0,41 в группе ПЭ (-) ($p<0,0001$), и Me=0,40 соб/мкл в группе контроля ($p=0,0007$). При этом, у женщин контрольной группы и пациенток с ПЭ в анамнезе, но физиологическим течением настоящей беременности уровень En-EVs был сопоставим ($p=0,7419$). Учитывая значимость полученных результатов проведен ROC анализ с целью оценки прогностической способности представленных тестов для развития рецидива ранней ПЭ. Определено, уровень En-EVs обладает прогностической способностью, и при значении показателя En-EVs >0,97 событий/мкл реализация рецидива ранней ПЭ прогнозируется в 100% случаев (AUC-1,000; 95%CI: 0,881–1,000; Se=100; Sp=100).

При динамическом наблюдении за пациентками групп сравнения в сроке гестации 27–28 недель определены следующие закономерности. Уровень En-EVs по медиане как в группе контроля, так и у пациенток группы ПЭ (-) не претерпел значимых изменений, составляя соответственно 0,40 и 0,41

событий/мкл. В то время, как показатель медианы En-EVs в случае реализации рецидива ранней ПЭ снизился относительно первой точки исследования в 11,4 раза, составляя 0,28 событий/мкл и определен как статистически значимо более низкий в сравнение с контрольной группой (p=0,0071) и группой ПЭ (-) (p=0,0001). Представленные результаты по второй точке наблюдения (или за 2–4 недели до реализации рецидива ранней ПЭ) предполагают проведение дальнейших исследований, в том числе с использованием более специфического маркера En-EVs – эндоглина (CD105).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По предварительным результатам можно предположить, что показатель уровня En-EVs в плазме крови в сроки гестации 11–13 недель >0,97 соб/мкл является потенциальным прогностическим маркером реализации рецидива ранней ПЭ.

ЭКЛАМПСИЯ – РЕАЛЬНОСТИ КЛИНИКИ 2022

Тимохина Е.В., Стрижаков А.Н., Гуцу В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова. (Семёновский университет)

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема развития эклампсии остается актуальной в современном обществе ввиду увеличения общесоматической заболеваемости населения (в том числе органов репродуктивной и сердечно-сосудистой системы) и более поздним наступлением беременности у женщин в развитых странах (после 30 лет). Изучение динамики развития и течения эклампсии в современной реальности даёт возможность разработки новых методов и подходов к диагностике, профилактике данного осложнения и послеродовой реабилитации пациенток.

ЦЕЛЬ

Изучить клинико-анамнестический портрет эклампсии в реалиях сегодняшнего дня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ пациенток с приступом эклампсии, госпитализированных в ГКБ им. С.С. Юдина г. Москвы с 2020 по 2022г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За указанные период времени всего отмечено 5 пациенток с диагнозом эклампсия. Возраст пациенток от 22 до 34 лет, хронические заболевания до беременности отсутствовали. 3 пациентки – первородящие, 2 – повторнородящие. Первый триместр у всех пациенток протекал без осложнений. Пренатальный скрининг был проведен всем, но лишь у одной (20%) был выявлен высокий риск преэклампсии. Второй триместр лишь у одной пациентки был осложнен ГСД, проводилась диетотерапия. В третьем триместре: у одной пациентки с 33 недель наблюдались отеки, без протеинурии и повышения АД; одна беременная была госпитализирована на сроке 29 недель по поводу умеренно выраженной преэклампсии. Приступ эклампсии у 2 (40%) пациенток произошел до 34 нед. беременности, у 3 (60%) -после 34 нед. На момент поступления у всех пациенток наблюдались: артериальная гипертензия от 150 до 200/110мм ртст., протеинурия 3,0 ±1 г/л, отеки. Согласно данным МРТ головного мозга, у всех пациенток выявлен синдром задней обратимой энцефалопатии без признаков нарушения мозгового кровообращения. Все пациентки были родоразрешены путем операции кесарево сечение в течение 3 часов от момента госпитализации. Нормализация уровня АД, снижение протеинурии у всех рожениц произошла на 2 сутки лечения в стационаре. Продолжительность пребывания рожениц в стационаре составила от 6 до 8 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ изученных пациенток позволяет отметить ряд особенностей: ни одна пациентка не имела отягощающих соматических заболеваний; три пациентки – первородящие, две – повторнородящие, предыдущая беременность которых протекала без осложнений. У 80% пациенток результат 1 скрининга показал низкий риск развития преэклампсии и лишь у 20%- был выявлен высокий риск. У всех пациенток приступ эклампсии развился во время беременности в третьем триместре; не было сопутствующих нарушений функций печени и системы свертывания крови; все пациентки были родоразрешены путем операции кесарево сечение, после чего стабилизация состояния произошла быстро – через 12–24 ч.

СОВРЕМЕННЫЙ МАРКЕР ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ СОМАТОТИПАМИ

Томаева К.Г.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России Владикавказ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушение кровотока плацентарной ткани приводит к несостоятельности функции плаценты, что в свою очередь ведет к высокому риску осложнений у плода и новорожденного, таких как гипоксия, задержка роста и развития плода, внутриутробная гибель, мертворождение. Учитывая многообразие современных медицинских технологий, частота плацентарной дисфункции остается высокой. Наличие большого количества осложнений у плода и новорожденного, а также высокой встречаемости плацентарной недостаточности, требует разработки современных методов прогноза развития данной патологии.

ЦЕЛЬ

Изучение современного маркера плацентарной недостаточности у беременных женщин с разными соматотипами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 390 женщин. Из них 110 женщин были макросоматического типа телосложения (МаС), 173 – мезосоматического (МеС), а 107 – микросоматического (МиС). Соматотипирование проведено по Р.Н. Дорохову в сроке гестации до 9–10 недель. Васкуляризационно-поточный индекс определяли с помощью трехмерного ультразвукового исследования с применением программы VOCAL (Virtual Organ Computer-aided AnaLysis), с применением режима энергетического допплера. Выбирали для исследования центральную часть плаценты, учитывая наличие наибольшего количества ворсин и лучшей васкуляризации именно в этой зоне.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У обследованных беременных женщин с МаС и МиС типом телосложения плацентарная недостаточность наблюдалась чаще, по сравнению с представительницами с МеС типом (у 20 (18,2%), 21 (19,6%) и 15 женщин (8,7%), соответственно) ($p<0,05$).

В сроке гестации 12–13 недель показатели васкуляризационно-поточного индекса были следующие. В группе лиц без плацентарной недостаточности: у МаС 11,4±0,4, у МеС 12,7±0,5, у МиС 10,3±0,7, тогда как в группе женщин с развившейся плацентарной недостаточностью во второй половине беременности: у МаС 2,4±0,4, у МеС 3,5±0,3, у МиС 1,7±0,7, при этом различия между группами были достоверны ($p<0,05$). В сроке гестации 22–23 недели показатели васкуляризационно-поточного индекса были следующие. В группе лиц без плацентарной недостаточности: у МаС 9,6±0,3, у МеС 10,8±0,5, у МиС 9,2±0,6, тогда как в группе женщин с развившейся плацентарной недостаточностью во второй половине беременности: у МаС 0,8±0,3, у МеС 1,7±0,4, у МиС 0,9±0,1, при этом различия между группами были достоверны ($p<0,05$). Таким образом, в группе женщин с развившейся плацентарной недостаточностью во второй половине уже в первом триместре показатели васкуляризационно-поточного индекса были ниже, в сравнении с группой беременных без плацентарной недостаточности ($p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Плацентарная недостаточность чаще встречалась у беременных с макро- и микросоматотипом, по сравнению с мезосоматотипом. Васкуляризационно-поточный индекс был значительно ниже в группе женщин с развившейся плацентарной недостаточностью во второй половине беременности, причем такая тенденция отмечена уже с ранних сроков гестации, что позволяет отнести васкуляризационно-поточный индекс к маркерам прогноза плацентарной недостаточности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАССЫ ПЛАЦЕНТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

Туманова У.Н., Намлылар И.Х., Щеголев А.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушения морфо-функционального состояния плаценты лежат в основе развития различных осложнений беременности и родов. Важным показателем состояния плаценты считается ее масса, значения которой менее 10 перцентиля являются признаком плацентарной недостаточности, связанной с неблагоприятными перинатальными исходами и здоровьем ребенка в долгосрочной перспективе.

ЦЕЛЬ

Сравнительный анализ значений массы плаценты в зависимости от времени после рождения и условий ее определения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен ретроспективный анализ 90 плацент, поступивших для патолого-анатомического исследования после родов на сроках гестации 32–41 неделя. Массу каждой плаценты определяли два раза: непосредственно после родов (группа I) и при последующем макроскопическом исследовании в патолого-анатомическом отделении (группа II). Полученные значения массы оценивали при помощи нормативных показателей с определением перцентильного значения. Рассчитывали средние значения, стандартные отклонения, значимость различий оценивали при помощи t-критерия Стьюдента. Качественные данные сравнивали при помощи критерия Хи-квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенных взвешиваний среднее значение массы плаценты в группе I составило 558,2±108,3 г. При сравнении полученных значений с нормативными показателями установлено следующее распределение плацент: менее 10 перцентиля – 5 (5,6%) плацент, 10–25 перцентилей – 11 (12,2%), 25–50 перцентилей – 16 (17,8%), 50–75 перцентилей – 14 (15,6%), 75–90 перцентилей – 16 (17,8%) и более 90 перцентиля – 28 (31,1%). При взвешивании плацент в патолого-анатомическом отделении (группа II) отмечено уменьшение массы плацент по сравнению с данными группы I на 2–90 г. за счет вытекшей крови, при этом среднее значение массы плацент составило 532,5±102,6 г. (на 4,6% меньше значения группы I). При макроскопическом исследовании плацент после отрезания пуповины и плодных оболочек среднее значение массы составило уже 447,2±85,5 г, что на 19,9% меньше среднего значения группы I ($p<0,05$). При сравнении полученных значений с нормативными показателями установлено следующее распределение плацент в группе II: менее 10 перцентиля – 36 (40,0%) плацент, 10–25 перцентилей – 21 (23,3%), 25–50 перцентилей – 12 (13,3%), 50–75 перцентилей – 10 (11,1%), 75–90 перцентилей – 8 (8,9%) и более 90 перцентиля – 3 (3,3%). В результате сравнительного анализа частот распределения плацент в зависимости от массы в группе II по отношению к группе I установлено значимое увеличение количества плацент с массой менее 10 перцентиля и более 90 перцентиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, значения массы плаценты, отражающего состояние самой плаценты и плацентарно-плодное взаимодействие, зависят от времени и метода ее определения. Средние значения массы плацент, установленные в патолого-анатомическом отделении, на 19,9% меньше соответствующих значений, полученных при первичном взвешивании, за счет истекшей крови, а также удаления пуповины и плодных оболочек. Сравнение полученной массы плаценты с нормативными показателями следует проводить с учетом метода определения массы и соответствующих нормативных значений.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВИТАМИНА D

Турдиева Ф.Р., Каюмова Д.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкентская медицинская академия

Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день анализ исследований, проведенных в разных странах, показывает о высоком уровне распространенности недостаточности и дефицита витамина D, который составляет около 1 млрд – 30–50% человек в мире. Дефицит витамина D во время беременности связан с проблемами плацентарной недостаточности, повышением риска экстренного кесарева сечения, рождения детей с низкой массой тела, гестационного диабета, преждевременных родов, преэклампсии, повышенной воспалительной реакции и эндотелиальной дисфункции.

ЦЕЛЬ

Анализ встречаемости гипертензивных состояний у беременных с недостаточностью и дефицитом витамина D в сыворотке крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 100 беременных женщин в Перинатальном центре Наманганской области. Всем беременным женщинам проводилось: общеклиническое и специальное акушерское исследования. Беременным определяли уровень витамина D (25(OH)-холекальциферола). Для разделения пациенток на группы в зависимости от уровня витамина D в данном исследовании использованы нормативы Российской ассоциации эндокринологов.

1 группа, (n=41) – беременные с дефицитом витамина D (<20 нг/мл);

2 группа, (n=29) – беременные с недостаточностью витамина D (⩾20 и <30 нг/мл);

3 группа, контрольная (т=30) – беременные с адекватным уровнем витамина D (⩾30 нг/мл).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст обследованных составил 26,1±2,3 года с колебаниями от 22 до 38 лет.

Из 100 пациенток, включенных в исследование у 30% (n=30) имели достаточный уровень витамина D (3группа), 29% (n=29) имели недостаточный уровень витамина D (2 группа), и 41% (n=41) имели дефицит витамин D (1группа). Анализ показал, что хронической гипертензией страдала только 1 женщина с 1 группы, во 2 и 3й группе данное состояние не наблюдалось. Легкая и тяжелая преэклампсия встречались у 11ти беременных с недостаточностью и дефицитом холекальциферола: в 1 группе у 8 (19,5%) беременных, во 2й – у 3 (10.3%), а в контрольной группе – не выявлено. Гестацонная гипертензия отмечалась у 18 беременных: в 1ой группе – у 12 (29,3%), во 2ой – у 5 (17,2%), а в контрольной – только у 1ой (3.33%) женщины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гипертензивные нарушения отмечались у каждой 2ой женщины с дефицитом витамина D и у 3й – с недостаточностью, тогда как преэклампсия и хроническая гипертензия не наблюдались в контрольной группе.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПЛОДА У ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19

Тухтабаев А.А.

Республиканский Специализированный Научно Практический Медицинский Центр Акушерства и Гинекологии Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патология миокарда воспалительного генеза занимает особое место в структуре экстрагенитальной патологии и сопровождается высоким риском осложнений, что отражено в модифицированной классификации материнского риска Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Более того, при некоторых состояниях беременность у этой категории пациенток противопоказана. Это связано с тем, что в случае наступления беременности у пациенток с миокардитом материнская смертность может достигать 35%, а тяжелые осложнения регистрируются в 50% случаев. Даже само прерывание беременности у этих больных сопряжено с высоким риском развития осложнений вследствие периферической вазодилатации и уменьшения сократительной способности миокарда на фоне анестезии.

ЦЕЛЬ

Изучить внутриутробно состояние гемодинамики левых отделов сердца плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена ЭхоКГ плода в III триместре 91 беременной которые были подразделены на 3 группы: из которых 67 женщин перенесли COVID-19 во время беременности. I (n-24) группа беременные перенесшие COVID-19, и не имеющих осложнений на сердечно-сосудистую систему. II (n-36) группа беременные во время беременности перенесшие ОРИ, после которого развился миокардит. III (n-31) группа беременные перенесшие COVID-19, после которого развился миокардит. Данная серия наблюдений было выполнена на аппарате Hitachi-aloka prosound alpha 6 (ALOKA, Япония) с использованием конвексно дуплексного датчика 3,5–5 МГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пренатальная оценка состояния внутрисердечной гемодинамики у плода при допплер-эхокардиографии в III триместре гестации у беременных с миокардитом, ассоциированным с COVID-19 III группе, при изучении левых отделов сердца плода выявила статистически значимое увеличение КСР и КСО, КДО; уменьшение ФУ и снижение ФВ сердца и признаки гипертрофии ЛЖ. У беременных с миокардитом, ассоциированным с COVID-19, у которых было выявлено нарушение МППК II и III степени (III группа) при ЭХОКГ обнаружены признаки кардиальной патологии плода с нарушением размеров и функциональных параметров левых отделов сердца плода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гемодинамические изменения в организме матери приводят к нарушениям гемодинамики плода. Всех беременных женщин с миокардитом при повышении индекса параметров сосудистого сопротивления венозного кровотока плода, выявляемой при допплерометрии необходимо проведение обязательного, прицельного эхокардиографического исследования плода для пренатальной диагностики врожденных пороков сердца и кардиальных патологий.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК С HELLP-СИНДРОМОМ

Уманский М.Н., Мелконов Э.Ю., Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В., Карташева С.В., Арабаджан С.М.

ГБУ РО «Перинатальный центр»

Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

HELLP-синдром является крайне тяжелым осложнением течения беременности, родов и послеродового периода со значительным поражением органов-мишеней (печень, почки), развитием полиорганной недостаточности и высоким риском неблагоприятных материнских и перинатальных исходов. Заболевание сопровождается микроангиопатическим гемолизом (артериолярные и капиллярные тромбозы), тромбоцитопенией, повышением концентрации печеночных ферментов и ишемическими повреждениями различных органов. Основным фактором развития HELLP-синдрома является эндотелиальная дисфункция, что в конченом итоге приводит к фиксации на поврежденном эндотелии самых крупных форменных элементов – тромбоцитов, которые разрушаются, а их «обломки» распространяются в системном кровотоке, активируя свертывающую систему крови. Активация системы коагуляции ведет к отложению фибрина в просвете сосудов и развитию множественных тромбозов. Разрушение тромбоцитов приводит к тромбоцитопении. Многочисленные тромбозы, внутрисосудистый гемолиз и нарушения в микроциркуляторном русле приводят к повреждению гепатоцитов – цитолиз с высвобождением печеночных ферментов в системный кровоток.

ЦЕЛЬ

Проанализировать эффективность проводимой терапии у пациенток, находившиеся на лечении в Ростовском областном перинатальном центре с установленным HELLP-синдромом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 57 пациенток с диагнозом HELLP-синдром. Все обследуемые были разделены на две группы: 1 группа составили 35 пациентки с HELLP-синдромом, который развился во время беременности (31–37 неделя) и 2 группа (22 пациентки), у которых HELLP-синдром развился после родов. Возраст женщин 25–40 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех обследуемых отмечалась тяжелая форма преэклампсии: артериальная гипертензия, генерализованные отеки, протеинурия, анемия, тромбоцитопения, снижение уровня гаптоглобина, увеличение уровня ЛДГ более 700 Ед\л, повышение АСТ свыше 80 Ед\л, АЛТ более 140 Ед\л и креатинина свыше 100 Ед\л. Отмечались следующие клинические проявления: слабость (у 22%), головная боль (у 25,5%), боли в правом подреберье (у 57%), тошнота (у 12,7%). Проводилась базовая терапия преэклампсии: сернокислая магнезия и антигипертензивная терапия (клонидин, нифедипин). Беременным 1 группы для подготовки к родоразрешению использовалась эпидуральная анальгезия, что позволяло стабилизировать показатели гемодинамики на уровне 145–130\90–80 мм рт. ст.. Инфузионная терапия проводилась только для коррекции гипопротеинемии, уровня электролитов в крови) под контролем диуреза. Установление диагноза HELLP-синдром у беременных означало проведение экстренного оперативного родоразрешения по жизненным показаниям для женщины с целью исключения осложнений. Всем пациенткам 1 группы сразу же после родоразрешения проводился объемный плазмаферез с удалением 2–3 л плазмы и возмещением до 3 л донорской свежезамороженной плазмы и по показаниям альбумин. Пациенткам 2 группы плазмаферез проводился сразу после установления диагноза HELLP-синдром. У всех обследуемых обеих групп проведение объемного плазмафереза приводило к положительной динамике клинико-лабораторных показателей, что позволило улучшить состояние в течение 18–27 часов. Представленные нами материалы позволяют сделать следующие выводы. 1. Исход беременности зависит от своевременной диагностики и начала лечения. 2. При установлении диагноза HELLP-синдром у беременных своевременно начатое экстренное оперативное родоразрешение приводит к улучшению состояния пациенток. Пролонгирование беременности на этой стадии может приводить к резкому ухудшению состояния беременных с высоким риском неблагоприятных

перинатальных и материнских исходов. Наличие адекватного диуреза позволяет проводить инфузионную терапию сразу же после родоразрешения, а при нарастании АЛТ, АСТ, ЛДГ и креатинина – проведение объемного плазмафереза. Всем пациенткам обеих групп с целью коррекции нарушений гемостаза через 8–12 часов после родоразрешения обязательно необходимо назначение препаратов низкомолекулярного гепарина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные нами результаты исследований свидетельствует об эффективности своевременного включения объемного плазмафереза в комплекс базовой терапии преэклампсии у женщин с HELLP-синдромом, что позволяет провести коррекцию нарушений метаболизма у беременных с таким грозным осложнением тяжелой преэклампсии. Наибольшей опасностью HELLP-синдрома является запоздалая диагностика и быстрое прогрессирование заболевания, приводящее к полиорганной недостаточности, что и является причиной материнской смертности.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ В ГБУ РО ПЦ

Уманский М.Н., Хвалина Т.В., Буштырев А.В., Баранов А.П., Бережная Е.В.

ГБУ Ростовский областной «Перинатальный Центр»

Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сокращение случаев материнской смертности является приоритетной задачей акушерства и гинекологии. Ведущая роль в структуре материнской смертности принадлежит массивным акушерским кровотечениям, существенный вклад в долю которых вносят нарушения плацентации – 20% случаев приходится на плотное прикрепление плаценты, 10% на предлежание плаценты, 7% на врастание плаценты. Неуклонный рост частоты проведения кесарева сечения во всем мире способствует увеличению количества случаев врастания плаценты: 0,03 на 1000 беременностей в 1950-х годах до 0,79–3,11 на 1000 беременностей по данным недавних эпидемиологических исследований. Клиники и ведущие хирурги всего мира ведут борьбу за органосохраняющий подход в оказании помощи беременным с врастанием плаценты.

ЦЕЛЬ

Анализ исходов оперативного лечения при врастании плаценты в ГБУ РО «Перинатальный центр» с 2019 по 2021 годы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное исследование вошли 57 пациенток с антенатально выставленным и патоморфологически подтвержденным диагнозом врастания плаценты по данным ГБУ РО «Перинатальный центр» за 2019–2021 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст беременных составил 34±2 года. Во всех случаях в анамнезе была операция кесарево сечение: 1 операция – у 24 беременных (42,1%), 2 операции – у 26 (45,6%), 3 операции – у 7 (12,3%). Предлежание плаценты было у 53 беременных (93%). Выскабливание полости матки было у 26 беременных (45,6%). Лапаротомия по Пфанненштилю выполнялась у 19 пациенток (33,3%), нижнесрединная лапаратомия – у 38 (66,7%). Разрез на матке: у 43 беременных (75,4%) в нижнем маточном сегменте вне плаценты, у 5 (8,8%) – донный, у 9 (15,8%) – корпоральный. Дистальный гемостаз одним катетером Фолея области нижнего маточного сегмента ниже места вращения с одновременным захватом воронко-тазовых, крестцово-маточных связок и восходящих ветвей маточных артерий после извлечения плода перед отделением плаценты проводился у 44 пациенток (77,2%). Перевязка восходящих ветвей маточных артерий после ушивания разреза на матке и метропластики проводилась 38 пациенткам (66,7%). Дополнительно потребовалась перевязка внутренних подвздошных артерий 5 пациенткам (8,85%) и установка внутриматочного баллона – 2 пациенткам (3,5%). Профилактика кровотечения осуществлялась согласно дейтсвуюему клиническому протоклу по разным схемам согласно утвержденным дозировкам: 36 пациенткам вводлся окситоцин (63,2%), а 21 (36,8%) пациентке – карбетоцин. Объем операции: метропластика в 54 случаях

(94,7%), гистерэктомия – в 3 (5,3%). Длительность операции составила 104±22,7 минут. Объем кровопотери при органосохраняющей операции составил 2311,6±935,9 мл, при экстирпации – 5375±1375 мл. Срок беременности на момент родоразрешения составил 35 недель 5 суток ± 8 суток. Тип операции: плановый у – 44 беременных (77,2%), экстренный у – 13 (22,8%). Травма мочевого пузыря с интраоперационным ушиванием отмечалась в 7 случаях (12,3%). Продолжительность послеоперационного стационарного лечения при проведении метропластики составила в среднем – 6,6±2 суток, при гистерэктомии – 9,6±2 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременные с врастанием плаценты представляют группу высокого риска по развитию массивного акушерского кровотечения. Проведенный нами анализ свидетельствует о возможности и целесообразности проведения органосохраняющей операции с целью снижения кровопотери, времени операции, травматичности, продолжительности послеоперационного лечения и сохранения репродуктивной функции.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ В КУЗБАССЕ

Ушакова И.А., Карась И.Ю., Шибельгут Н.М., Неретина А.В.

ГАУЗ КОКБ имени С.В. Беляева, «ОКПЦ им. Л.А. Решетовой»
Кемерово

АКТУАЛЬНОСТЬ

Масштабы нынешней пандемии COVD-19, нанесенный ею вред и урон человечеству не имеют себе равных в современном обществе, а ее последствия в настоящее время находятся в стадии изучения и могут быть столь же серьезными. Распространение инфекции по Кузбассу, на фоне активизации работы по вакцинации от коронавируса снижается, однако случаи заболевания продолжают регистрироваться среди всех групп населения, в том числе среди беременных, рожениц и родильниц.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики распространения новой коронавирусной инфекции (НКИ COVID-19) среди беременных, рожениц и родильниц во «вторую волну» с 17 июня 2021года по 30 мая 2022 года (в сравнении с первым периодом с 07 июня 2020г. по 16 июня 2021г.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По состоянию на 30 мая 2022 года по Кемеровской области зарегистрировано 1990 случаев НКИ COVID-19 (НКИ) у пациенток акушерского профиля.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение первого периода зарегистрировано 318 случаев НКИ, во втором периоде 1672 случая. Рост составил 425%. По городу Кемерово в 1 период 87 человек, во 2 период 448чел. Всего 535 случаев заболеваний, рост составил 415%. Новокузнецк – 74 человека за первый период в сравнении со вторым – 312чел. Всего по городу Новокузнецку -395 случаев, рост 333,7%. По другим городам Кузбасса всего 858 случаев заболевания, в 1 период 127случаев, во 2 – 731случай, рост составил 575%. По муниципальным округам и сельским поселениям всего заболели 202 женщины. В 1 период 30, во 2 период 172 человека, рост 473%. Из общего числа заболевших всего 1535 беременных (1 период 215женщин, 2 период 1320, рост 614%). За отчетный период заболели 447 родильницы (1 период 101 родильница, 2 период – 346, рост 342%). В послебортном периоде всего 8 женщин, 1 период – 2, 2 период – 6 человек, рост 300%.

По степени тяжести случаи НКИ пациенток акушерского профиля распределились следующим образом: тяжелая степень всего 46 человек, в 1 периоде 16, во 2 периоде 30чел., рост составил 187,5%. Крайне тяжелая степень – всего 4 случая, 1случай в 1 периоде, 3 случая во 2 периоде, рост 300%. Средняя степень всего у 295 пациенток, в 1 периоде – 114, во 2 – 181 случай, рост 158,7%. Всего женщин с легким течением НКИ 1423 человека, в 1 периоде 137, во 2 периоде 1286, рост составил 938,6%. Бессимптомные формы заболевания зарегистрированы у 222 женщин, в 1 периоде – 50, во 2 периоде 172, рост 344%. Из всех заболевших пнев-

мония диагностирована у 260 пациенток, в 1 периоде 100 случаев, во 2 периоде 160 случаев, рост 160%. Респираторная поддержка за весь отчетный период понадобилась 237 женщинам, в 1 периоде 89 пациенткам, во 2 – 148 заболевшим, рост 166%. В том числе: инвазивная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – всего за отчетный период 15 случаев, в 1 периоде 7случаев, во 2 периоде – 8, рост 114%. Неинвазивная ИВЛ – всего 25случаев, в 1 периоде – 4случая, во 2 периоде – 19, рост 525%. Высокопоточная оксигенация применялась у 49 пациентов, в 1 периоде у 23человек, во 2 периоде – 26, рост составил 113%. Стандартная оксигенация – всего 146 случаев, в 1 периоде получали 55человек, во 2 периоде – 91, рост 165%. ЭКМО за весь период наблюдения применялась у 2 женщин. Оба случая зарегистрированы во втором периоде наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, во 2 периоде с 17 июня 2021г. по 30 мая 2022 г. в сравнении с 1 периодом с 07 июня 2020г. по 16 июня 2021г. рост случаев заболевания НКИ COVID-19 у пациенток акушерского профиля в Кемеровской области – Кузбассе составил 425%. Наибольший рост произошел по малым городам и сельским поселениям Кузбасса – на 575% и 473% соответственно.

ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ CD163 НА КЛАССИЧЕСКИ, ПРОМЕЖУТОЧНО И АЛЬТЕРНАТИВНО АКТИВИРОВАННЫХ МОНОЦИТАХ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ РАННИМ ВЫКИДЫШЕМ

Фарзалиева А.В., Сотникова Н.Ю., Борзова Н.Ю.

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

Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

CD163 является гемоглобиновым рецептором – мусорщиком, который специфически экспрессируется на субпопуляциях активированных моноцитов и играет важную роль в иммунном гомеостазе, выполняет протективные, противовоспалительные и иммуномодулирующие функции. CD163 служит диагностическим параметром активации моноцитов и предиктором исхода заболевания при инфекционных, аутоиммунных, онкологических, инфекционных и воспалительных заболеваниях. Экспрессия CD63 при беременности изучалась лишь у женщин с преэклампсией были выявлены существенные изменения уровня sCD163 и его связь с содержанием про- и антивоспалительных цитокинов.

ЦЕЛЬ

Определить значение экспрессии CD163 на классически, промежуточно и альтернативно активированных моноцитах у женщин с угрожающим ранним выкидышем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 115 женщин в сроке 5–12 недель беременности, из них 80 женщин с угрожающим ранним выкидышем (основная группа) и 35 женщин с неосложненным течением беременности (группа контроля). На проточном цитометре FACScanto II (Becton Dickinson, USA) определялось относительное содержание субпопуляций моноцитов, экспрессирующих скавенджер рецептор CD163. Статистический анализ осуществлялся в программах «Statistica for Windows 13», «Microsoft Excel 2010». Материалом для исследований служила периферическая венозная кровь.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст женщин основной группы был выше, чем в контроле (30 (28;34) и 28 (24;30); p=0,0005), они чаще имели рабочие специальности по сравнению с контролем (53,7% против 20,0%, p=0,001). В анамнезе беременных основной группы достоверно чаще, чем в группе контроля, выявлялись хронический тонзиллит (32,5% против 11,42%; p=0,03) и хронический пиелонефрит (31,25% против 11,42%; p=0,04), регистрировались острые респираторно-вирусные заболевания (25% против 2,85%; p=0,01), воспалительные заболевания органов малого таза (71,25% против 40%; p=0,003), бактериальный вагиноз (40% против 14,28%; p=0,01).

Содержание классически и промежуточно активированных моноцитов, экспрессирующих скавен-

джер рецептор CD163, при угрожающем раннем выкидыше не отличалось от показателей контроля и не зависела от исхода беременности (p>0,05 во всех случаях). Экспрессия скавенджер рецептора CD163 на альтернативно активированных моноцитах у женщин с угрожающим ранним выкидышем, была значительно ниже, чем на классически и промежуточно активированных моноцитах, но зависела от исхода беременности. В периферической крови женщин с угрожающим ранним выкидышем содержание CD163+ моноцитов имело тенденцию к повышению (p>0,05). У женщин основной группы, беременность которых завершилась своевременными родами, уровень данного показателя не отличался от показателей контроля, тогда как у пациенток основной группы, беременность которых завершилась самопроизвольным выкидышем, он был значительно выше, чем в контрольной группе (p=0,011). Разница в содержании альтернативно активированных моноцитов, экспрессирующих скавенджер рецептор CD163, между подгруппами основной группы была статистически значимой (p=0,0007).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Альтернативно активированные моноциты, экспрессирующие скавенджер рецептор CD163, могут принимать участие в патогенезе угрожающего раннего выкидыша, а их содержание в периферической крови может использоваться в качестве предиктора самопроизвольного выкидыша у женщин с угрожающим ранним выкидышем.

РОЛЬ СИСТЕМЫ IL-1B-IL-1RA В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ РАННИМ ВЫКИДЫШЕМ

Фарзалиева А.В., Сотникова Н.Ю., Борзова Н.Ю.

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

Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Репродуктивные потери имеют не только медицинское, но и большое социальное значение, в связи с наметившейся в последние годы неблагоприятной демографической тенденцией к снижению рождаемости в нашей стране. Данное осложнение беременности носит полиэтиологичный характер, особое внимание уделяется иммунным причинам. IL-1β – провоспалительный цитокин, необходимый для успешной имплантации и плацентации при беременности. IL-1RA эндогенный ингибитор IL-1β.

ЦЕЛЬ

Определить роль системы IL-1β-IL-1RA в патогенезе репродуктивных потерь у женщин с угрожающим ранним выкидышем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 115 женщин в сроке 5–12 недель беременности, из них 80 женщин с угрожающим ранним выкидышем основная группа) и 35 женщин с неосложненным течением беременности (группа контроля). У всех пациенток контрольной группы и 59 женщин основной группы беременность завершилась своевременными родами (СР), у 21 женщины основной группы – репродуктивными потерями в виде самопроизвольного выкидыша и неразвивающейся беременности (РП). Методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) на микропланшетном ридере «Multiscan FC (Thermoscientific, China) с использованием коммерческих тест-систем (ООО «Цитокин», Санкт-Петербург) проводилось исследование сыворотки крови 90 женщин на IL-1β, IL-1RA. Статистический анализ осуществлялся в программах «StatisticaforWindows 13.0», «MicrosoftExcel 2010» и «MedCalc».

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследуемых группах различий по условиям проживания и образованию выявлено не было (p>0,05 в обоих случаях). Женщины основной группы чаще относились к категории незамужних (36,2% и 11,4%, p=0,02) и имели рабочие специальности (53,7% и 20,0%, p=0,001) по сравнению с контролем. Возраст женщин основной группы был выше, чем в группе контроля (30 (28;34) и 28 (24;30); p=0,0005). В анамнезе беременных основной группы чаще, чем в группе контроля, осложнялся острыми респираторно-вирусными заболеваниями (ОРВИ) (25% и 2,85%, p=0,01), воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) (71,25% и 40%, p=0,003) и бактериальным вагинозом (БВ) (40% и 14,28%, p=0,01).

Содержание IL-1β в основной группе было достоверно ниже, чем в контрольной (p=0,005), и было ниже показателей контрольной группы независимо от исхода беременности при СР – p=0,008, при РП – p=0,03. При сравнении уровня IL-1β у женщин основной группы с СР и РП различий не выявлено (p>0,05). Содержание IL-1RA было достоверно ниже в основной, чем в контрольной группе (p=0,009), а также зависел от исхода беременности. У женщин основной группы с СР уровень IL-1RA был ниже (p=0,000006), чем в контроле. У пациенток основной группы с РП уровень IL-1RA не отличался от показателей контроля, тогда как он был выше, чем в основной группе (p=0,001). При сравнении показателя IL-1RA у пациенток основной группы в зависимости от исхода установлено, что у женщин с РП уровень был выше, чем у пациенток с СР (p=0,000002).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У женщин с угрожающим ранним выкидышем репродуктивные потери ассоциируются с нарушением баланса в системе IL-1β – IL-1RA. В связи с чем можно сделать вывод, что система IL-1β – IL-1RA имеет наибольшее значение в патогенезе угрожающего раннего выкидыша, а повышенное сывороточное содержание IL-1RA у женщин с угрожающим ранним выкидышем до начала сохраняющей терапии может служить критерием прогноза ранних репродуктивных потерь.

ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ВРТ

Фицева Ж.Б., Цахилова С.Г.

Женская консультация №3 при ГКБ им. В.П. Демихова №68
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день внедрение и применение программ ВРТ, как способ восстановления репродуктивного здоровья населения, является одной из значимых проблем репродуктивной медицины. Достаточно высокие дозы гормональной терапии, применяемые для поддержания индуцированной беременности оказывает прямое воздействие на фукцию эндотелия и регуляции ангиогенеза при развитии фетоплацентарног комплекса, в результате которого могут возникнуть внутриутробно программируемая дисфункция плода. Проблема постановки плацентарной недостаточности (ПН) на до клиническом этапе этапе, свзана с трудностями вывления дефектов кровообращения в системе мать-плацента-плод с ранних сроков гестации, что требует более доступных и новых разработок для выявления патологического процесса с самых ранних сроков беременности и своевременной коррекции.

ЦЕЛЬ

Изучить состояние фетоплацентарной системы по данным ультразвукового исследования у пациенток после экстрокарпорального оплодотворения и у женщин со спонтанно наступившей беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ течения беременности и исходов родов у 125 беременных в период с 2018 по 2020 год. Возраст беременных варьировал от 18 до 50 лет. Беременные были разделены на 2 группу по способу наступления беременности. Первая группа пациенток составили 65 женщин, у которых беременность наступила методом ЭКО. Во вторую группу вошли 60 пациенток со спонтанно наступившей беременностью без тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией. В первой группе количество одноплодной беременности составили- 53, а в 12- двойни. Во второй группе двойни встречались у 4 женщин, у остальных беременность была одноплодной. Проводимое ультразвуковое исследование выполнялось по расширенной методике, с учетом эхографических особенностей плаценты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) патология плаценты достоверно чаще регистрировалось у пациенток первой группы, чем у женщин со спонтанно наступившей беременностью (43 и 34). Признаки плацентарной недостаточности (малое количество околоплодных вод в сочетании с задержкой роста плода) втречались чаще у пациенток основной группы (31). По данным доплерографии нарушение в системе мать-плацента-плод

наблюдалось достоверно (P>0,05) чаще у беременных основной группы в сравнении с контрольной группой (33 и 18, соответсвтенно). По данным КТГ у пациенток обеих групп лостоверных различий не выявлено. По результатам гистологического исследования фетоплацентарного комплекса при вспомогательных репродуктивных технологиях достоверно чаще встречался воспалительный процесс, захватывающие все плодные оболочки, пуповину и плацету.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток основной группы (после применения ЭКО), частота осложнений во время гестации, родов и неонатального периода гораздо выше, чем у женщин со спонтанно наступившей беременностью. Ранняя диагностика и своевременная коррекция плацентарных нарушений у беременных группы высокого риска, будут способствовать профилактике осложнений беременности, улучшение исходов родов и снижение младенческой инвалидности и смертности.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Фицева Ж.Б., Цахилова С.Г., Сакварелидзе Н., Кузнецов М.И., Манухина Е.И., Тотчиев Г.Ф.

ГБУЗ ГКБ им. В.П. Думихова ДМ, женская консультация №3
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы все более высокую значимость приобретает роль плацентарных нарушений в развитии акушерских осложнений: преэклампсии, задержки роста плода, невынашивании беременности, антенатальной гибели плода. Дефект становления экстраэмбриональных образований является главным фактором большинства патологических состояний при беременности. На основании проведенного исследования выявлены высокоспецифичные эхографические маркеры невынашивания и преждевременных родов у беременных после экстракорпорального оплодотворения. Дифференцированный подход к изучению оценки роста и развития экстраэмбриональных структур плодного яйца в ранние сроки гестации позволит проводить раннюю профилактику и лечение данных осложнений, что в свою очередь будет способствовать снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

ЦЕЛЬ

Улучшение перинатальных исходов путем совершенствования методов диагностики патологии развития плодного яйца в ранние сроки гестации у беременных после ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 120 беременных со сроком гестации 7–12 недель. Беременные были разделены на две группы. Первую (основную) группу составили 70 беременных послеэкстракорпорального оплодотворения (ЭКО), вторую (контрольную) – 50 пациенток с физиологически протекавшей беременностью. Возраст пациенток варьировался от 18 до 43 лет.

Клинические методы исследования включали сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, мазки на флору и степень чистоты). Эхографические и допплерометрические исследования проводились на аппарате PHILIPS Epiq 5 (США) и GE Voluson S 10 (Южная Корея), функционирующем в режиме серой шкалы и реального времени, с помощью конвексного абдоминального и вагинального датчиков с частотой 3,5 и 5 МГц. При доппле рометрии определяли систоло-диастолическое отношение в обеих маточных артериях.

Математическую обработку результатов проводили на основании пакета прикладных компьютерных программ. Определяли среднее значение признака и сред нее квадратичное отклонение (M ± SD). При оценке достоверности различий между средними величинами показателей вычисляли коэффициент достоверности разницы между двумя средними величинами (t-критерий Стьюдента).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе ультразвукового исследования органов малого таза по клиническим группам выявлены различные ультразвуковые параметры. У 26 (37%) женщин основной (первой) группы беременность завершилась неразвивающейся беременностью на ранних сроках и поздними самопроизвольными выкидышами. У пациенток данной группы обнару-

жены эхографические маркеры патологии эмбриона и экстраэмбриональных структур. Отсутствие желточного мешка при среднем внутреннем диаметре плодного яйца менее 10 мм зафиксировано у 3 (4%) женщин, отсутствие кисты желтого тле-а-у 3 (4%). У 8 (11%) отмечалась гипоплазия амниотической полости, гипоплазия хориона с отсутствием кровотока в хорионе выявлена в 3 (4%) случаях. Одновременное уменьшение амниотической и хориальной полостей – у 3 (4%) женщин. Образование ретрохориальной гематомы до 9-й недели зарегистрировано в 4 (6%). У 1 (1%) наблюдались кисты пуповины, коррелировавшие с хромосомной патолоогией плода. После 9-й недели брадикардия (менее 100 ударов в 1 минуту) в сочетании с уменьшением КТР имело место у 2 (3%) женщин. В 42 (60%) случая роды были срочные, в 16 (23%)-оперативные. У 2 (3%) беременных произошли преждевременные роды. В контрольной (второй) группе у 12 (24%) женщин беременность прервалась в первом триместре. Гипертонус различной степени выраженности отмечался у 4 (8%) пациенток, сочетание фрагментации хориона с гипоплазией желточного мешка -у 2 (4%)пациенток, неадекватная васкуляризация хориона- у 5 (10%), отсутствие желточного мешка- у 1 (2%). В остальных случаях эхографические параметры исследования эмбриона и экстраэмбриональных структур без патологии, все параметры соответствовали гестационному сроку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что беременность у пациенток после применения ВРТ характеризуется высокой частотой невынашивания, угрозой прерывания беременности, преждевременных родов. Эхографическими критериями осложненного течения беременности на ранних сроках гестации у пациенток после ЭКО следует считать: прогрессирующее уменьшение объемов амниотической и хориальной полостей, отсутствие желточного мешка при СВДпя <10 мм, брадикардия (менее 100 уд./мин.) после 9 недели беременности; наличие ретрохориальной гематомы (объем>20 мл). Важным эхографическим прогностическим признаком преждевременных родов является снижение объемов хориальной и амниотической полостей.

РОЛЬ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА В КЛИНИЧЕСКОМ АКУШЕРСТВЕ: МЕРЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КЕСКРЕВА СЕЧЕНИЯ

Хаджилаева Ф.Д., Хубиева А.Х-А., Хаджилаев И.Д., Пономарева Е.Б.

ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»
Черкесск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Кесарево сечение, осуществляемое по медицинским показаниям, показало себя как эффективный инструмент снижения материнской и перинатальной смертности.

ЦЕЛЬ

Опрделить роль классификации Робсона в практическом акушерстве.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ 2089 историй родов, на базе архива Республиканского перинатального центра, г.Черкесска.1 группа – 352; 2 группа – 143; 3 группа – 817; 4 группа – 227; 5 группа – 298; 6 группа – 25; 7 группа – 43; 8 группа – 24; 9 группа – 8; 10 группа – 152

РЕЗУЛЬТАТЫ

Самая большая группа по численности родильниц явилась 3 – 34.7% от общего числа всех родильниц. 2 место – 4 группа. Однако у них не наблюдалось самостоятельного начала родовой деятельности, и вследствие этого понадобились меры по индуцированию начала родовой деятельности, и в случае ее неэффективности взятие мер по проведению оперативного вмешательства в целях извлечения живого плода. 4 группа составила – 19.1%. 3 место по размеру группы заняла 1 группа. 3 группа составила – 13.7%. 4-ю позицию заняла 2 группа – первородящие родильницы, у которых не имелось при сборе акушерско-гинекологического анамнеза предыдущих родов; настоящая беременность окончилась своевременными родами с доношенным плодом. 4 группа составила – 11.9%. 5-ю ступень заняла 5 группа по классификации ученого Робсона. Ею явились повторнородящие родиль-

ницы, с наличием в акушерско-гинекологическом анамнезе предыдущих беременностей, окончившихся полноценными родами, у которых ранее имелись оперативные вмешательства путем абдоминального родоразрешения. 5-я группа составила – 8.7%. Самыми обширными группами, у которых наиболее чаще применялось абдоминальное родоразрешение, явились: 9 группа – 100%. Немаловажный вклад в частоту применения кесарева сечения внесла и 5 группа – 98.8%. 3 место по применению операции кесарева сечения заняла 7 группа. Родильницы с наличием внутриутробного плода с тазовым предлежанием [3] – 86.0%. Для того чтобы снизить процент применения кесарева сечения в процессе родоразрешения, необходимо уменьшить абдоминальное родоразрешение в пятой и девятой группах. Но преодолеть эту задачу и предпринять целесообразные меры нелегко. Следует направить усилия на 2 и 4 группы. Нужно тщательно выполнять хорошего качества предродовую подготовку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Классификация М. Робсона позволяет акушерам-гинекологам выбрать рациональный путь родоразрешения беременных женщин, не прибегая ежечасно к абдоминальному родоразрешению путем операции кесарева сечения при тяжелых клинических ситуациях.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СПОНТАННОМ МНОГОПЛОДИИ И ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Хаджилаева Ф.Д.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ставрополь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повышении удельного веса кесарева сечения, осложнений послеродового периода, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки, высокой частоте неврологических нарушений у выживших детей [3]. Частота многоплодной беременности по данным отечественных авторов составляет от 0.7 до 2% случаев [1,2].

ЦЕЛЬ

Провести сравнительный анализ течения беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ течения беременности и родов у женщины со спонтанно наступившим многоплодием и с одноплодной беременностью по историям родов перинатального центра г. Черкесска за 2019 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее количество родов в 2019 году – 1074. Из них количество родов с многоплодной беременностью-двойней – 2.14%. Распределение по сроку гестации показало, что при спонтанном многоплодии наибольшее число родов приходится при сроке 34- 37недель(56.52%). Напротив, при одноплодной беременности – 38–42 недель(82.61%). Социологический портрет беременных со спонтанным многоплодием представляют женщины преимущественно в возрасте 21–29 лет, повторнобеременные, повторнородящие; в контрольной группе – результаты аналогичные. Преждевременные роды в группе со спонтанным многоплодием произошли преимущественно в 34.4±1.7 недели. В группе одноплодной беременностью преждевременные роды произошли в 2 случаях (8.7%). Срочные роды при одноплодной беременности произошли в 1.75 раза чаще, чем при спонтанном многоплодии и составили 91.30% (21) случай. Период гестации со спонтанным многоплодием преимущественно осложнился анемией 1–3 степеней(30.43%), кольпитом(8.7%), миопией(8.7%); в контрольной группе анемия-4.35%, кольпит-8.7%, миопия-0%. Наиболее частой причиной рождения маловесных детей при спонтанном многоплодии является акушерская патология: истмико-цервикальная недостаточность (47.83%), гемодинамические нарушения(39.13%),преждевременная отслойка плаценты(34.78%), преждевременное излитие околоплодных вод(26.09%), преэклампсия и многоводие по 13.04% соответственно. Родоразрешение операцией кесарева сечения со спонтанным

многоплодием отмечено в 56.52%; одноплодной беременностью-34.78%. В обеих исследуемых группах частота операций в экстренном порядке превалировала над показателями планового родоразрешения и составила по 34.78%. Частота оперативного родоразрешения в группе со спонтанным многоплодием составила 56.52%, объясняется расширением показаний со стороны плода (ЗВРП (13.04%), НМК (17.39%), ВУИ (8.7%), гипотрофия (13.04%));со стороны матери (преэклампсия (13.04%), ПОНРП (34.78%), слабость родовой деятельности (8.7%)). При спонтанном многоплодии отмечен высокий процент ручного отделения плаценты и обследования полости матки по поводу кровотечения при патологии прикрепления плаценты (39.13%), что имеет статистически значимое различие, чем в группе с одноплодной беременностью – 4.35%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из совершенного настоящего исследования следует сказать, что течение беременности и родов при спонтанном многоплодии протекают гораздо сложнее, нежели беременность и роды при одноплодной беременности. В обоих случаях необходима тщательное исследлвание анализов и динамическое наблюдение женщин как в период беременности, так и тщательный непрерывный контроль и в момент самих родов.

COVID-19 – ФАКТОР РИСКА ПРЕЖЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Халитова Р.Ш.

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

Уфа

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность – физиологическое состояние с предрасположенностью к респираторным вирусным инфекциям, особенно у женщин с осложненным течением гестации. В связи с изменениями во время беременности меняется функция иммунной и сердечно-легочной системы, что повышает вероятность развития респираторных вирусных инфекций, в том числе SARS-CoV. Учитывая разнородность полученных данных о влиянии новой коронавирусной инфекции на течение беременности, родов и послеродового периода, изучение данной темы представляет научный интерес. Согласно данным литературы, у беременных с пневмонией чаще происходят преждевременные роды, рождаются недоношенные дети с низкой массой тела и выше частота оперативных родов. Во время беременности и родов у данного контингента больных повышается предрасположенность к развитию гипертензии и гестационного сахарного диабета, которые являются факторами риска для развития тяжелого острого респираторного синдрома, вызываемого коронавирусами (SARS-CoV-2). Однако до сих пор недостаточно данных оценки воздействия инфекции SARS-CoV-2 на здоровье беременных и новорожденных.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние новой коронавирусной инфекции в развитии преждевременных родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ клинико-анамнестических данных у 68 женщин, перенесших преждевременные роды (ПР). Основная группа: пациентки с заболеванием Covid-19, перенесших ПР – 22 женщины. Контрольная группа: пациентки без инфекции Covid-19, перенесших ПР – 46 женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток основной группы составил 30,8 ± 5,59 года (95% доверительный интервал [ДИ] 28,4–33,1), контрольной группы 30,9 ± 5,16 года (95% доверительный интервал [ДИ] 29,4–32,4). У большинства женщин течение инфекционного процесса было в легкой форме 21(30,9%), у 1(1,5%) тяжелое, остальные в средней степени тяжести. Анализ клинико-анамнестических данных женщин выявил, что факторами риска, оказывающее неблагоприятное воздействие на течение беременности, родов и послеродового периода, являются: проживании в городе (90,9%), заболеваниях органов дыхания (95,4%, особенно хронический бронхит – 63,6%), срок беременности на момент родоразрешения 33 (31,3–34) недели, при этом у недоношенных детей при рождении низкая масса тела 1850 (1415–2195) г, рост плода 43 (39–46) см, оценка по шкале Апгар в конце первой минуты 6 (5–7) баллов, на пятой минуте 7 (6–8) баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка клинико-анамнестических данных у женщин с ПР, позволит сформировать группу риска по развитию ПР у больных с инфекцией SARS-CoV-2. Предстоит дальнейшее изучение влияние COVID-19 на акушерские и перинатальные исходы.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ПОЯВЛЕНИЯ РЕДКИХ СИМПТОМОВ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ БЕРЕМЕННЫХ

Чемортан М.И.

Департамент Акушерства и гинекологии, Государственный университет медицины и фармации имени «Николае Тестемицану», Республика Молдова

Кишинев

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ) – заболевание печени, характеризующееся повышением уровня функциональных проб печени и желчных кислот (ЖК) на фоне кожного зуда. Конституциональные симптомы, такие как общая слабость, отсутствие аппетита, боли в животе, могут присутствовать у беременных с ВХБ. Среди редких симптомов ВХБ так же отмечены желтушность кожных покровов, стеаторея, бледность стула и темное окрашивание мочи у женщин.

ЦЕЛЬ

Оценить частоту появления редких симптомов у женщин с ВХБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное исследование проводилось путем оценки 69 случаев ВХБ. Женщин просили описать интенсивность зуда и наличие других симптомов в начале заболевания, на момент обследования и на 3-й день после родов. Статистический анализ данных проводился с помощью программы IBM Statistics SPSS 21.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин, включенных в исследование, составил 29,6±6,4 лет, варьируя в пределах 18–43 лет. Уровни ЖК у женщин с ВХБ составляли от 10 до 211 μмоль/л, со средним значением равным 35.3±4.64 μмоль/л. Таким образом ВХБ легкой степени (уровень ЖК 10 – 40 μмоль/л) был установлен в 48/69 (69.6%) случаях, средней степени (уровень ЖК 40–100 μмоль/л) – 16/69 (23.2%) случаев, ВХБ с тяжелым течением (уровень ЖК <100 μмоль/л) – 5/69 (7.2%) случаев. Исследование выявило, что в начале заболевания большая часть женщин (60,7%) оценили интенсивность зуда менее или равное 5 пунктам, будучи редким или периодическим, появляющимся каждый день, но асимптоматические периоды преобладали. Особый интерес представляли редкие симптомы ВХБ и частота, с которой они встречаются. Таким образом, в начале заболевания желтушность кожных покровов отметила одна женщина (1/69, 1,4%), потемнение мочи – 9/69 (13,0%) женщин, бледность стула – 1/69 (1,4%) женщина, боли в правом подреберии наблюдались у 6/69 (8,7%) участниц. Среди конституциональных симптомов, женщины, включенные в исследование, жаловались на отсутствие аппетита в 4/69 (5,8%) случаях, быструю утомляемость в 6/69 (8,7%) случаях, бессонницу – 11/69 (15,9%) случаев. Тем не менее в данном исследовании не было отмечено случаев стеатореи.

На момент включения в исследование и проведения опроса большинство (67,6%) женщин оценивали интенсивность кожного зуда на 8 и более пунктов, в 53,6% случаев будучи практически постоянным. Так же отмечалось увеличение частоты конституциональных симптомов: отсутствие аппетита 10/69 (14,5%) случаев, быстрая утомляемость в 39/69 (56,5%) женщин, бессонница – 37/69 (53,6%) случаев.

В послеродовом периоде интенсивность кожного зуда снижалась, в 92,6% случаев будучи менее или равна 5 пунктам, в 89,7% случаев женщины описывали зуд как редкий, не доставляющий дискомфорта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кожный зуд является основным клиническим симптомом ВХБ, и именно он заставляет женщин обращаться за дополнительной медицинской консультацией во время беременности. Поэтому его не следует игнорировать, даже если он имеет низкую интенсивность и уменьшается в послеродовом периоде. Среди редких симптомов ВХБ лидируют такие конституциональные симптомы как быстрая утомляемость и бессонница, вызванная

увеличением интенсивности зуда в ночное время. Данные симптомы следует интерпретировать как показание для последующего наблюдения.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РАННИМ И ПОЗДНИМ ФЕНОТИПАМИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Шишкина Д.И., Сичинава Л.Г.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Задержка роста плода (ЗРП) является второй по значимости причиной перинатальной смертности и заболеваемости, осложняя 6–10% беременностей. Дети с ЗРП составляют 30,1% от числа недоношенных новорожденных. Среди плодов с задержкой роста доля мертворождений составляет 1,5%: в два раза выше этого показателя у плодов-нормотрофиков. У детей с внутриутробной ЗРП в школьном возрасте выше риск плохой успеваемости, в возрасте старше 30 лет – сахарного диабета и кардиоваскулярных заболеваний. Диагностика ЗРП многократно изменялась в последние десятилетия. В 2016 году были предложены новые критерии ЗРП, которые легли в основу клинических рекомендаций (2022г.). Важным нововведением явилось выделение раннего и позднего фенотипов ЗРП, отличающихся по диагностическим критериям, срокам родоразрешения, перинатальным исходам и долгосрочным последствиям для детей.

ЦЕЛЬ

Оценить и сравнить течение беременности, родов и перинатальные исходы у пациенток с ранним и поздним фенотипами ЗРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 50 пациенток с одноплодной беременностью, у которых диагноз ЗРП устанавливался при предполагаемой массе плода (ПМП) или окружности живота (ОЖ) менее 3 перцентиля, а также при сочетании ПМП менее 10 перцентиля и патологических допплерометрических показателях в системе мать-плацента-плод (КР 2022). Ранний фенотип (РФ) диагностировали при сроке гестации менее 32 недель – 18 беременных (36%), поздний (ПФ) – при сроке более 32 недель – 32 пациентки (64%). Помимо фетометрии проводили допплерографию и измеряли максимальный вертикальный карман (МВК) околоплодных вод, маловодие диагностировали при МВК <2 см; в сроки более 34 недель дополнительно определяли церебро-плацентарное отношение (ЦПО). Всем пациенткам проводили компьютерную кардиотокографию (кКТГ) с оценкой кратковременной вариабельности (STV). Диагноз задержки роста у новорожденных подтверждали на основании классификации Beune.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основными осложнениями настоящей беременности были угроза преждевременных родов (30%) и анемия легкой степени (24%), которые чаще наблюдались у пациенток с РФ ЗРП (56% и 39% соответственно против 16% и 15% при ПФ). Преэклампсия диагностирована только у 9 беременных с ЗРП (18%), из них у большинства – ПФ заболевания (67%).

РФ ЗРП выявлялся, как правило, в 29±2,8 недель, ПФ – в сроки 33±6 недель. ПФ ЗРП встречался в 1,7 раз чаще (64% против 36%). Выраженная ЗРП (ПМП<3 перцентили) преобладала при РФ (94% против 72% при ПФ).

Нарушения гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» были отмечены у большинства (70%) беременных. Изменения показателей кровотока в обеих маточных артериях (МА), а также снижение ЦПО были наиболее характерны для пациенток с РФ ЗРП. У беременных с ПФ ЗРП, наоборот, чаще наблюдались нарушения кровотока в одной из МА.

Роды в сроки 37–41 неделю произошли у 6 пациенток с РФ ЗРП (33%) и у 22 с ПФ (69%). Преждевременные роды были более характерны для пациенток с РФ ЗРП (67% против 31% с ПФ), и только у этой категории беременных роды произошли в 22–28 недель гестации (4 из 12). Родоразрешение путем кесарева сечения проводили также чаще пациенткам с РФ ЗРП (94% против 56% при ПФ).

Все 50 детей родились живыми, большинство из них (70%) в состоянии средней и умеренной асфиксии (4–7 баллов по Апгар). Новорожденным от пациенток с РФ ЗРП диагноз асфиксии при рождении устанавливали в 1,6 раз чаще.

При рождении диагноз ЗРП был подтвержден у большинства пациенток – 84%. В основном это были пациентки с РФ ЗРП (94% против 78% при ПФ). У 8 из 50 пациенток масса тела детей при рождении превышала 10-ый центиль, у большинства из них (7 из 8) во время беременности был диагностирован ПФ ЗРП.

Госпитализация в палату интенсивной терапии потребовалась 72% детям с внутриутробной ЗРП (РФ) и только 34% с ПФ. Респираторная поддержка чаще проводилась детям от пациенток с РФ ЗРП (72% против 25% при ПФ).

Домой в удовлетворительном состоянии были выписаны 20 новорожденных (40%), остальные переведены для продолжения лечения в другие стационары. Дети от пациенток с РФ ЗРП реже выписывались домой – 28% (с ПФ – 47%), половина из них (50%) были переведены в другие стационары (с ПФ ЗРП – только 16%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши предварительные данные подтверждают, что для беременных с РФ ЗРП характерны более неблагоприятные перинатальные исходы. Выделение ранней и поздней ЗРП клинически обосновано и чрезвычайно важно, так как позволит осуществлять дифференцированный подход к тактике ведения беременности и родов у этой группы пациенток с высоким риском осложнений, что несомненно улучшит перинатальные исходы.

РОССИЙСКИЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ПЕССАРИЕВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ

Шнейдерман М.Г., Шнейдерман М.М.

1. *ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России*
2. *ООО «ЭКО плюс», Москва*

москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди эффективных консервативных способов лечения опущения тазовых органов широкое применение находят урогинекологические пессарии. Надежной профилактикой преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности является применение акушерского пессария.

ЦЕЛЬ

Представлена информация о разработке и применении новых российских моделей акушерских и урогинекологических пессариев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» разработаны новые виды урогинекологического и акушерского пессариев доктора Шнейдермана, которые выполнены из высококачественного медицинского силикона различной твердости по Шору, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования.Новая модифицированная модель урогинекологического и акушерского пессария имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно удерживает матку и влагалище от опущения, предупреждает стрессовое недержание мочи а также надежно удерживает от раскрытия шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности. Изучение имеющихся разновидностей акушерских пессариев выявило ряд недостатков в их конструкции и возможных осложнений при использовании: чувство дискомфорта, боли, смещение и выпадение, обильные влагалищные выделения и образование пролежней на стенке влагалища. В ФГБУ “НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова” разработаны и тестированы новые модели акушерских пессариев, отличительной особенностью которых является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Испытания модифицированной модели урогинекологического пессария проведенные на 340 женщинах с диагносцированным опущением органов малого таза показали их высокую надежность и эффективность.

Оптимальное время использования урогинекологического пессария – от 20 до 25 дней, после чего вечером пессарий извлекается, промывается теплой водой и утром снова вводится во влагалище на следующие 20–25 дней.

.Имеются семь преимуществ новой модели акушерского пессария перед существующими образцами: происходит надежная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов,простота введения пессария во влагалище,отсутствие пролежней и язв на слизистой влагалища. Через наружные вырезы увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого (профилактика кольпита),не бывает аллергических осложнений а наличие четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца удерживает раскрытие шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности. Устраняются симптомы стрессового недержания мочи. Оптимальное время использования акушерского пессария – от 17 недель до 37 недель беременности. Испытания новой модели акушерского пессария проведенные на 486 беременных женщинах (при сроках от 18 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность и эффективность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование нового вида акушерско-гинекологического пессария доктора Шнейдермана позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.

ДИСКОРДАНТНЫЙ РОСТ ПЛОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Шодиева Х.Т., Курбонова Н.А.

Ташкентская медицинская академия

Узбекистан, Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на многие достижения в акушерстве, многоплодная беременность (МБ) по-прежнему имеет высокий процент неблагоприятных исходов, в частности перинатальную заболеваемость и смертность. Высокоинформативным методом диагностики МБ является УЗИ, которое дает возможность определения типа хориальности, амниальности и контроль биометрических показателей для динамического наблюдения за ростом и развитием плодов во время беременности. При МБ внутриутробный рост плодов в первом и во втором триместре можно сравнить с ростом одноплодных, тогда как в третьем триместре рост обычно значительно снижается, являясь приспособительным механизмом, это доказывает, что близнецы имеют меньший вес при рождении, чем одноплодные. Одним из часто встречаемых осложнений МБ является дискордантный рост плодов, связанное с задержкой развития одного из плодов. Термин дискордантный рост плодов при многоплодии считают разницу между ожидаемыми массами плодов, превышающую 15%.

ЦЕЛЬ

Определение дискордантного роста плодов при многоплодной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное когортное исследование исходов беременности у 154 женщин с многоплодием, которые были разделены на 2 группы в зависимости от типа хориальности: 1 группу составили 68 женщин с монохориальной биамниотической двойней и 2 группу 86 женщин с бихориальной биамниотической двойней. Путем УЗИ в первого триместре беременности определяли тип хориальности и амниальности. УЗИ с измерением бипариетального размера головки плода, окружности живота и длины бедренной кости с вычислением предполагаемой массы плода позволило определить соответствие фетометрических показателей предполагаемому сроку беременности, а также выявление признака ограничения роста плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст обследуемых нами женщин составил в 1ой группе 24,6±0,7, во 2ой 27,2±1,2 лет. Из них первобеременные составили 38,2% и 32,6%, повтор-

небеременные 61,8% и 67,4%. В ходе исследования установлено на протяжении беременности симметричный рост плодов у 33,8% пациенток 1-ой и у 44,2% пациенток 2-ой гр. Выявленная дискордантность веса плода до 15% показало отсутствие прогностического значения для риска перинатальных осложнений. Тогда как дискордантность от 15 до 25% при монохориальном биамниотическом типе плацентации встречалось 3 раза чаще чем при дихориальном диамниотическом типе плацентации. По данным ряда авторов гораздо большое значение имеет сама по себе масса плода при рождении показывающая наличие или отсутствие селективной задержки развития у меньшего плода. Одним из признаков задержки роста является наличие разницы предполагаемой массы плодов из двоен более 25%. Так дискордантность веса плода более 25% в нашем исследовании составило при монохориальном типе 16,2%, при дихориальном типе 3,4%.

Самым распространенным способом родоразрешения было кесарево сечение в 1 гр. у 53 (77,9%) во 2-ой 63 (73,2%). Частота оперативного родоразрешения с дискордантным ростом была выше, чем с симметричным. Большинство беременных родоразрешены преждевременно до 37 недель в 1 гр. 57,3%, во 2 гр. 48,8%. Средний гестационный возраст при монохориальном типе составил 35,8±0,5 недель, при дихориальном 37,5±0,08 недель.

Оценку по шкале Апгар 6 баллов в 1 минуту жизни и к концу пятой минуты 7 баллов в 1 гр. составило 22 (33,8%), во 2 гр. 42 (48,8%) новорожденных. Количество детей, рожденных в удовлетворительном было достоверно больше, а в тяжелом состоянии было достоверно меньше во 2 гр. (9,2%) по сравнению с 1 гр. (20,5%). Сравнение частоты осложнений неонатального периода показало их преобладание в группе с монохориальным типом плацентации. Госпитализация в ОРИТН при дискордантном весе составило 19,8%. В ходе анализа неонатальной заболеваемости установлено высокая частота гипоксическо–ишемического поражение ЦНС, синдрома дыхательных расстройств у новорожденных с дискордантным весом и это связанно с высокой частотой преждевременных родов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Замедление роста одного из плодов является одной из причин перинатальной заболеваемости. При проведении оценки исхода беременности у женщин с дискордантным ростом плодов показало, что, если даже вес близнецов соответствует норме, но имеет место разница в весе между ними, риск неблагоприятных исходов повышается. С ростом степени дискордантности возрастает частота и тяжесть задержки развития плодов, гипоксии и асфиксии, поражений ЦНС.Дискордантный вес плодов более 20 и 25% требует более тщательного антенатального мониторинга для решения вопроса тактики ведения и досрочного родоразрещения.

ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ КАК СОСТОЯНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ МЕРТВОРОЖДЕНИЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие пандемии COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) характеризовалось поражением всех групп населения с более частым инфицированием и более тяжелым течением заболевания у лиц пожилого возраста. Особую группу пациентов составили беременные в связи с потенциальным поражением как самой женщины, так и плода. При этом важным звеном патогенеза заболевания закономерно выступают повреждения плаценты, являющиеся одной из причин нарушений развития и гибели плода.

ЦЕЛЬ

Анализ частоты выявления патологии плаценты при мертворождении в период пандемии COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен анализ статистических форм А-05 Росстата за 2019–2021 гг, относящихся к мертворождению. Проведено сравнение частоты регистрации поражений плаценты как состояний, обусловивших мертворождение, в 2019 г. и в 2020–2021 гг (период пандемии COVID-19). Показатели мертворождаемости рассчитывали как отношение

количества мертворожденных к общему числу новорожденных, родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000. Сравнение полученных качественных данных проводили при помощи критерия Хи-квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно данным Росстата по Российской Федерации в целом в 2020 и 2021 гг (в период пандемии COVID-19) по сравнению с 2019 г. отмечается увеличение абсолютного количества мертворожденных на 1,1% и 0,2% соответственно. При этом значения показателя мертворождаемости повысились на 4,2% и 6,1% соответственно. Наиболее выраженное увеличение количества мертворожденных зарегистрировано в Южном (на 10,4%) и Уральском (на 6,7%) федеральных округах соответственно. В то же время в Северо-Западном и Северо-Кавказском федеральных округах наблюдалось уменьшение количества мертворожденных на 4,0%.

Осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек были расценены как состояния, обусловившие мертворождение, в 2019 г. в целом по Российской Федерации в 45,1% наблюдений среди всех случаев мертворождения. В 2020 и 2021 гг доля поражений плаценты по сравнению с 2019 г. увеличилась на 1,3% и 7,3% соответственно. В свою очередь, показатели мертворождаемости, обусловленные патологией плаценты, в 2020 и 2021 г. по сравнению с 2019 г. повысились на 5,3% и 13,8%. Наиболее выраженное увеличение показателей мертворождаемости в результате патологии плаценты в 2020 г. отмечалось в Южном (на 13,4%) и Уральском (на 9,8%) федеральных округах, а 2021 г. – в Южном (на 13,3%) и Приволожском (на 12,1%) федеральных округах. Рассчитанные показатели мертворождаемости вследствие хориоамнионита в Российской Федерации повысились в 2020 и 2021 гг по сравнению с 2019 г. на 14,7% и 26,4% соответственно, а в результате предлежания плаценты – на 33,7% и 31,6% соответственно. Полученные результаты согласуются с данными литературы, свидетельствующими о развитии нарушений материнского и плодного кровотока, а также воспалительно-иммунных процессов в ткани плаценты у беременных с COVID-19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании анализа данных Росстата за 2020 и 2021 гг, период развития пандемии COVID-19, установлено увеличение частоты регистрации поражений плаценты как состояний, обусловивших мертворождение, главным образом, вследствие предлежания и преждевременной отслойки плаценты.

УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАТТЕРНОВ СВЯЗАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Щербаков В.И., Поздняков И.М., Ширинская А.В., Волков М.В.

ГБУЗ НСО КРД-6

Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Открытие молекулярных паттернов связанных с повреждением (damage-associated molecular patterns- DAMP), как сигналов опасности (danger signal), знаменует новый этап изучения таких фундаментальных процессов как воспаление. Оказалось, что DAMP, как и патоген ассоциированные молекулярные паттерны (pathogen-associated molecular patterns-PAMP), способны как индуцировать, так и участвовать в воспалительных процессах. DAMP и PAMP индуцируют воспаление через одни и те же рецепторы. Например Толл – подобный рецептор 4 (ТПР-4) способен лигировать такой экзогенный лиганд как липополисахарид (ЛПС), а также эндогенные лиганды, как фибриноген, гепаран сульфат, декстран сульфат, высокомобильный протеин-1 (high-mobility group box1, HMGB1) (Anders HJ., 2010), лактоферрин (Curran C.S et al. 2006). В настоящее время это новое наиболее перспективное направление в изучении такой формы, как стерильное воспаление. Так как сигналы опасности, являясь по своей сущности стерильными триггерами, запускают этот вид воспаления в чистом виде, или в комплексе с экзогенными триггерами. В этот процесс вовлекаются инфламасомы – молекулярные платформы способных конвертировать про – ИЛ-1β в активный ИЛ-1β с помощью провоспалительной каспазы 1. Спектр эндогенных лигандов представляющих сте-

рильный сигнал опасности довольно широк и продолжает пополняться (Yang D. et al.2009). Важным компонентом преэклампсии (ПЭ) и угрозы преждевременных родов (УПР) является воспаление.

ЦЕЛЬ

Цель исследования-изучение уровня некоторых DAMP в сыворотке крови при ПЭ и УПР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 128 беременных с ПЭ и 98 с УПР. В сыворотке крови измерялись аденозин трифосфат (АТФ), мочевая кислота (МК), фибриноген, лактоферрин, холестерол. Всем женщинам проводилось общеклиническое обследование, УЗИ, допплерометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень АТФ, как классического DAMP был повышен при ПЭ. Повышение АТФ было четырехкратным по сравнению с контролем. АТФ может освобождаться из гипоксической и некротической ткани и в частности из гипоксической плаценты. Гипоксия плаценты развивается вследствие неадекватного ремоделирования спиральных артерий при данной патологии. АТФ вызывает активацию иммунных и эндотелиальных клеток через P2Yрецепторы, экспрессируемых плацентой. АТФ является экстремально эффективным DAMP усиливающим воспаление, как в плаценте, так и в эндотелии сосудов, и почках. МК является отражением метаболизма АТФ, также повышается при ПЭ. Причем степень повышения МК связанно с тяжестью ПЭ. АТФ и МК могут также через активацию NOD-подобных рецепторов и в частности -NLRP3- воздействовать на инфламасомы экспрессируемых плацентой. Важно и то, что как показано нами, уровень МК повышается во время родов с последующим снижением в послеродовом периоде на 2–3 сутки, при неосложненных родах. Если же роды осложняются воспалительным процессом, то уровень МК снижается только после разрешения воспаления. Эти данные еще раз подтверждают гипотезу, что нормальные роды являются стерильным воспалительным процессом, а также показывают участие в нем такого DAMP как МК.

При угрозе преждевременных родов, уровень лактоферрина, как эндогенного лиганда ТПР-4 был повышен. При ПЭ также регистрировалось повышение лактоферрина и это повышение было связано со степенью тяжести ПЭ. Фибриноген, также являющийся эндогенным лигандом ТПР-4 был повышен как при УПР так и при ПЭ. Следует отметить, что степень повышения этих двух лигандов была выше при ПЭ, чем при УПР. Другими словами фибриноген и лактоферрин через ТПР-4 способны под\держивать воспаление при ПЭ и УПР. Важной особенностью вытекающей из этого исследования является то, что системное воспаление при ПЭ способно нейтрализовать оксид азота за счет его связывания с супероксидом и как следствие этого снижение его биодоступности, результатом чего является повышение АД. При УПР как локальной форме воспаления повышения АД не наблюдалось. Это указывает в пользу того, что именно системное воспаление, в первую очередь на уровне сосудистой стенки ведет к повышению АД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученые данные указывают на то, что уровень DAMP изменяются как при ПЭ-системной, так и при УПР, локальной формы воспаления. На основании этого можно предполагать, что при этих осложнениях беременности, действует новый механизм индукции и поддержания воспаления, ч\з внутриклеточные пути связанные с активацией инфламмасом.

ВНЕПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: НАШ 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Щукина А.А.[1], Кищенко Е.А.[1], Манукьян Г.В.[1], Апресян С.В.[2], Шмаков Р.Г.[3], Габриелян А.Р.[2], Жигалова С.Б.[1], Мусин Р.А.[1], Меликян А.Л.[4], Соколова М.А.[4], Полушкина Е.С.[3]

1. *ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»*
2. *ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, г. Москва*
3. *ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России*
4. *ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России*

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) – достаточно распространенное заболевание. По разным данным, 15–25% пациентов с ВПГ – женщины детородного возраста, которые могут забеременеть. Сочетание портальной гипертензии и беременности может привести к тяжелым осложнениям, что ставит под угрозу жизнь матери и плода. Долгое время считалось, что беременность противопоказана пациенткам с портальной гипертензией, в большинстве случаев выполнялось её прерывание. В настоящее время подход к ведению данных пациенток был пересмотрен, что позволило снизить частоту развития потенциально опасных для жизни осложнений, одним из которых является кровотечение из варикозных вен (ВВ) пищевода и желудка.

ЦЕЛЬ

Оптимизация лечебной и диагностической тактики ведения беременных с внепеченочной портальной гипертензией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 10 лет нами наблюдалось 73 женщины с ВПГ, в анамнезе которых были беременности. У 54 (74%) была выявлена наследственная тромбофилия, у 19 (26%) – миелопролиферативное заболевание (МПЗ). Из них у 9 был синдром Бадда-Киари (12,3%), у 4 диагностирована Лейденовская мутация (5,5%), у 3 АФЛ синдром (4,1%). Из 73 женщин успешные роды были у 61 (83,6%). У большинства были неоднократные беременности, отягощенный акушерский анамнез. У 31 (42%) в анамнезе были эпизоды пищеводно-желудочного кровотечения. В качестве основных методов диагностики применялись: общеклинические исследования крови, молекулярно-генетические исследования, трепанобиопсия, УЗИ с доплерометрией, ЭГДС для оценки топографии, степени выраженности ВВ, и определения «маркеров кровотечения». По показаниям выполнялось КТ и МРТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Манифестация ВПГ при наследственных тромбофилиях наступает в раннем детском возрасте, проявляется как правило эпизодами пищеводно-желудочного кровотечения (ПЖК). При МПЗ ВПГ развивается в среднем возрасте, ПЖК не характерны для данных пациентов (6,8%). Родоразрешение преимущественно выполнялось в плановом порядке (67%), чаще путем кесарева сечения (62,3%). Во время беременности встречались такие осложнения как: преэклампсия (9,4%), зуд (2%), ТЭЛА (1,4%), гипоплазия плаценты (7,2%). Во время беременности ПЖК встречались в 8,2%. Для остановки кровотечения выполнялось эндоскопическое лигирование. При выполнение операции в объеме портокавального шунтирования до беременности (преимущественно в группе с наследственной тромбофилией – 28,8%) в последующем по данным ЭГДС ВВ пищевода и желудка были не угрожаемы по кровотечению – 1 и 2 степеней. АКТ во время беременности получало 48%, причем кровотечения были только 2 двух пациенток (5,8%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременность у женщин с ВПГ несет определенный риск прерывания беременности, развития таких осложнений как кровотечения из ВВ, тромбозы различной локализации. Ведение данных пациенток необходимо проводить с учетом оценки тромбофилического статуса, ввиду их предрасположенности к тромбозам. Назначение АКТ необходимо во время беременности. Беременность разрешается при ВПГ при условиях мультидисциплинарного подхода под наблюдением акушер-гинекологов, портальных хирургов, гематологов.

ИЗМЕНЕНИЕ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПЛОДОВ С ПОЗДНЕЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА

Юсенко С.Р., Коган И.Ю., Нагорнева С.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Задержка роста плода (ЗРП) – это состояние, при котором плод не достигает своего генетического потенциала роста. Вопрос критериев постановки диагноза поздней формы ЗРП по-прежнему стоит перед врачами-клиницистами ввиду неудовлетворительных перинатальных исходов и наличии неврологических осложнений в раннем детском возрасте. В основе диагностики лежат фетометрия и допплерометрия, однако, всё больше внимания уделяется оценке функционального состояния плода – кровотоку в средней мозговой артерии и церебро-плацентарному отношению. В последнее время ведётся поиск новых критериев диагностики – изучается кровоток в различных отделах Вилизиева круга, сонных и почечных артериях плода, аорте. Предполагается, что данные об изменениях кровотока в этих сосудах дадут возможность своевременно выявлять нарушения состояния плода, что, в свою очередь, позволит разработать долее достоверные критерии диагностики поздней формы ЗРП.

ЦЕЛЬ

Оценить изменения мозговой гемодинамики у плодов с поздней формой задержки роста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе проспективного исследования проведено ультразвуковое исследование 67 плодов. По результатам фетометрии и классической допплерометрии, в соответствии с критериями, представленными в клинических рекомендациях РОАГ по ведению плодов с задержкой роста (2021 г.), плоды были разделены на 2 группы: с поздней формой ЗРП (n=35) и контрольная группа – плоды, соответствующие гестационному возрасту (n=32). Критерии исключения из исследования: наличие ранней формы ЗРП, сахарного диабета, врождённых пороков развития плода, гемолитической болезни плода, многоплодной беременности. Для оценки темпов роста использовали центильные шкалы FMF. Показатели мозговой гемодинамики – пульсационный индекс (ПИ) в передней, средней и задней мозговых артериях (ПМА, СМА, ЗМА соответственно) – оценивали у плодов на разных сроках беременности: в 31–34 недели, 34–36 и 37–40 недель. Статистические данные представлены в формате среднего арифметического и стандартного отклонения, для статистической обработки использовался t-критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациенток было выполнено исследование кровотока средней мозговой артерии плода (n=67), у 61 – передней мозговой артерии плода и у 60 – задней мозговой артерии плода.

У пациенток контрольной группы ПИ в СМА сопоставим на сроках 31–34 и 34–37 недель беременности и снижался после 37-й недели (1,84±0,17 n=9; 1,87±0,29 n=7; 1,38±0,09, n=16). В этой же группе ПИ в ПМА после 37-й недели беременности достоверно ниже по сравнению с ПИ в ПМА на более ранних сроках беременности (1,58±0,16, n=9; 1,43±0,12, n=7; 1,14±0,05, n=15). Аналогичная закономерность прослеживается и в задней мозговой артерии (1,40±0,10 n=9; 1,43±0,12, n=7; 1,10±0,07, n=15). Т.е. в норме снижение ПИ происходит после 37 недели в СМА и несколько раньше в ПМА и ЗМА.

Нами было выявлено, что в обеих группах на доношенном сроке беременности (после 37 недель) ПИ в СМА достоверно отличается такового до 34 недель беременности. При этом в группе плодов с ЗРП ПИ в СМА начинает снижаться раньше и снижается в большей степени, чем в основной группе (2,16±0,12, n=9; 1,64±0,19, n=12; 1,49±0,07, n=14). В этой же группе значения ПИ в ПМА на сроке до 34 недель несколько выше по сравнению с более поздними сроками и после 34 недель не изменяется (1,71±0,10, n=8; 1,41±0,21, n=9; 1,41±0,1, n=13). Этот же показатель на сроках беременности после 37 недель достоверно ниже по сравнению с контрольной группой (p=0,02). ПИ в ЗМА у плодов с задержкой роста снижается в большей степени, чем в ПМА, и на сроках беременности до 34 недель достоверно выше как по отношению к срокам 34–37 недель беременности, так и после 37 недель беременности (1,68±0,07, n=8; 1,27±0,13, n=9; 1,31±0,08, n=12).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У плодов с задержкой роста изменение ПИ в СМА выражено в большей степени, и кровоток в передней и задней мозговых артериях на доношенном сроке беременности перестаёт уменьшаться, что говорит о том, что на более поздних сроках беременности сопротивление кровотоку в ПМА и ЗМА перестаёт меняться, вероятно, поскольку максимальная дилатация сосудов достигается в более ранние сроки. Дальнейшее изучение перераспределения кровотока в головном мозге плода позволит выявить новые закономерности, которые возможно применять в диагностике поздней формы ЗРП.

ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ФЕТО-ФЕТАЛЬНЫМ ТРАНСФУЗИОННЫМ СИНДРОМОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Юсупбаев Р.Б., Игамбердиева Д.У., Даулетова М.Ж.

Центр акушерства и гинекологии
Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в течение последних 15 лет, фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) продолжает оставаться актуальным, т.к. почти в половине случаев является причиной перинатальных потерь при монохориальном многоплодии.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность применения методики серийного амнодренирования при фето-фетальном трасфузионном синдроме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследования и ультразвуковое сопровождения амниоредукций проводилась на ультрозвуковом диагностическом сканере SonoScapeWis+. В качестве маркера прогрессирующего многоводия служили значения индекса амниотической жидкости больше 240 мм.

Повторнородящая 37 лет была направлена в отделение фетальной медицины центр акушерства и гинекологии с диагнозом: Беременность 23–24 недель. Диамниотическая, монохориальная недиссоциированная двойня. Многоводие у одного из плодов. Ультразвуковая картина сердечной недостаточности второго плода, маловодия и нарушения кровообращения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первый раз беременная госпитилизировано с диагнозом: Беременность 23 недель,4 дня. Монохориальная диамниотическая двойня. Фето-фетальный трасфузионный синдром, I стадия.

Учитывая срок беременности 23 недель и наличие I стадии фето-фетального трансфузионного синдрома, в качестве метода лечения была избрана операция амниоредукция. В стационаре 2 раза проведено операция трансабдоминального амниоцентеза и амниоредукции с помощью иглы 18 G (эвакуировано 1500мл/1200 мл) околоплодных вод (ОВ), амниотический индекс после вмешательства составил 270 мм. На 2 сутки после операции у плода донора было отмечено появление околоплодных вод, хотя и сохранялось относительное маловодие. На 6 сутки пациентка выписана в удовлетворительном состояние.

В сроке 26–27 недель беременности, на УЗИ выявлено рецидив многоводия у плода А(реципиента), общий амниотический индекс -510 мм и отсутствие ОВ у плода-Б (донора), диссоциация развития плодов (950гр и 642гр). СОРП 1 степени и ФПН 3 степени второго плода. В течение 10 дней в стационарных условиях проведено операция трансабдоминальная амниоредукция (1800мл/1300мл/1500мл). Параллельно проводилась токолитическая терапия. Допплерометрия плода: ИАЖ-290 мм, у плода донора – не отмечалось появления ОП, нулевой кровоток, гемодинамика в венозном протоке не изменена. Пациент-выписано на 10 сутки.

В сроке 30–31 недель беременности по данным УЗИ, выявлено синдром отставание роста плодов (плод А-30 и плод Б- 27 недель). Вес плодов составило А-1300гр, Б-710гр. Отмечалось увеличение количества ОП первого плода (ИАЖ- 490мм). Допплерометрия плода: плод А- снижение кровотока в пупочной артерии, венозный проток не нарушен. Плод Б- маловодие, СОРП 1 степени, ФПН 3 степени, венозный проток пульсативный. В стационарных условиях 3 раза проведено операция амниоредукция. Было эвакуировано околоплодных

вод в общем количестве 4200 мл (1400, 1500, 1300 мл соответственно). После проведенных операций состояние плодов не изменялась. ИАЖ-260мм. Беременная была выписано на 10 сутки и оставалась под наблюдением.

В сроке 33 недель и 5дней, была госпитализирована в родильное отделение, с жалобами на отхождение околоплодных вод. Допплерометрическое исследование: плода А – НМППК 1 б степени, плод Б-«донора» было отмечено НМППК 3 степени, СОРП 3 степени и кардиомегалия, что является признаком сердечной недостаточности. Выраженный дисбаланс околоплодных вод. Родоразрешения проведено путем операции кесарева сечения. Вес плода реципиента составил 1650гр, плода донора 800гр. Оценка по шкале Апгар у плода А – 7/8 баллов, плода Б – тяжелая асфиксия. Проведено необходимая реанимация новорожденных. Плод Б – умер через 24 часа.При исследования уровня гемоглобина в пуповинной крови у плода-донора – 100 г/л, у реципиента 180 г/л. При осмотре последа обращало на себя внимание наличие артериовенозных анастомозов на плодовой поверхности, неравномерное разделение площади плаценты амниотической мембраной.

За время наблюдения 3 раза была госпитализирована.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, удалось пролонгировать беременность на 8 недель и 6 дней, что при рождения вес плода А было более 1500 гр. Это подтверждает современную концепцию о том, что ранние стадии ФФТС в третьем триместре беременности при отсутствии прогрессирования не требуют срочного родоразрешения. Этот клинический случай демонстрирует возможности амниоредукции в лечении и пролонгировании беременности при ФФТС, в условиях отсутствия лазерной коагуляции.

ОЦЕНКА ПОЛУЧАЕМОЙ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, МЕТОДОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Яценко Д.С.

ФГБОУ ВО ПСПб ГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последнее десятилетие отмечено четырехкратное возрастание числа беременностей и родов у женщин с эпилепсией. В настоящее время все беременные с активной формой эпилепсии подлежат лечению противоэпилептическими препаратами (ПЭП), несмотря на увеличение в 2–3 раза риска формирования врожденной патологии развития вследствие приема ПЭП, риск неблагоприятного влияния на плод, обусловленный возобновлением приступов (особенно судорожных) значительно превышает риск возможной тератогенной активности от препаратов. Большинство осложнений беременности происходит из-за низкой приверженности пациенток к терапии эпилепсии.

ЦЕЛЬ

Провести оценку получаемой противоэпилептической терапии во время беременности, методов родоразрешения и перинатальных исходов у женщин с эпилепсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены беременные женщины с эпилепсией (n=85). Проведена оценка, получаемой противоэпилептической терапии, особенностей течения беременности, методов родоразрешения и перинатальных исходов. Одноцентровое когортное ретроспективное исследование проведено на базе кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО ПСПб ГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин, вошедших в исследование, составил 29+-2 лет, из них инвалидность по основному заболеванию имели 4,7% (n=4). Большая часть наблюдаемых пациенток были первородящими 92% (n=79). Манифестация эпилепсии во время настоящей беременности произошла в 3

случаях (4%), у оставшихся пациенток эпилепсия диагностирована до наступления беременности 96% (n=82).

Из 85 обследованных женщин противоэпилептическую терапию получали 59% (n=50): монотерапия – в 44 случаях (88%), комбинированная терапия – у 6 пациенток (12%). Не получали противоэпилептическую терапию 41% женщин (n=35), учитывая стойкую безмедикаментозную ремиссию до беременности. Из получаемых ПЭП на долю препаратов из групп Карбамазепин и Вальпроаты пришлось по 35% соответственно. Препараты из группы Ламотриджин принимали 15%, Топирамат использовался в 13% случаев, на долю Барбитуратов пришлось 2% терапии.

• n=26) встречалась анемия беременных, у 25% (n= 20) беременность осложнилась угрожающим самопроизвольным абортом на ранних сроках, в 23% (n= 19) случаев встречались отеки, вызванные беременностью.

Методом родоразрешения беременных с эпилепсией в 46,0% (n=46) случаев стали роды через естественные родовые пути, в 54% (n=39) – путем операции кесарева сечения. В 11,3% случаев показанием для оперативного родоразрешения явился срыв ремиссии эпилепсии. Показанием к выбору кесарева сечения, как метода родоразршения, в 51% (n=20) случаев стала сопутствующая беременности патология центральной нервной системы (эпилепсия), в остальных случаях показанием к кесареву сечению стали наличие осложнений течения данной беременности, сопутствующая соматическая патология, экстренные показания (акушерские), возникшие во время родов через естественные родовые пути.

Произведена оценка перинатальных исходов в исследуемой группе. В 91% (n=77) не было зафиксировано патологии новорожденных. В 9% (n=8) была выявлена следующая патология: врожденный порок сердца в виде дефекта межжелудочковой перегородки (n=1), У 4 новорожденных диагностировано нарушение церебрального статуса в виде судорожного синдрома или синдрома «отмены».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, учитывая увеличение количества женщин репродуктивного возраста, имеющих патологию центральной нервной системы, медицинские организации и медицинские работники должны быть готовы к оказанию полного спектра специализированной помощи таким женщинами. Особую роль необходимо отвести прегравидарной подготовке женщин с эпилепсией, которую необходимо планировать с пубертатного периода. Необходимо внедрение мультидисциплинарного подхода в подготовке к беременности и её ведению с целью улучшения перинатальных исходов.

ТЕМАТИКА: ГИНЕКОЛОГИЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Чернецова А.С.

МГМСУ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз – хроническое, прогрессирующее, гормонозависимое заболевание женщин репродуктивного возраста, которое сопряжено с высокими индивидуальными и социальными издержками.и. Важное значение имеет своевременная диагностика заболевания и эффективное лечение.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность использования УЗ-навигации в хирургическом лечении эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов хирургического лечения 40 женщин репродуктивного возраста (18–45 лет) с диагнозом эндометриоза, в период с 2020 по 2022 гг. 1 группу составили 20 пациенток которым проводили лапароскопическое удаление эндометриоидных очагов под контролем УЗ-навигации. 2 группу составили 20 пациенток, которым проводили традиционное ультразвуковое исследование органов малого таза до и после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток составил 30,73±5,47 года в 1 группе, 32,34±7,02 во 2 группе. Продолжительность интраоперационной ультразвуковой навигации составила от 4 до 10 минут (в среднем 7±1,6 мин). Во 2 группе пациенток на дооперационном этапе было выполнено комплексное трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов малого таза, процент ложноотрицательных результатов составил 8%, ложноположительных – 3%. Диагностическая точность традиционного ультразвукового исследования составила 68%. Сочетанное применение УЗ-навигации во время лапароскопии позволило дополнительно выявить еще 18 эндометриоидных очагов разной локализации: в области ректовагинальной перегородки, параметрия, за шейкой матки и перешейком, определить глубину расположения эндометриоидных поражений, не выявленных на дооперационном этапе и интраоперационном визуальном осмотре. При этом диагностическая точность метода составила 99%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение УЗ-навигации позволяет визуализировать глубину расположения эндометриоидных очагов, повысить эффективность хирургического лечения. Необходимо проведение новых клинических исследований направленных на изучение возможности использования УЗ-навигации в гинекологических стационарах и внедрение данного метода диагностики в массы.

ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕННИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Азизова Г.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии Минздрава Республики Узбекистан

Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гиперандрогения (ГА) –эндокринное расстройство, которое встречается у 5–10% женщин репродуктивного возраста и является следствием повышенной продукции андрогенов как в яичниках, так и в надпочечниках. Малоизученным аспектом

данной проблемы является определение роли инсулинорезистентности (ИР) в формировании нарушений репродуктивной функции.

ЦЕЛЬ

Изучить показатели индекса HOMA-IR с целью диагностики инсулинрезистентности у женщин с гиперандрогенией различного генеза и нарушением репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 287 женщин от 18 до 35 лет в среднем составил 25,8±3,28 года с клиническими проявлениями ГА и нарушением репродуктивной функции, обратившихся в консультативную поликлинику РСНПМЦ акушерства и гинекологии. Проанализированы данные анамнеза заболевания, характер клинических проявлений ГА и особенности становления менструального цикла, ультразвуковое исследование матки, яичников, щитовидной железы и гормональное обследование (пролактин, ЛГ, ФСГ, ТТГ, Анти-ТПО, Т4св., 17-ОН- прогестерон, ДГЭАС, свободный тестостерон). Индекс HOMA-IR рассчитывали последующей формуле:HOMA = (уровень глюкозы натощак (ммоль/л) * уровень инсулина натощак (мкМЕ/мл)) / 22,5 (в норме не превышает 2,7).

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании клинико-анамнестических, инструментальных, гормональных исследований, были разделены на II группы: I. с ГА яичникового генеза (СПКЯ) вошли 215 женщин (определенные по Роттердамским критериям); II. с ГА надпочечникового генеза вошли 72 пациенток (повышенные показатели свободного тестостерона, ДГЭА-С и 17-ОН-прогестерона, для подтверждения диагноза, также проведена проба с дексаметазоном); Из общего количества обследованных больных у большей половины 53,4% пациенток выявлен избыточный вес со средним ИМТ – 27,45±0,18 и ожирение у 22,5% женщин с ИМТ – 33,15±3,7, что свидетельствует о наличии у пациенток метаболических нарушений, у 21, 7%-нормальный вес тела с ИМТ – 23,11±0,14 и у 2,3% – дефицит массы тела со средним ИМТ – 18,1±0,11.

У большинства из них 76% наблюдался висцеральный тип ожирения, который, как известно, ассоциирован с ИР (Carmina E., Dewailly D., 2006). Незначительно высокие показатели инсулина были в I-ой группе и в среднем составил 14,25± 0,4 мМЕ/мл, во II-ой группе 13,4± 0,6 мМЕ/мл, I-ой группе показатель глюкозы в среднем составил 5,4± 0,14 ммоль/л, во II-ой группе 4,7± 0,2 ммоль/л и индекс HOMA в I-ой группе был увеличен в 1,5 раза и составил в среднем 3,9± 0,1, чем во II-ой группе 2,8 ± 0,2 ($p<0,01$). Из выше указанного следует, что не зависимо от генеза ГА, ИР в обеих исследуемых группах присутствует. По литературным данным ИР обнаруживается у 30–70% больных с СПКЯ, имеющих избыточную массу или ожирение, а у пациенток с нормальной массой тела встречается в 20–25% случаев. В исследовании Arlt и соавт. отмечали высокие показатели ИМТ при ГА надпочечникового генеза и наличие ИР, который может быть патофизиологически объяснен влиянием повышенных концентраций андрогенов и/или в результате глюкокортикоидной терапии.

У наших исследуемых женщин с избыточной массой тела <30 кг/м2 индекс HOMA составил 3,47±1,37, а у женщин с ожирением (ИМТ >30 кг/м2) – 4,5±2,03, при нормальных показателях массы тела индекс HOMA был ниже 3,07±1,37, однако тоже превышал норму, что свидетельствует о развитии ИР. Классические исследования Митчелла и Роджерса показали, что наличие ожирения в 3 раза чаще сочетается с нарушениями менструального цикла по сравнению с женщинами, у которых вес тела находится в пределах нормы. У женщин репродуктивного возраста с избыточным весом и ожирением степень выраженности ИР прямо коррелировала со степенью тяжести ожирения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показатели индекса HOMA в обеих исследуемых группах превышал норму, однако в I-ой группе был увеличен в 1,5 раза, чем во II-ой группе. Из этого следует, что не зависимо от генеза ГА, имеется состояние ИР, так же установлена зависимость показателей ИР у женщин от показателей ИМТ, что косвенно свидетельствует об наличии метаболического синдрома у этих женщин. В связи с вышеизложенным, всем женщинам фертильного возраста с избыточным весом и ожирением не зависимо от генеза ГА и видов репродуктивных нарушений с повышенным уровнем индекса HOMA целесообразно следить за показателями ИМТ и принимать меры, направленные на поддержание идеального веса и уменьшить связанные с ним сопутствующие заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Алиева Ф.Т., Брюнин Д.В., Алиева Ф.Т.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным научных исследований в мире около 176 миллионов женщин в возрасте от 15 до 49 лет страдают эндометриозом. Установлено, что у 55 миллионов женщин в США и у 16 миллионов в Европе диагностирован эндометриоз. Показатель эндометриоза неуклонно растет и приобретает существенную значимость в нарушении функциональной активности репродуктивной системы.

Проведение оперативного вмешательства по поводу удаления очагов эндометриоза не исключает возможность рецидивирования эндометриоза в последующие годы. Каждый год частота рецидивирования увеличивается на 10%. Каждая вторая женщина после хирургического лечения эндометриоза имеет высокую вероятность развития рецидива. Частота рецидива через 1–2 года достигает 21%, через 5 лет – 47%, более 5 лет частота рецидива отмечается у 55% больных.

Механизмы рецидивирования наружного генитального эндометриоза (НГЭ) не достаточно изучены. Полагают, что возобновление эндометриоза в послеоперационном периоде происходит за счет пролиферации остаточных фрагментов гетеротопий, неудаленных во время операций. Также предполагают, что рецидивирование НГЭ может быть результатом ретроградного заброса менструальной крови из вновь образовавшихся гетеротопий.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту локализаций и объем оперативных вмешательств при рецидивирующем НГЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 59 больных с рецидивирующем НГЭ, средний возраст которых составил 35,2±0,9 (19–50) лет. Длительность заболевания эндометриозом составила 4,5±0,5 (1–15) лет. Длительность ремиссии была в среднем составила 3,7±0,4 (1–13) лет. Изучение частоты рецидивов НГЭ позволило установить, что из 59 больных у 51 (86,4%) отмечался однократный рецидив, у 6 (10,2%) – двухкратный рецидив, у 2 (3,4%) отмечалось 3 и более рецидивов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании клинических, функциональных, эндоскопических, морфологических методов исследования было установлено, что у 42 (71,2%) больных отмечалась односторонняя киста яичников, из них у 24 (40,7%) киста правого яичника, а у 18 (30,5%) – киста левого яичника, у 11 (18,6%) отмечалась двусторонняя киста яичников. У 36 больных (61%) был выявлен эндометриоидный инфильтрат кресцово-маточных связок, у 8 (13,6%) – эндометриоидный инфильтрат пузырно-маточной складки брюшины, у 4 (6,8%) – эндометриоидный инфильтрат широкой маточной складки брюшины, у 9 (15,3%) – ретроцервикальный эндометриоидный инфильтрат. У 8 (13,6%) был диагностирован эндометриоз яичников, у 6 (10,2%) – эндометриоз маточных труб, у 12 (20,3%) – эндометриоз крестцово-маточных связок, у 13 (22%) – эндометриоз тазовой брюшины, у 2 (3,4%) – эндометриоз пузырно-маточной складки брюшины, у 1 (1,7%) – эндометриоз ретроцервикальной области.

В результате проведенного исследования у 42 (71,2%) больным была выполнена односторонняя резекция яичника, 11-ти больным (18,6%) произведена двусторонняя резекция яичников. Иссечение эндометриоидных инфильтратов произведена 33 больным (55,9%), у 9 (15,2%) иссечен ретроцервикальный эндометриоидный инфильтрат. Деструкция очагов эндометриоза была выполнена 47 больным (79,7%). У 2-х (3,4%) произведена мобилизация стенок прямой кишки. Уретеролизис выполнен у 1 (1,7%) больной. Разделение сращений выполнено 37 (62,7%) больным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обследование больных с различной локализацией рецидивирующего НГЭ позволило установить, что у 71,2% больных встречалась односторонняя эндометриоидная киста, у 61% эндометриоидный инфильтрат крестцово-маточных связок, у 22% эндо-

метриоз тазовой брюшины, у 20,3% эндометриоз крестцово-маточных связок.

Анализ частоты проводимых оперативных вмешательств, позволил установить, что наиболее часто была выполнена односторонняя резекция яичников (у 71,2%), иссечение эндометриоидных инфильтратов (у 71,1%), деструкция очагов эндометриоза (у 79,7%), разделение сращений в малом тазу (у 62,7%).

ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Алиева Ф.Т., Брюнин Д.В., Алиева Ф.Т.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пременопаузальный период – период снижения функциональной активности яичников, предшествует наступлению менопаузы и охватывает период от 40 до 50. Пременопаузальный период является составной частью перименопаузального периода, характеризующийся появлением вазомоторных расстройств, дисфункциональных маточных кровотечений.

Одним из важных методов диагностики гиперплазии эндометрия у женщин в пременопаузальном периоде с патологическими маточными кровотечениями является трансвагинальная сонография.

Установлено, что в пременопаузальном периоде увеличение толщины эндометрия более 7 мм предполагает вероятность наличия гиперплазии эндометрия (Afral et.al., 2018).

Исследование, проведенное Daga S., et.al., (2020) позволили установить, что проведение ультразвукового исследования у больных с маточными кровотечениями в перименопаузальном периоде позволяет определить причины маточных кровотечений.

Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель настоящего исследования.

ЦЕЛЬ

Изучить эхографические проявления патологии эндометрия в пременопаузальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 73 женщины с различной патологией эндометрия в пременопаузальном возрасте. Средний возраст обследованных больных составил 47,82±0,27 (45–51) лет.

Результаты эхографических показателей были сравнены с аналогичными показателями пациенток без патологии эндометрия в пременопаузе (сравнительная группа, n=13), средний возраст которых составил 46,2±0,9 (40–53) лет.

Трансвагинальное ультразвуковое исследование осуществляли на ультразвуковом аппарате “ToshibaSSH-140A” (Япония) с трансвагинальным конвексным датчиком частотой 6,5 МГц. Оценивали размеры матки, структуру миометрия, толщину и эхо-структуру эндометрия, структуру и размеры яичников.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При трансвагинальном ультразвуковом исследовании у пациенток с патологией эндометрия в пременопаузальном периоде были выявлены низкие эхографические показатели длины (56,6±0,23 мм), ширины матки (40,95±0,25 мм), размеров яичников, существенное увеличение передне-заднего размеров матки (53,97±0,3 мм) и толщины эндометрия (10,1±0,12 мм) по сравнению с аналогичными показателями пациенток с отсутствием патологии эндометрия в пременопаузальном периоде.

Длина матки у пациенток с отсутствием патологии эндометрия в пременопаузе составила 60,8±0,17 мм, ширина – 47,2±0,3 мм, передне-задний размер – 47,1±0,8 мм, толщины эндометрия – 6,5±0,9 мм.

У 37 (50,7%) пациенток при трансвагинальном ультразвуковом исследовании обнаружены эхографические признаки полипа эндометрия, у 26 (35,6%) пациенток – гиперплазии эндометрия, у 4 (55%) – полипа цервикального канала, у 6 (8,2%) – соче-

тание полипа эндометрия и гиперплазии эндометрия.

Следует отметить, что из 37 больных полип эндометрия у 17 сочетался с миомой матки, у 4 – с аденомиозом, у 3 – с миомой и с аденомиозом.

У 9 из 26 пациенток гиперплазия эндометрия сочеталась с миомой матки, у 5 – с аденомиозом, у 6 – как с миомой, так и с аденомиозом.

По данным трансвагинального ультразвукового исследования полип эндометрия характеризовался повышенной эхогенностью, неоднородной структурой эндометрия с гиперэхогенными включениями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патология эндометрия в пременопаузальном периоде у 50,7% больных проявляется наличием полипа эндометрия, у 35,6% – гиперплазией эндометрия, у 5,5% – полипом цервикального канала, у 8,2% – сочетанием полипа и гиперплазии эндометрия.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗНЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Аллахвердиева Э.З., Хащенко Е.П., Уварова Е.В., Мамедова Ф.Ш., Лужина И.А., Кулабухова Е.А., Асатурова А.В.

Студент ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз является ведущей патологической причиной дисменореи и хронической тазовой боли у подростков. Несмотря на то, что большинство женщин с эндометриозом сообщают о появлении симптомов в подростковом возрасте, диагностика часто откладывается на семь лет и более от момента появления симптомов, однако такая задержка может оказать существенное влияние на качество жизни и репродуктивную функцию в дальнейшем.

ЦЕЛЬ

Изучить клинико-диагностические особенности разных форм генитального эндометриоза у девочек подросткового возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено ретроспективное исследование типа «случай–контроль». Исследуемую группу составили 98 девочек в возрасте от 13 до 17 лет с подтвержденным диагнозом генитального эндометриоза при лапароскопии. Группу контроля составили 44 соматически здоровых девочек. Основную группу пациенток разделили на 3 подгруппы в зависимости от формы эндометриоза: наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) (n=65), аденомиоз (АДМ) (n=15), эндометриоидные кисты (ЭК) (n=18). Провели сравнение между подгруппами и группой контроля по клиническим и лабораторно-инструментальным признакам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Единственным анамнестическим фактором, значимым для всех групп (НГЭ, АДМ, ЭК), оказалась дисменорея ($p<0,001$). Пациентки с НГЭ в сравнении с другими формами генитального эндометриоза и с группой контроля отличались отягощенной наследственностью ($p=0,001$), более обильными менструальными выделениями ($p=0,003$), нерегулярным менструальным циклом ($p=0,003$). Пациентки с НГЭ в сравнении с девочками из группы контроля характеризовались более высоким уровнем ЛГ ($p<0,001$), ФСГ ($p=0,028$), 17-ОН прогестерона ($p=0,038$). Группы пациенток с НГЭ и ЭК в сравнении с группой контроля отличались более высоким уровнем пролактина ($p<0,001$ и $p=0,01$), более высокими показателями толщины матки ($p=0,047$ и $p=0,001$) и М-ЭХО ($p<0,001$ и $p<0,001$). В диагностике генитального эндометриоза у подростков УЗИ оказалось информативным в обнаружении ЭК (77,8%) и практически не позволяло выявить ранние формы НГЭ (4,1%). Точность МРТ органов малого таза в диагностике ЭК составила 100%, аденомиоза – 88,9%. Выделили наиболее значимые признаки НГЭ по данным МРТ: утолщение крестцово-маточных связок ($p=0,022$), неоднородность клетчатки малого таза ($p<0,01$), в особенности в сочетании со спаечным процессом ($p=0,002$) или жидкостью в Дугласовом пространстве ($p<0,01$), что позволяло предположить НГЭ в 78,7% случаев. По гистологической картине в 67,2% случаях в эндометриоидных очагах выявлялись эндометриоидные железы и строма,

в 32,8% очаги эндометриоза представляли собой фиброзную, жировую, мышечную ткань с участками кровоизлияний, что не исключает диагноз НГЭ и обуславливает те же принципы дальнейшего ведения и лечения пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая увеличивающуюся распространенность эндометриоза у подростков, в том числе инфильтративных форм, хронический характер заболевания, основная задача на сегодняшний день заключается в как можно более раннем выявлении заболевания и начале эффективного лечения с целью предупреждения прогрессирования заболевания и развития осложнений.

ОЦЕНКА ЛОКАЛЬНОЙ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Андреева М.В., Рамазанова М.Р.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия
Волжский

АКТУАЛЬНОСТЬ

Цервицит (воспалительная болезнь шейки матки, ВБШМ)-воспалительное заболевание, в ходе которого в первую очередь поражаются эпителиальные клетки эндоцервикальных желез, но также может поражаться плоский эпителий эктоцервикса. Экзо-и эндоцервициты диагностируют у 70% женщин, обращающихся в женские консультации за медицинской помощью. На выбор терапии при цервиците влияют несколько факторов. Проведение антибактериальной терапии до получения результатов исследования возможно у лиц с повышенным риском инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Несмотря на проведение курсов антимикробной терапии, в том числе повторных, цервицит может персистировать. ВБШМ даже при отсутствии возбудителей может повысить риск неблагоприятного исхода беременности и вызвать воспалительные заболевания верхних отделов половых путей. Поэтому в таких случаях встает вопрос о необходимости проведения терапии с целью уменьшения симптомов ВБШМ и устранения воспалительных изменений шейки матки.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность цитокинотерапии при цервиците у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено пилотное сравнительное исследование, в которое было последовательно включено 44 пациентки, обратившиеся с жалобами на слизисто-гнойные выделения из половых путей. Всем пациенткам выполнено комплексное клинико-лабораторное обследование. Диагноз ВБШМ устанавливали на основании данных осмотра с помощью зеркал (гиперемия шейки матки, гнойные, слизисто-гнойные выделения в области наружного зева, травматизация эпителия шейки матки, кровоточивость при осмотре и заборе биоматериала и т. д.), результатов микроскопии мазка (количество лейкоцитов более 20 в поле зрения в соответствии с референсными значениями, принятыми в лаборатории). Кроме того, бактериологическим методом и методом полимеразно-цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ) определяли наличие условно-патогенной микрофлоры (УПМ) и степень обсемененности, наличие ИППП в цервикальном канале и во влагалище. Исследовали материал методом жидкостной онкоцитологии. Всем пациенткам была выполнена расширенная кольпоскопия.После получения результатов из исследования были исключены беременные, пациентки с фоновыми и предраковыми заболеваниями женских половых органов, с ИППП, применяющие антибактериальные препараты на момент включения в исследование и/или применявшие эти препараты в течение месяца до исследования, а также с лекарственной непереносимостью. В итоге в исследование было включено 40 пациенток: группа I (n=20) — пациентки, которые уже начали использовать крем и продолжали в течение 20 дней, группа II (n=20) — пациентки, которым лечение не назначали до получения результатов обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам обследования было выявлено: у 5 пациенток (12,5%) в мазке на ИППП была выявлена уреаплазменная инфекция, у 1 пациенток – хламидийнаяинфекция (2,5%), у 6 пациенток

(15%) – гарденерелла, у 28(70%) пациенток ИППП не определялись. В мазке на степень чистоты влагалища у 37 пациенток (92.5%) обнаружено более 10 лейкоцитов в поле зрения. В посеве из цервикального канала у 13 пациенток (32,5%) обнаружен рост Candida alb., у остальных 27 пациенток (67,5%) в посеве роста условно – патогенной и патогенной микрофлоры не выявлено. У 29 пациенток (72,5%) в онкоцитологии – воспалительный тип мазка, у остальных 11 пациенток (27,5%) – цитология без особенностейВсемпациенткам была проведена цитокинотерапия с применением вагинальных суппозиториев Суперлимф 25 ЕД один раз в сутки в течение 10 дней. Контрольное обследование проводили через 14 дней после проведенного лечения. По результатам, отмечена эффективность проводимой терапии, У всех 40 пациенток (100%) ИППП не обнаружено, в мазке на степень чистоты влагалища у 36 пациенток (90%) – лейкоциты 1–5 в поле зрения, у 4 пациенток (10%) – лейкоциты 6–10 в поле зрения. В посеве из цервикального канала у всех 40 пациенток (100%) роста условно – патогенной и патогенной микрофлоры не обнаружено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У ряда пациенток с ВБШМ возможно отсутствие ИППП и диагностически значимых титров УПМ. У такой категории пациенток возможно использование св. Суперлимф в качестве монотерапии, что способствует уменьшению симптомов воспаления и выделений из половых путей — это отмечается при объективном и лабораторном обследовании пациенток.Использование препарата при комплексной терапии цервицита повышает эффективность антибактериальной терапии и снижает вероятность рецидивов.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Артымук Н.В. Бреус А.В., Артымук Д.А.

ГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время установленной причиной РШМ является вирус папилломы человека (ВПЧ). ВПЧ является наиболее распространенной в мире инфекцией, передающейся половым путем, и связан с раком аногенитальной области и ротоглотки. Считается, что с подтипами ВПЧ-16 и ВПЧ-18 связаны большинство случаев РШМ. За ними следуют подтипы ВПЧ -31, -33, -45, -52 и -58, которые вместе составляют примерно 90% случаев РШМ во всем мире. Вирусная нагрузка и тип вируса являются основными ко-факторами прогрессирования ВПЧ от инфекции до интраэпителиальных поражений шейки матки и рака. Распространенность ВПЧ и различных его подтипов различается в различных популяциях.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить распространенность различных типов ВПЧ-ВКР и частоту выявления патологических типов цитологического исследования у ВПЧ-позитивных и ВПЧ-негативных женщин Кемеровской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: одномоментное сплошное исследование. В исследование включено 675 женщин в возрасте от 21 до 65 лет, в среднем - 40,5±10,6 лет. Критерии включения в исследование: возраст 21 – 69 лет, проживание на территории Кемеровской области, желание участвовать в исследовании. Критерии невключения в исследование: возраст младше 21 года и старше 65 лет, проживание за пределами Кемеровской области, установленный ранее диагноз LSIL+, нежелание участвовать в исследовании. Пациенткам одновременно проводился забор материала из цервикального канала для полуколичественного ВПЧ-типирования и цитологического исследования с окраской по Папаниколау (PAP-тест) методом жидкостной цитологии. ВПЧ-позитивным пациенткам проведено ВПЧ-типирование с количественным определением 14 типов: 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66 ,68 ВПЧ-ВКР. Обследование на ВПЧ-ВКР в соскобе эпителиальных клеток методом полимеразной цепной реакции с детекцией в режиме «реального времени» проведено 675 пациенткам. Жидкостная цитология соскоба с шейки матки проведена у 605 женщин. Статистическая обработка полу-

ченных данных проводилась с применением пакета прикладных программ StatSoftStatistica 6.1, лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11. Для оценки статистической значимости количественных признаков использовали анализ таблиц сопряженности (четырехпольная таблица) - критерий χ2 Пирсона. Статистически значимым считали различие p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В возрастной группе 21-29 лет ВПЧ-ВКР был выявлен у 31/ 111 женщин (30,6%), в возрастной группе 30-39 лет – у 57/287 женщин (19,9%), в группе 40-65 лет – у 34/288 (11,8%). При этом, один подтип ВПЧ-ВКР был выявлен у 32 (26,7%) женщин, два подтипа – у 8 (6,7%) и три и более подтипов – у 80 (66,6%) женщин. 16 подтип превалировал и был выявлен у 38 (31,6%) женщин. У 23 (19,2%) женщин диагностирован 31 подтип, у 22 (18,3%) - 35 подтип ВПЧ, у 20 (16,7%) – 33 подтип ВПЧ. У 19 (15,8%), женщин выявлен 58 подтип ВПЧ, у 18 (15,0%) - 18 и 52 подтипы, у 17 (14,2%) – 45, у 16 (13,3%) – 51 подтип, у 14 (11,7%) - 59 и 68 подтипы. Наиболее редко – у 6 (5,0%) женщин выявлялись 39 и 56 подтипы ВПЧ и у 5 (4,2%) – 66 подтип ВПЧ. Цитологическое исследование проведено 605 женщинам, 92 ВПЧ – позитивным женщинам и 398 ВПЧ – негативным женщинам.

Частота выявления CIN I, II, III степени по данным цитологического исследования у женщин 21-65 лет без анамнеза заболеваний шейки матки составила соответственно 3,3%, 0,8% и 0,7%. HSIL у женщин Кемеровской области был выявлен в 9 (1,5%) случаев, LSIL – у 20 (3,3%). При HSIL, как правило выявлялись несколько подтипов ВПЧ-ВКР. У всех 9 женщин с HSIL был зарегистрирован 16 подтип, у семи – 35 подтип, у 6 – 18, 31, 33, 51, 52, 58, у пяти – 56, у двух – 60, 62 подтипы. Частота выявления CIN I у ВПЧ (+) женщин была выше и составила 15 (13,3%) относительно женщин ВПЧ (-) – 5 (1,0%) ($\chi2$ = 43,197, p<0,001). CIN II ($\chi2$ = 21,951, p<0,001 и CIN III ($\chi2$ = 17,532, p<0,001) выявлялись только у ВПЧ (+) пациенток. Соответственно HSIL+ были диагностированы у 9 (7,9%) ВПЧ (+) женщин. У ВПЧ (-) женщин ни одного случая выявления HSIL+ не зарегистрировано ($\chi2$ = 39,778, p<0,001).

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что инфицированность ВПЧ-ВКР у жительниц Кемеровской области в возрасте 21-65 лет составляет в среднем 17,8% и снижается с возрастом. Преобладающим подтипом ВПЧ является 16 подтип, который диагностируется у 30,5% женщин, реже выделяется 31, 35 и 33 подтипы. У большинства женщин диагностированы три и более подтипа ВПЧ-ВКР. У ВПЧ-позитивных женщин патологические результаты цитологического исследования выявляются статистически значимо чаще. У ВПЧ-негативных женщин не зарегистрировано случаев HSIL, что еще раз подтверждает возможность первичного проведения ВПЧ-ориентированного скрининга.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СПЯ И ОЖИРЕНИЕМ

Бегова С.В.

Дагестанский государственный медицинский университет
Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

Около 30% женщин детородного возраста страдают ожирением и еще около 25% женщин данной группы имеют избыточную массу тела. По данным ВОЗ, к 2025 г. ожидается увеличение частоты ожирения среди женского населения до 50%.

Метаболические нарушения, индуцированные ожирением, приводят к формированию инсулинорезистентности, лежащей в синдрома поликистозных яичников (СПЯ), сопровождающегося гиперандрогенией, ановуляцией и дислипидемией. Потеря массы тела может увеличить фертильность за счёт возобновления спонтанных овуляций.

Лираглутид 3,0 мг – аналог человеческого ГПП-1, уменьшает массу тела у человека преимущественно посредством уменьшения массы жировой ткани за счет уменьшения потребления пищи.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности терапии инсулинорезистентности и ожирения у женщин репродуктивного возраста с СПЯ и ожирением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 78 женщин с ожирением и СПЯ. В основную группу вошли 27 женщин с СПЯ и ожирением 2 степени (ИМТ – 35 – 39,9), которым в комплексную терапию метаболических нарушений был включен препарат лираглутид 3,0 мг. В группу сравнения вошла 51 женщина с СПЯ и ожирением 2 степени (ИМТ – 35 – 39,9), которые получали традиционную комплексную терапию метаболических нарушений (метформин, берлитион, хрома пиколинат, мио – D- хироинозитол). Средний возраст женщин составил 28,8 + 2,3 лет. Всем пациенткам до начала исследования был исключен манифестный сахарный диабет. Перед назначением терапии нами было проведено исследование липидного обмена фотокалориметрическим методом и оценка инсулинорезистентности с помощью иммунотурбиметрии. Проведено УЗИ органов малого таза, печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, определение ИМТ, индекса Соловьева (ИС), окружности талии (ОТ). Препарат лираглутид 3,0 мг вводился строго по схеме, начиная с дозы 0,6мг в сутки, с увеличением дозы каждую неделю на 0,6 мг, достигнув максимума 3,0 мг в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования до начала терапии показали наличие дислипидемии в обеих группах: общий холестерол в среднем – 7,2 ± 1,32, ЛПНП – 5,86 ± 0,92, ЛПВП – 0,78 ± 0,03, ЛПОНП – 3,1 ± 0,09, индекс атерогенности – 5,6± 0,09; повышение инсулина – 34,38 ± 2,22 и индекса HOMA – 7,77 ± 1,22 при значениях глюкозы натощак (5,1 ± 0,01).

УЗИ малого таза показало увеличение объема и мультифолликулярную структуру яичников. У всех обследованных был выявлен стеатоз печени, изменения паренхимы поджелудочной железы, у 17 (21,79%) был выявлен биллиарный сладж, у 7 – ЖКБ (8,97%). У 23 – ксантоматоз (29,49%). Все женщины были гиперстенического типа телосложения – ИС – 17,9± 1,23 см, средний ИМТ 35,2 ± 3, 12 кг/кв.м со средней ОТ – 99,2 ± 5,02 см.

Все обследованные были консультированы диетологом, была назначена индивидуальная диета с учетом КБЖУ, рекомендована аэробная и анаэробная нагрузка, были загружены приложения «Победим вместе», HYDRO, шагомер.

Общий курс традиционной терапии в основной группе с включением препарата лираглутид 3,0 мг с учетом 2-х месячной максимальной дозы 3,0 составил 13 недель.

Стандартная терапия метаболических нарушений в обеих группах включала берлитион 600мг в сутки per os, хрома пиколинат 200мг per os, мио – D – инозитол (Дикироген) по 1 саше в сутки, B12 Анкерман 1000мг в сутки per os, фолио по 1 тб в сутки.

В группе сравнения женщины с целью коррекции инсулинорезистентности получали Метформин 1500мг в сутки per os.

Результаты лечения показали значимые изменения всех показателей в основной группе: снижение концентрациии уровня инсулина до 14,2 ± 2,02 ($p < 0,01$), индекса HOMA в среднем до 3,1 ± 0,2, снижение общего холестерола в среднем до 5,7± 1, 2, ЛПНП – 3,96 ± 0,9, ЛПВП – 0,93± 0,02, ЛПОНП – 1,65± 0, 6, индекс атерогенности – 4,3 ± 0,02. Также имело место снижение ИМТ до 32,1 ± 3,6 кг/м2, уменьшение ОТ до 91,5 ± 4,02см.

На фоне проводимой терапии у 18 женщин (66,67%) своевременно начался менструальный цикл, у 14 из них (51,85%) была фиксирована овуляция.

В группе сравнения также имело место снижение уровня инсулина в среднем до 26,5 ± 2,08, индекса HOMA в среднем до 5,1 ± 0,2, снижение общего холестерола в среднем до 5,81± 1, 2, ЛПНП – 4,09 ± 0,8, ЛПВП – 0,89± 0,03, ЛПОНП – 1,79± 0, 6; индекса атерогенности – до 4,9 ± 0,01.

Снижение ИМТ было не столь значительным – 34,4 ± 0,05 кг/м2, уменьшение ОТ до 97,7 ± 2,32 см.

На фоне проводимой терапии только у 18 женщин (35,29%) своевременно начался менструальный цикл, у 8 из них (15,69%) была фиксирована овуляция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение аналога человеческого ГПП-1 – Лираглутида 3мг позволило снизить массу тела, уменьшить объем талии, скорректировать дислипидемию и снизить инсулинорезистентность, что привело к восстановлению менструального цикла и овуляции.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ НЕРВ-СБЕРЕГАЮЩИХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С., Крылова Ю.С., Константенкова А.С., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К., Григорян А.Э.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз является наиболее распространенным заболеваниям женской половой системы, третьим по частоте встречаемости после воспалительных заболеваний женских половых органов и миомы матки, встречается у 6–10% женщин репродуктивного возраста, из них у женщин с хронической тазовой болью – у 71–87%, а у женщин с бесплодием – у 38% (20–50%). Основным методом лечения является оперативное вмешательство, которое, несмотря на высокую эффективность, имеет определенные ограничения, особенно у женщин репродуктивного периода. Одним из осложнений хирургического метода лечения является повреждение вегетативных нервов, для снижения вероятности которого разработаны нерв-сберегающая методика лечения глубоких форм эндметриоза. В связи с применением различных методик лечения, возможно различие в характере и объеме операционного материала, поступающего для морфологического исследования.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было сравнение характера и объема операционного материала, полученного в ходе нерв-сберегающих и траиционных методов хирургического лечения эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материал исследования составил гистологический материал 118 женщин с интраоперационным и морфологически верифицированным эндометриозом, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ПСПБГМУ им.акад.И.П. Павлова. Были сформированы 2 группы исследования, I- составили пациентки с эндометриозом, получившие лечение классическим методом; II- прооперированные с применением нерв-сберегающей методики. В основных группах следования материал был представлен сочетанием различных форм эндометриоза: тазовой брюшины, связочного аппарата, поражением яичников, ретроцервикальной и ректовагинальной зон, поражением кишечника и мочевого пузыря. Операционный материал был исследован макро- и микроскопически. Для гистологического исследования проводили широкую вырезку операционного материала, изготовляли обычные срезы толщиной 4–6 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином, по методу Ван-Гизон и проводили PAS-реакцию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Макросокпически разнообразные формы поражения были представлены фрагментами ткани с наличием очагов ЭМ в виде уплотнений с наличием фокусов серо-красного, бурого цвета от 0,5 до 3,0 см. При эндометриозе яичников наиболее часто материал был представлен макро- и микро-кистозными образованиями. При микроскопическом исследовании обращало внимание наличие выраженной операционной травмы в виде коагуляционных изменений в группе нерв-сберегающих операций. Фокусы гетеротопий во всех группах эндометриоза были представлены преимущественно активными пролиферирующими очагами, состоящими из цитогенной стромы и железистого компонента, в 15% случаях с признаками гиперплазии. Все исследуемые образцы инфильтративных форм имели перивазальный тип роста (92,3%) и в меньшей степени периневральный (23%). Ганглии встречались в 7% образцов. Степень выраженности неоваскулогенеза и признаками воспалительной реакции были разнообразны и варьировались от умеренного до выраженного. При оценке количества крупных нервных стволов в двух группах выявлено, что количество нервных стволов диаметром от 0,16 до 0,56 мм не отличается в группах и медианное значение составило 3 нервных ствола. Максимальное значение крупных нервов 8 выявлено в группе инфильтративного эндометриоза с поражением кишки и мочевого пузыря, что связано с анатомическими особенностями и оперативным вмешательством в зоне пузырного, маточно-вагинального и ректального сплетений. В этих

же случаях в материале находились нервные ганглии. Обилие нервных стволов связано с характером роста и распространения инфильтратов и не зависит от техники оперативного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все образцы имели перивазальный тип роста и лишь 23% периневральный. Количество крупных нервных стволов не отличается в группах нерв-сберегающих и классических методов. Полученные данные демонстрируют, что большое количество нервов и сосудов в материале не связано с техникой оперативного лечения, а связано с характером роста и распространения гетеротопий.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВ-СБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С., Крылова Ю.С., Константенкова А.С., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К., Григорян А.Э.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нерв-сберегающая хирургия инфильтративного эндометриоза – это современный метод лечения его распространенных форм и профилактики дисфункций тазовых органов, связанных с операцией. Нерв-сберегающая методика при хирургическом лечении глубокого инфильтративного эндометриоза (DIE), была впервые описана в онкологии при радикальном хирургическом лечении рака шейки матки и прямой кишки и успешно адаптирована M. Ceccaroni для лапароскопического иссечения очагов глубокого инфильтративного эндометриоза (Negrar technique). По данным исследований нерв-сберегающая методика хирургического лечения инфильтративных форм эндометриоза снижает риск послеоперационной дисфункции тазовых органов без снижения эффективности операции.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности хирургического лечения инфильтративных форм эндометриоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании проведен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 118 женщин репродуктивного возраста с гистологически верифицированным диагнозом эндометриоз: 71 (60,2%) женщина составили основную группу (группа А) и 47 (39,8%) женщин – контрольную группу (группа Б). В основной группе выполнялась модификация нерв-сберегающей методики хирургического лечения эндометриоза, пациентки контрольной группы были прооперированы стандартной лапароскопической методикой (Адамян Л.В., 2013). После хирургического и гормономодулирующего лечения выполнялось динамическое наблюдение в течение 2,5 – 3 лет, которое включало в себя оценку ранних и отдаленных послеоперационных осложнений, изменения интенсивности эндометриоз-ассоциированной тазовой боли (опросник ВАШ), изменения качества жизни и качества половой жизни (опросники SF-36, FSFI) через 12 месяцев после хирургического лечения, наличия рецидива заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде в группе А по сравнению с группой Б была отмечены значимо меньшая кровопотеря (p=0,012), высокозначимая меньшая продолжительность операции (p=0,0002) и значимо меньшая (p=00002) продолжительность госпитализации: 7 дней (6;9) и 11 (5;13) соответственно. В обеих группах исследования было одинаковое количество послеоперационных осложнений, потребовавших повторной операции: по два в каждой группе. В группе А наблюдалось значимо меньше эпизодов атонии мочевого пузыря сразу после операции: 8 (11,27%) случаев, чем в группе Б – 14 (29,79%) случаев (p=0,016), по количеству жалоб, связанных с отсутствием позывов на дефекацию группы значимо не различались. Более активное восстановление функции мочеиспускания и дефекации отмечено в группе нерв-сберегающей методики операции. Через 12 месяцев после хирургического лечения и гормонотерапии эндометриоза в обеих группах отмечалось высокозначимое снижение интенсивности дисменореи, диспареунии и хронической тазовой боли (p<0,0001). Отмечено значимое улучшение показателей опросника качества жизни SF-36 после операции у пациенток обеих групп исследования по всем 8 показателями душевного

и физического здоровья (p<0,05 для всех показателей). По результатам опросника FSFI отмечено значимое повышение удовлетворенности качеством половой жизни до и после операции как в группе А (p=0,049,), так и в группе Б (p=0,048). В течение 3 лет наблюдения зафиксировано 3 рецидива эндометриоза в обеих группах (0,03%), потребовавших хирургического лечения: 2 пациентки в группе А и 1 пациентка в группе Б. Все три пациентки, прооперированные в связи с рецидивом, самостоятельно отменили рекомендованную им гормонотерапию, через 1 год отметили возобновление болей, 2 пациентки группы А были оперированы через 1,5 и 2 года после предыдущего хирургического вмешательства, пациентка группы Б – через 1 год и 7 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нерв-сберегающая методика хирургического лечения ГИЭ в сравнении с традиционной позволяет значимо снизить количество нейрогенных атонии мочевого пузыря и снижения моторики кишечника в раннем послеоперационном периоде (p<0,05). С целью снижения рецидива эндометриоза хирургическое лечение должно быть допустимо радикальным, а назначение гормономодулирующей терапии эндометриоза после хирургического лечения обязательным на срок минимум 3–6 месяцев, в зависимости от наличия репродуктивных планов. У пациенток после нерв-сберегающей и стандартной методиками хирургического лечения ГИЭ отмечается высокозначимое снижение дисменореи, диспареунии и хронической тазовой боли в послеоперационном периоде (p<0,0001), а также значимое улучшение качества жизни (p<0,05) и повышение удовлетворенности половой жизнью (p<0,05). Причем динамика повышения удовлетворенности качеством половой жизни у пациенток после нерв-сберегающей методики значимо выше.

ДИАГНОСТИКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПРОГЕСТЕРОНУ, КАК ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО В ПОДБОРЕ ГОРМОНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Беженарь В.Ф., Молчанов О.Л., Константенкова А.С., Круглов С.Ю., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для диагностики инфекционных, аллергических, аутоиммунных и онкологических заболеваний используется способ обработки плазмы крови путем воздействия энергией акустического поля ультразвука с целью кавитационной дезинтеграции циркулирующих иммунных комплексов (далее – ЦИК), состоящих из антигенов и связанных с ними антител. В основе этого способа диагностики лежит ультразвуковое воздействие на плазму крови, при котором происходит диссоциация ЦИК, сопровождающаяся высвобождением свободных антигенов и антител без нарушения их биологической активности.

ЦЕЛЬ

Расширение функциональных возможностей способа ранней и экспертной диагностики проблемы резистентности к прогестерону и подбора адекватной терапии женщин с гормонально-зависимыми заболеваниями, такими как эндометриоз.

Данный метод диагностики резистентности к прогестерону позволит подобрать наиболее эффективную послеоперационную гормономодулирующую терапию для женщин с эндометриозом и хронической тазовой болью, что позволит улучшить качество жизни пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование входило 40 женщин возрастом от 18 до 45 лет: 20 пациентов с подтвержденным (интраоперационно и гистологически) эндометриозом и хронической тазовой болью и 20 пациентов без эндометриоза и хронической тазовой боли.

Анализ уровня прогестерона проводился до и после ультразвукового воздействия на плазму крови и по среднему значению уровня прогестерона

определялось наличие или отсутствие резистентности к прогестерону.

Воздействие акустического поля ультразвука проводилось при помощи ультразвукового дезинтегратора в течение 5 минут, частотой 22 килогерц, мощностью 400 ватт при температуре 25° – 38°С (заявка на патент №2022115595, приоритет от 08.06.2022г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе пациентов с эндометриозом и хронической тазовой болью среднее значение признака до эксперимента составляет 4,088±5,366 (m=±1,200). Среднее значение признака после эксперимента составляет 7,095±8,582 (m=±1,919). Число степеней свободы (f) равно 19. Парный t-критерий Стьюдента равен 3,855. Критическое значение t-критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 2,093, изменения признака статистически значимы. В группе пациентов без эндометриоза и хронической тазовой боли Среднее значение признака до эксперимента составляет 5,139±3,257 (m=±0,728). Среднее значение признака после эксперимента составляет 5,091±3,216 (m=±0,719). Число степеней свободы (f) равно 19. Парный t-критерий Стьюдента равен – 1,799. Критическое значение t-критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 2,093, изменения признака статически не значимы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие резистентности к прогестерону является одним из важнейших критериев при подборе гормономодулирующей терапии после хирургического лечения для больных с эндометриозом и хронической тазовой болью. Результаты проведенного исследования позволили разработать и внедрить для практического использования новый подход к комплексному лечению больных с эндометриозом и хронической тазовой болью, включающий в себя этап определения резистентности к прогестерону, позволяющий подобрать подходящую терапию и улучшить качество жизни пациентов.

ПОДБОР ГОРМОНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ С УЧЕТОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПРОГЕСТЕРОНУ

Беженарь В.Ф., Молчанов О.Л., Константенкова А.С., Круглов С.Ю., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одними из препаратов выбора при лечении эндометриоза являются прогестины. В качестве прогестинов зачастую используются препараты, с действующими веществами Диеногест (2 мг/сут) и Дидрогестерон (10–30 мг/сут). Рассматривая терапию с точки зрения резистентности к прогестерону, стоит отметить различие в молекулярном строении молекул Дидрогестерона и Диеногеста. Образуясь, антитела к природному прогестерону дают перекрестную реакцию с молекулами, похожими по строению с собственным прогестероном. Молекула Дидрогестерона имеет стехиометрическое отличие (выгнутая форма) от остальных аналогов природного прогестерона, имеющих циклопентанпергидрофенантреновую основу, на которую подвешены радикалы в той или иной степени комплаентности. Благодаря своему строению, к молекуле Дидрогестерона негомогенны молекулы, образовавшиеся к природному прогестерону и антитела не соединяются. Молекула Дидрогестерона имеет сродство к рецепторам прогестерона, модифицируя их под себя, тем самым, не давая присоединяться к рецепторам собственного прогестерона, что предотвращает фагоцитоз.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности комплексного лечения женщин с тазовыми болями, оперированных по поводу наружного генитального эндометриоза, в зависимости от варианта гормономодулирующей терапии с учетом резистентности к прогестерону, с точки зрения разрешения болевой симптоматики и восстановления качества жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 100 пациентов с эндометриозом и хронической тазовой болью, прошедших обследование, включающее определение наличия резистентности к прогестерону, хирургическое лечение и последующую гормономодулирующую терапию. Все пациенты распределены по группам, назначено лечение: 1 группа пациенток (n=25) с резистентностью к прогестерону, хронической тазовой болью, обусловленной эндометриозом, получившие хирургическое лечение и затем 6 мес гормономодулирующую терапию препаратом с действующим веществом Диеногест 2 мг/сут. 2 группа пациенток (n=25) с резистентностью к прогестерону, хронической тазовой болью, обусловленной эндометриозом, получившие хирургическое лечение и затем 6 мес гормономодулирующую терапию препаратом с действующим веществом Дидрогестерон 10–30 мг/сут. 3 группа пациенток (n=25) без резистентности к прогестерону, с хронической тазовой болью, обусловленной эндометриозом, получившие хирургическое лечение и затем 6 мес гормономодулирующую терапию препаратом с действующим веществом Диеногест 2 мг/сут. 4 группа пациенток (n=25) без резистентности к прогестерону, хронической тазовой болью, обусловленной эндометриозом, получившие хирургическое лечение и затем 6 мес гормономодулирующую терапию препаратом с действующим веществом Дидрогестерон 10–30 мг/сут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1 группе у 12 (48%) отмечалось снижение интенсивности тазовой боли в течение 6 месяцев. Во второй группе пациентов с лишь у 1 (4%) пациента отмечалось возобновление тазовой боли в течение 6 месяцев, в то время как у 24 (96%) пациентов отмечалась положительная динамика и отсутствие тазовой боли. В третьей группе отмечают исчезновение тазовой боли и улучшение качества жизни 23 (92%) пациента. В 4 группе пациентов у 22 (88%) пациентов отмечается уменьшение интенсивности тазовой боли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам исследования, наилучшим вариантом послеоперационного лечения у пациентов с резистентностью к прогестерону является препарат с действующим веществом Дидрогестерон 10–30 мг/сут. Для пациентов без резистентности к прогестерону подходит как терапия препаратом, содержащим Диеногест, так и препаратом, содержащим Дидрогестерон. Данное исследование показывает необходимость определения наличия резистентности к прогестерону у всех пациентов с эндометриозом и хронической тазовой болью для назначения гормономодулирующей терапии.

МЕТАБОЛОМИКА СПКЯ В КЛИНИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Ведзижева Э.Р., Кузнецова И.В.

ГБУ «ГКБ №57 имени Д.Д. Плетнева ДЗМ»

Центр здоровой семьи

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее распространенной полигенной эндокринопатией женской репродуктивной системы, характеризующийся нарушениями менструальной функции, гиперандрогенизмом и морфофункциональными изменениями яичников. Представления о СПКЯ в последние годы претерпели значительную метаморфозу, и ныне это заболевание рассматривают как системное патологическое состояние, в развитие которого вовлечены как эндокринные, так и метаболические механизмы. К типичным метаболическим изменениям относятся нарушения метаболизма липидов, углеводов и стероидных гормонов. Отсутствие четкого понимания альтераций жирового обмена у женщин с СПКЯ затрудняет их диагностику, что зачастую делает недостаточно эффективными и безопасными терапевтические подходы.

ЦЕЛЬ

Целью исследования явилась оценка особенностей жирового обмена у женщин с СПКЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 37 женщин фертильного возраста (средний возраст 26,8±6,3 лет) с верифицированным диагнозом СПКЯ и различным антропометрическим профилем. Группу контроля

составили 20 здоровых женщин с нормальной массой тела и регулярным менструальным циклом.

Всем пациенткам проводилось клиническое и лабораторно-инструментальное обследование с оценкой антропометрических параметров, биохимических и метаболических показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди выявленных метаболических нарушений избыточная масса тела наблюдалась у 21,4% женщин с СПКЯ, ожирение 1 ст. – у 32,1%, ожирение 2 ст. – у 35,7% и ожирение 3 ст. – у 10,8%. Женщин с верифицированным диагнозом СПКЯ и нормальной массой тела было 24,3%.

Среди обследованных пациенток с СПКЯ у 51,4% было выявлено ожирение и биохимические альтерации липидного обмена, у 24,3% ИМТ был <25 кг/м2, однако диагностировалась дислипидемия и у 24,3% антропометрический и липидный профили были в норме.

У 75,7% женщин с СПКЯ наблюдались нарушения менструального цикла по типу олиго/аменореи и у 54,0% – нарушения фертильности (37,8% – бесплодие, 16,2% – невынашивание беременности).

На основании анализа результатов клинико-лабораторного обследования у женщин с СПКЯ уровень общего холестерина был значимо выше по сравнению с контрольной группой (5,3±0,38 и 4,27±0,55 соответственно; p=0,037), так же как и уровни липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) (3,49±0,3 и 2,61±0,36 соответственно; p=0,022) и триглицеридов (ТГ) (1,53±0,37 и 0,79±0,27 соответственно; p=0,031). Уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) у пациенток с СПКЯ был ниже по сравнению с контрольной группой (1,26±0,23 и 1,62±0,11; p=0,048). При этом у большинства пациенток с СПКЯ показатели липидограммы были в пределах референсных значений. Уровни метаболических гормонов также существенно различались между группами: лептин и инсулин были выше у пациенток с СПКЯ (25,2±7,2 и 12,8±3,1) по сравнению с контрольной группой (7,5±1,84 и 5,2±1,24), а грелин – ниже (838,3±92,4 и 1627,1±109,1 соответственно) (p<0,005).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в результате проведенного исследования данные свидетельствуют о высокой частоте нарушений липидного обмена у женщин с СПКЯ вне зависимости от ИМТ. Ожирение, в свою очередь, является дополнительным неблагоприятным фактором, усугубляющим данные нарушения, характеризующиеся повышением уровня общего холестерина, ТГ, ЛПНП, а также снижением уровня ЛПВП. Высокая частота дислипидемии у женщин с СПКЯ сопряжена с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и патологии гепатобиллиарной системы. Таким образом, учитывая весь комплекс неблагоприятных последствий СПКЯ, клиницисты должны планировать его лечение с позиций системного подхода, решающего задачи восстановления репродуктивного здоровья и одновременно обеспечивающего профилактику кардиометаболического и онкологического риска.

ВЛИЯНИЕ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Вишнякова С.В.

ФГБОУ ВО Новосибирский Государственный медицинский университет Минздрава Российской Федерации Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность проблемы метаболического синдрома обусловлена как высокой частотой, составляющей 20 – 30% в популяции, а в постменопаузе 28 – 88%, так и повышением риска развития сердечно – сосудистых заболеваний и сахарного диабета. В силу увеличения продолжительности жизни около ее трети женщина проживает в пери- и постменопаузе. Важным компонентом ведения женщин в постменопаузе является менопаузальная гормональная терапия (МГТ), которая купирует нейровегетативные симптомы, улучшая качество жизни, а так же влияет на метаболический профиль.

ЦЕЛЬ

Сравнительный анализ появления симптомов метаболического синдрома постменопаузе в зависимости от приема препаратов МГТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 45 женщин в постменопаузе, обследование которых началось в возрасте от 45 до 52 лет (средний возраст – 49,3±2,3 года) в начале посменопаузы без признаков метаболического синдрома. В дальнейшем 15 пациенток (I группа) не принимали препаратов МГТ, 30 женщин (II группа) принимали орально препараты МГТ. Группы пациенток были сопоставимы по возрасту. В процессе наблюдения 1 раз в год помимо оценки жалоб и полного клинического обследования, регистрировали артериальное давление, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, отношение окружности талии к окружности бедер, уровень триглицеридов, общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой (ХС ЛПВП) и низкой плотности (ХС ЛПНП), глюкозу в плазме крови натощак, по показаниям нарушение толерантности к гюкозе и уровень мочевой кислоты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прибавка массы тела у всех пациенток I группы отмечалась с 1 года наблюдения и составила в среднем 1,4+0,3 кг. ИМТ у 13 пациенток оставался в пределах нормы. У принимавших МГТ масса тела увеличилась в трети случаев в среднем составляя 0,7+ 0,2 кг при нормальном ИМТ. В дальнейшем в I группе женщины за 5 лет прибавили в среднем 7,7+1,9 кг, во второй – 2,6+0,9 кг. ИМТ нормальным оставался только у 3 (2,0%) пациенток, не принимавших МГТ и у 20 (75,0%) из группы принимавших МГТ. Через 10 лет наличие ожирения наблюдалось у 12 (80,0%) женщин I группы и 13 (43,3%) – II группы.

Окружность талии у пациенток I группы более 80 см в четверти случаев отмечена на 3 год наблюдения. Такие же параметры во второй группе выявлены в таком же проценте случаев только к восьмому году наблюдения.

Изменение уровня общего холестерина и его фракций через 3 года отмечено у каждой третьей женщины I группы и у кажной седьмой II группы. При этом был повышен уровень ХС ЛПНП при нормальном значении ХС ЛПВП у 4 из 7 пациенток с дислипидемией. Уровень триглицеридов был изменен у небольшого числа наблюдавшихся: в I группе с третьего года наблюдения у 4 пациенток, во II группе- с года наблюдения так же у четырех.

Уровень сахара натощак у всех пациенток в течение наблюдения был нормальным. При ожирении нарушение толерантности к глюкозе у пациенток I группы было через 6 лет наблюдения в 2 случаях и через 8 лет еще у двух пациенток. В группе принимавших МГТ таких случаев не наблюдалось. Уровень мочевой кислоты у них так же не повышался, тогда как в I группе через 8 лет повысился у 3 женщин (20, 0%).

Повышение артериального давления отмечено только в первой группе пациенток в 2 случаях через 8 лет наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метаболический синдром в постменопаузе реже и медленнее развивается у женщин, принимающих МГТ, при отсутствии которой симптомы метаболического синдрома более выражены и в динамике появляются значительно раньше, уже через 3 года после менопаузы, тогда как при использовании МГТ у части женщин симптомокомплекс начинает развиваться через 5 – 8 лет.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Григорьевская Е.Т.

СПб ГКДЦ «Ювента»

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы отмечается прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья и увеличение гинекологических заболеваний у девушек-подростков, что вызывает серьезную тревогу о репродуктивном потенциале нации. Одной из причин нарушения репродуктивной функции является состояние гемодинамики в сосудистом бассейне ор-

ганов малого таза, сопровождающееся изменением тонуса сосудов, пульсового кровенаполнения, тканевой перфузии, оксигенации тканей и венозного оттока.

ЦЕЛЬ

Определить клиническую эффективность применения метода абдоминальной декомпрессии (АДК) аппаратом «Надежда» КАД-01-АКЦ» при комплексном лечении нарушения репродуктивной функции у девушек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование с участием 103 девушек в возрасте 14–17 лет с репродуктивными дисфункциями в виде нарушений менструального цикла (первичные/ вторичные аменорея, олигоменорея, дисменорея) и находившихся на лечении в ГКДЦ «Ювента». Для выявления противопоказаний к проведению АДК выполнено комплексное обследование всех пациенток, включающее УЗИ органов малого таза, лабораторные исследования крови (клинический анализ крови, биохимический анализ – АЛТ, АСТ, С-реактивный берок, глюкоза, креатинин, общий билирубин), общий анализ мочи.

Все исследуемые были разделены на две группы: 1-ую (основную) группу составили 85 девушек, которым наряду с основным лечением проводилась АДК. 2-ая группа включала 18 пациенток, которые получали основное лечение без АДК в виду наличия противопоказаний к процедуре.

АДК проводилась по следующей схеме: выполнялось 5 процедур (1 процедура в день длительностью 20 минут), затем делался перерыв на 2 дня, после чего проведение процедур возобновлялось с прежней периодичностью. Общий курс составлял 10 процедур. Было проведено 3 курса лечения с промежутком 45 дней. Результаты оценивались на 55-ый, 100-ый и 140-ой день лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На 55-ый день регресс симптоматики репродуктивной дисфункции у девушек-подростков наблюдался в 1 группе (проведен 1-ый курс АДК) у 86% пациенток. Во 2 группе (АДК не проводилась) – у 9%.

На 100-ый день в 1 группе лечения (после 2-го курса АДК) регресс симптоматики наблюдался у 92% пациенток, во 2 группе у 10% (АДК не проводилась).

На 140-ой день в 1 группе (проведен 3-ий курс АДК) регресс симптоматики наблюдался у 97% пациенток, во 2 группе – (АДК не проводилась) у 11%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты говорят о том, что применение метода АДК для восстановления репродуктивной функции у девушек-подростков приводит к более высокой эффективности лечения, чем без применения данной процедуры. Таким образом, рекомендуется включать АДК в комплекс лечебных мероприятий по восстановлению репродуктивного здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ СРЕДСТВА ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ «ЮНОНА БИО-Т», МОДИФИКАЦИЯ «JUNO T AG»

Дедуль М.И., Журавлев А.Ю., Ковалев Е.В., Сафонова Т.В.

Витебский государственный медицинский университет
Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время внутриматочные средства (ВМС) популярный метод контрацепции среди женщин 30–35 лет, у которых есть один постоянный половой партнер и они не заинтересованы в рождении детей. В России около 35% женщин используют данный вид контрацепции, а в странах Восточной Азии – 50%. Такая популярность ВМС объясняется, в первую очередь, простотой в использовании, экономической выгодой и высокой эффективностью (индекс Pearl 0,1–1,5). Также внутриматочные устройства обеспечивают длительное (3–9 лет в зависимости от вида ВМС) и обратимое действие. В исследованиях показано, что фертильность у 67% женщин восстанавливается через 6 месяцев, у 90% через 12 месяцев. Кроме того, внутриматочные устройства являются приемлемым методом контрацепции во многих культурах, так как обладает противозачаточным, а не абортивным действием. Однако, несмотря

на все преимущества данного способа контрацепции, необходимо помнить и о его недостатках и возможных осложнениях. Одним из тяжелых осложнений при применении ВМС является перфорация матки. Данное тяжелое последствие наблюдается у 0,003–0,8% пациенток, что по данным ВОЗ соответствует одному случаю на 150–9000 введений.

Учитывая все сложности введения стандартных ВМС, была разработана оригинальная система введения средства внутриматочной контрацепции «Юнона Био-Т», ТУ 4401916.02–91, изм. «8», модификация «Juno T Ag».

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности использования оригинальной системы введения средства внутриматочной контрацепции «Юнона Био-Т», ТУ 4401916.02–91, изм. «8», модификация «Juno T Ag».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было испытано 30 средств внутриматочной контрацепции «Юнона Био-Т», ТУ 4401916.02–91, изм. «8», модификация «Juno T Ag». В испытании приняли участие 30 добровольцев женского пола, средний возраст составил 34,4±0,5 лет. Вначале проводился отбор пациентов с учетом показаний и противопоказаний к применению данного метода. Далее с каждым участником исследования проводилась индивидуальная беседа с разъяснением всех подробностей и ответами на возникшие вопросы. После этого добровольцы подписывали информированное согласие на проведение данной манипуляции. Длительность наблюдения за испытуемыми согласно программе испытания, составляла 14 суток.

Исследование проводилось в полном соответствии с согласованной утвержденной программой и методикой приемочного клинического испытания изделия медицинского назначения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все образцы ВМС «Juno T Ag» успешно прошли испытание. Случаев затруднений при установке контрацептивов и случаев травм шейки матки нами не отмечено. Дополнительного инструментального расширения цервикального канала не требовалось. В процессе испытаний отмечено, что система введения контрацептива удобна и проста в использовании. Случаев экспульсии контрацептивов, а также случаев развития осложнений, потребовавших удаления ВМС в первые 14 суток нами не зарегистрировано. Это свидетельствует о том, что во всех случаях контрацептив устанавливался правильно. Считаем, что использование системы введения ВМС позволяет снизить риски неудачной установки контрацептива и повысить эффективность использования данного метода контрацепции. Важным является то, что использование системы введения ВМС позволяет успешно выполнять процедуру врачам с небольшим опытом введения средств внутриматочной контрацепции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Считаем, что внедрение модифицированной системы введения внутриматочного контрацептива является абсолютно оправданным и доступным способом повышения эффективности и безопасности средств внутриматочной контрацепции.

ДИСТАНЦИОННЫЕ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Жевлакова М.М., Русина Е.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Стрессовое недержание мочи (СНМ) у женщин является распространенным заболеванием, которое начинается в молодом возрасте и даже при легкой степени тяжести способствует снижению самооценки, вызывает тревогу и нарушает качество жизни пациенток. Первой линией терапии недержания мочи является тренировка мышц тазового дна (ТМТД), наиболее эффективная в режиме биологической обратной связи (БОС). Низкая эффективность самостоятельных занятий зачастую связана с нерегулярным и неправильным выполнением.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты дистанционных ТМТД в режиме БОС под контролем тренера в лечении СНМ у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 17 пациенток 40,7±6,1 лет (31–53 лет) с жалобами на СНМ легкой и средней степени тяжести. Проведен анализ жалоб, дневника мочеиспускания, комплексное уродинамическое исследование, общий гинекологический осмотр с проведением кашлевого теста и оценкой силы мышц тазового дна по шкале Оксфорда. Выполнен дистанционный курс лечения с применением лазерного тренажера «Тюльпан» под контролем тренера в течение 3 месяцев. Тренер 1 раз в неделю в режиме видеоконференции обучал правильной методике ТМТД и следил за выполнением упражнений без напряжения мышц брюшного пресса, динамикой изменения амплитуды лазерного луча тренажера, отражаемого на стену. После совместной дистанционной тренировки пациентки выполняли ежедневные самостоятельные занятия по 30 минут в день в соответствии с разработанным еженедельным планом упражнений. Участницы повторно обследованы через 1 (n=17) и 3 (n=12) месяца после начала курса ТМТД. Статистическая обработка данных выполнена с использованием стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа (¬StatTech 2.8.8; Excel 2019), методами описательной статистики, уровень статистической значимости p <0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 1 месяц ТМТД по данным дневника мочеиспускания уменьшение количества эпизодов СНМ отметили 10 (58,8 ±12,3%) пациенток и отсутствие эпизодов СНМ – 7 (41,2 ±12,3%) (p <0,001), через 3 месяца – 4 (33,3 ±14,2%) и 8 (66,7 ±14,2%) соответственно (p=0,046). До лечения положительный кашлевой тест выявлен у 11 из 17 (64,7 ±12%) участниц, через 1 месяц ТМТД остался положительным только у 4 (23,5 ±10,6%) (p=0,008). При анализе оценки силы мышц тазового дна до лечения и через 1 месяц ТМТД, амплитуды лазерного луча до лечения, через 1 и 3 месяца тренировок выявлено статистически значимое увеличение показателей (p <0,001). После полного курса ТМТД уменьшение эпизодов СНМ по дневнику мочеиспускания наблюдалось при амплитуде лазерного луча 64 ± 43 см, отсутствие эпизодов СНМ при амплитуде 108 ± 18 см (p=0,028). Согласно проведенному ROC-анализу, отсутствие эпизодов СНМ по дневнику мочеиспускания через 3 месяца ТМТД прогнозировалось при возрасте пациенток <45 лет (чувствительность -100,0%, специфичность-75,0%; p=0,033).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дистанционные тренировки с портативным тренажером с БОС, проводимые под контролем тренера, являются эффективными в лечении СНМ легкой и средней степени тяжести. Главное преимущество – контроль тренера для поддержания мотивации и правильного выполнения упражнений без сокращения брюшных мышц. Наиболее эффективны тренировки для женщин моложе 45 лет курсом не менее 3 месяцев. Для сохранения эффекта рекомендовано продолжить тренировки.

ГРУППЫ РИСКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Захарова К.И., Андреева, М.В.

ООО «ММЦ «Диалайн»

Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Воспалительные болезни шейки матки – экзо- и эндоцервициты (ВБШМ) диагностируются у каждой седьмой женщины, обратившейся к гинекологу. В связи с этим могут возникнуть такие осложнения, как дисплазии шейки матки с последующим переходом в рак шейки матки. Ранняя диагностика и своевременное лечение ВБШМ могут предотвратить эти заболевания.

ЦЕЛЬ

Определить группы риска развития ВБШМ и разработать алгоритм их лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В женской консультации крупного промышленного города обследованы и пролечены 167 женщин с диагнозом «Воспалительные болезни шейки матки» (шифр по МКБ-10 N72) в соответствии с приказом МЗ РФ №1130н.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Женщины с ВБШМ были в возрасте от 18 до 45 лет. Из них 80,6% – в возрасте от 18 до 29 лет. По социальному положению эти пациентки были равнозначны. У 89% обследованных половая жизнь началась до 18 лет с частой сменой половых партнеров. Большинство женщин (81%) отметили несколько половых партнеров, травматизацию шейки матки при абортах и родах. Основной вид контрацепции у 70% женщин – прерванный половой акт. У 77% пациенток в анамнезе были артифициальные аборты. 48% обследованных не состояла в законном браке. Практически всем женщинам диагноз ВБШМ выставлялся ранее, но они или не получали лечения, или не соблюдали рекомендации врача. Обследованным больным препараты для лечения ВБШМ назначались согласно выделенному возбудителю. Лечение ВБШМ состояло из двух этапов: этиотропная терапия, затем восстановление микробиоценоза влагалища. При специфических возбудителях ВБШМ применялись антибиотики из групп макролидов, фторхинолонов, тетрациклинов (хламидии) и антибактериальные препараты имидазольной группы (трихомонады). При неспецифических возбудителях (E.coli, стрептококки, стафилококки и др.) ВБШМ применялась комбинация лекарственных средств (антибиотики и антибактериальные препараты). Противогрибковые препараты назначались при кандидозных ВБШМ интравагинально и перорально. Иммуностимуляторы и противовирусные препараты назначались при вирусном поражении шейки матки (ВПЧ, вирус простого герпеса 1 и 2 типа). Также было предложено воздержаться от половой жизни на время диагностики и лечения ВБШМ, обследовать полового партнера на наличие инфекций. Исход лечения был благоприятный в 95% случаев, так как у этих женщин лечение было адекватное, а также были соблюдены все рекомендации врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, к группам риска развития ВБШМ относятся: возраст 18–29 лет, начало половой жизни до 18 лет, частая смена половых партнеров, использование методов контрацепции неэффективных в отношении ИППП, медицинские аборты в анамнезе. Эффективность терапии ВБШМ от разработанного алгоритма лечения, на основании выявленных групп риска развития ВБШМ составил 93%. Следовательно, выявление групп риска развития ВБШМ поможет создать меры их профилактики и лечения.

ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ

Икрамова Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии является хронический эндометрит (ХЭ), встречающийся преимущественно у женщин репродуктивного возраста и определяющий развитие нарушений менструальной и репродуктивной функций Частота ХЭ многократно возрастает среди больных с бесплодием. Нередко ХЭ является причиной неэффективных попыток экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов. Среди пациенток с привычным невынашиванием беременности, особенно с неразвивающейся беременностью в анамнезе, распространенность ХЭ достигает 73,1–100%.

ЦЕЛЬ

Цель нашего исследования – оценить влияние антибиотикотерапии на акушерский прогноз среди пациентов, обратившихся по поводу привычного невынашивания беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели ретроспективное сравнительное исследование. Были включены пациентки, обратившиеся в РСНПМЦАиГ с июня 2020 года по май 2022 года по поводу ПНБ, с нормальными этиологическими показателями (за исключением хронического эндометрита). Все пациентки в возрасте от 18 до 42 лет, обратившиеся по поводу повторных потерь беременности (в т.ч. ранние или поздние выкидыши). Раннее самопроизвольное пре-

рывание беременности определяли как потерю эмбриона до 12 недель беременности. Поздняя потеря беременности определяется как потеря плода между 12 и 24 неделями беременности. Привычное невынашивание беременности определяли как потерю двух или более беременностей, последовательных или нет, в соответствии с рекомендациями ESHRE. В случае хронического эндометрита пациентки могли получать лечение антибиотиками (14 дней доксициклина и метронидазола). Женщины получали лечение антибиотиками: доксициклином (100 мг х 2 раза в день) и метронидазол (500 мг х 2 раза в день) внутрь в течение 14 дней в других случаях. Исходы беременности, собранные через год после включения, сравнивали между 3 группами: пациентки без хронического эндометрита, пациентки с леченным хроническим эндометритом, пациентки с нелеченым хроническим эндометритом.

Были включены 42 пациентки. У 22 пациенток был хронический эндометрит. Группы были сопоставимы по возрасту, ИМТ, количеству выкидышей, потреблению табака, уровням АМГ и ФСГ на 2-й день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При многофакторном анализе значительное улучшение показателей живорождения наблюдалось среди пациенток, получавших лечение по поводу хронического эндометрита, по сравнению с группой без эндометрита.

У наших пациенток, обследованных по поводу ПНБ, показатель живорождения улучшился после лечения хронического эндометрита 14-дневным курсом антибиотикотерапии по сравнению с пациентами с нелеченым хроническим эндометритом.

Значительное улучшение показателя живорождения наблюдалось среди пациенток с леченным хроническим эндометритом по сравнению с группами без лечения и без эндометрита (85%, 44% и 40% соответственно). Было отмечено значительное снижение выкидышей в группе лечения по сравнению с группами без лечения и без эндометрита (15%, 56% и 60%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У наших пациенток, обследованных по поводу ПНБ частоту самопроизвольных беременностей можно было улучшить после лечения антибиотиками хронического эндометрита по сравнению с пациентами с нелеченым хроническим эндометритом. Рандомизированное контролируемое исследование с более широкой популяцией пациентов, анализ контрольной биопсии эндометрия после лечения и строгое анатомо-патологическое определение хронического эндометрита необходимо для точного определения действия антибиотикотерапии при хроническом эндометрите и клинических исходов.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Икрамова Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан

Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема взаимосвязи хронического эндометрита и необъяснимого бесплодия остается открытой. Среди женщин с верифицированным хроническим эндометритом у 60% диагностируется бесплодие. Особенностями хронического эндометрита в настоящее время являются увеличение значимости условно-патогенной микрофлоры, рост устойчивости условно-патогенных микроорганизмов к фармакотерапии, увеличение числа стертых форм и атипичного течения.

ЦЕЛЬ

Проследить взаимосвязь между хроническим эндометритом и необъяснимым бесплодием у пациенток в период с мая 2020 г. по май 2021 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективное исследование, проведенное на кафедре акушерства и гинекологии РСНПМЦАиГ. Мы включили группу пациенток, направленных на диагностическую гистероскопию по поводу необъяснимого бесплодия в период с мая 2020 г. по май 2021 г. В центре акушерства и гинеко-

логии проводилась только гистероскопия. Собранные образца отвозились в лабораторию для исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты были разделены на три группы в зависимости от отсутствия/разрешения/персистенции ХЭ:

1. Группа 1: (n = 39) больные с отрицательным результатом на ХЭ.
2. 2-я группа: (n = 33) больные с исходным диагнозом ХЭ и последующим разрешением ХЭ после лечения.
3. 3-я группа: (n = 13) пациенты с ХЭ неподдающимся лечению.

В 1-й группе было зарегистрировано 3 самопроизвольных беременности (7,6%) с 2 живорождениями (5,1%) и 2 выкидышами (5,1%).

Во 2-й группе наблюдали 25 самопроизвольных беременностей (75,7%), из них 22 (66%) живорожденных и 3 выкидыша (9%).

В 3-й группе 3 пациентки (23%) забеременели естественным путем, у них было 1 живорождение (7%) и 2 выкидыша (15,3%).

Во 2-й группе наблюдались 2 преждевременных родов, в остальных группах преждевременных родов не было.

Группа 2 показала значительно более высокую частоту наступления беременности и живорождения по сравнению с группой 1 и группой 3, в то же время различий между 1-й и 3-й группами по количеству беременностей и живорождений не наблюдалось. Пациентки с разрешением ХЭ после лечения показали значительно большую вероятность спонтанного зачатия, а также более высокую частоту живорождения по сравнению с пациентами с персистенцией ХЭ после лечения.

При объединении всех пациенток с диагнозом ХЭ было обнаружено большее количество беременностей во второй и третьей группе, по сравнению с первой группой. В частности, диагностика и лечение ХЭ были связаны с более высоким шансом на успешную беременность, а также с более высоким числом живорождений по сравнению с пациентами без ХЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Растущее количество данных подтверждает тесную связь между ХЭ и нарушением репродуктивной функции. Хотя различные исследования уже продемонстрировали связь между ХЭ и повторных неудач ЭКО корреляции между ХЭ и необъяснимым бесплодием всё еще неясны. В исследовании мы обнаружили высокую распространенность ХЭ в числе пациентов с необъяснимым бесплодием (40,7%). Однако репродуктивный исход после антибактериальной терапии не оценивался.

Среди общего числа 85 пациентов мы обнаружили высокую распространенность гистологического ХЭ (53,9%) предполагающую сильную корреляцию между ХЭ и нарушениями имплантации и развития эмбриона.

Более того, гистероскопия показала высокую надежность в распознавании ХЭ в исследовании. Это подтверждает важность гистероскопической оценки полости матки у пациенток с необъяснимым бесплодием перед предложением ВРТ.

АКТИВНОСТЬ ПРОАПОПТОТИЧЕСКОГО ФАКТОРА КАСПАЗА-3 В ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Качурина М.С., Зайнетдинова Л.Ф., Куренков Е.Л., Медведев Б.И.

ФГБОУ ВО Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет МЗ РФ

Клиника ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ г. Челябинск

Клиника ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ
Челябинск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз остается одной из наиболее сложных проблем современной гинекологии. В настоящее время заболевание всё чаще встречается у молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией. В структуре всех локализаций эндометриоидных гетеротопий эндометриоз яич-

ников занимает первое место.Эндометриоидные кисты яичников выявляются у 17—44% женщин репродуктивного возраста, больных эндометриозом и составляют 35% всех доброкачественных кист яичников.Молекулярно-биологические нарушенияпри эндометриозе характеризуются повышением экспрессии ароматазы, эстрогеновых рецепторов, белков пролиферации (Ki-67), активацией ангиогенеза. Изменение концентрации проапоптотических и антиапоптотических белковв эктопическом эндометрии вызывает нарушение регуляции апоптоза. Важную роль при этом играют специфические протеазы – каспазы. Их активация является первой необратимой стадией апоптоза.

ЦЕЛЬ

Определить активность каспазы-3 у пациенток с эндометриозом яичников и бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 26 женщин с эндометриоидными кистами (ЭК) яичников. Набор пациенток осуществлялся методом случайной выборки по мере поступления в гинекологическое отделение клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России для проведения оперативного лечения. Все женщины были в возрасте от 20 до 45 лет. Диагноз был установлен во время проведения лечебно-диагностической лапароскопии и подтвержден результатами гистологического исследования. Стадии эндометриоза яичников были определены согласно классификации Л.В. Адамян (1998).

В ходе исследования были сформированы 2 группы: 1 группа – 13 женщины с ЭК яичников и бесплодием, 2 группа – 13 женщин с ЭК яичников без бесплодия. У всех женщин проводили сбор анамнеза, клиническое обследование, лечебно-диагностическую лапароскопию, гистологическое и иммуногистохимическоеисследование операционного материала.

Экспрессию каспазы-3 определяли с использованием тест-системы (производитель–GeneTex, клон–поликлональный, разведение–1/500, контроль – миндалина).Оценку результатов ИГХ реакции проводили с помощью программы компьютерного анализа изображений «Морфология 5.1» (ВидеоТест, Россия) по методике Смирновой М.Ю. и соавт. (2010).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 19.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования первым этапом определили активность каспазы-3 в эпителиоцитах ЭК яичников в зависимости от стадии. При 1 стадии активность caspasa-3 была 0,875+ 0,125об.%, при 2 стадии- 2,5 +1,116 об.%, при 3 стадии- 2,889+ 1,304 об.%. (0,516, Р 1–2 =0,573, Р1–3=0,200, Р2–3=0,564). Достоверных различий получено не было.

На следующем этапе исследования мы проанализировали активность каспазы-3 у пациенток с ЭК яичников при наличии бесплодия. Активность каспазы-3 в эпителиоцитах эндометриоидных кист яичников была следующая: 0,81+0,175 в 1 группе (ЭК +, бесплодие +) и 3,77+1,146у пациенток 2 группы (ЭК +, бесплодие -) (р- 0,004).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования не выявлены значительные различия активности каспазы-3 в эпителиоцитах ЭК яичников при разных стадиях эндометриоза яичников.

Установлена наиболее низкая активность маркера финальной стадии апоптоза каспазы-3 в эпителиоцитах ЭК яичников у пациенток при наличии бесплодия. Низкая экспрессиякаспазы-3 в эпителиоцитах эндометриоидных кист яичников может способствовать повышению активности пролиферативных программ. Это требует дальнейшего изучения.

ОЦЕНКА ИММУННОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Каюкова С.И., Очирова С.О., Михалева Л.М.

НИИМЧ им. акад. А.П. Авцына

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» г. Москва

ФГБНУ ЦНИИТ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Туберкулез, являясь системным инфекционным заболеванием, поражает не только легкие, но, как вторичный процесс у 10–30% пациенток, вызывает воспаление в органах малого таза. Согласно многочисленным исследованиям среди женщин репродуктивного возраста, больных туберкулезом органов дыхания (ТОД), отмечается высокая частота воспалительных заболеваний репродуктивных органов; при этом данные специализированного обследования таких пациенток исключают туберкулезную этиологию процесса. Для адекватной оценки генеза воспалительного процесса в эндометрии у пациенток данной категории необходимо проведение комплексного патоморфологического исследования, включая иммуногистохимическое (ИГХ).

ЦЕЛЬ

Оценить диагностическую значимость ИГХ маркеров CD138, CD 56, CD20, CD8, CD4 для своевременного выявления и лечения эндометрита у пациенток, больных туберкулезом органов дыхания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено патоморфологическое исследование биоптатов эндометрия в фолликулярную фазу секреции менструального цикла у 43 пациенток активного репродуктивного возраста с ТОД в начале подбора активной фазы химиотерапии. Методом ИГХ проведена оценка экспрессии CD138, CD 56, CD20, CD8, CD4 у 17 пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе тяжести течения ТОД у пациенток репродуктивного возраста установлено превалирование активных форм в виде инфильтративного туберкулеза-35,3% (6), сочетания с другими локализациями специфического процесса-35,3% (6), высокой частотой бактериовыделения-70,6% (12), лекарственной устойчивости возбудителя-35,3% (6) и деструкции легочной ткани – 29,4% (5). Туберкулезный эндометрит выявляли лишь у 2(11,7%) пациенток; в подавляющем большинстве – регистрировали развитие хронического эндометрита без признаков гранулематозного воспаления -70,6% (12), с формированием фиброза-17,6% (3). У пациенток с туберкулезным эндометритом отмечали высокое содержание CD138- 28 (N=0), у женщин с эндометритом не туберкулезной этиологии - 6,7 ($p \leqslant 0{,}001$). У всех пациенток данной группы наблюдали значительное увеличение количества CD 20-6,2 ($N \leqslant 3$) и CD56 -28 ($N \leqslant 10$), а также нарушение соотношения CD4/CD8, где значение CD8 в 12 (70,6%) случаях превалировало над CD4.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании данных проведенного исследования у женщин репродуктивного возраста, больных ТОД, редко отмечается генерализация туберкулезного процесса в виде развития туберкулезного эндометрита. Чаще имеет место развитие хронического эндометрита не туберкулезной этиологии как характерной параспецифической реакции. Для своевременной диагностики локального воспалительного процесса в эндометрии особенную ценность представляют иммуногистохимические признаки нарушения состояния местного иммунитета в виде преобладания экспрессии Т-супрессоров над Т-хелперами и увеличения NK-клеток и В-лимфоцитов. Комплексная диагностика эндометрита у пациенток с ТОД с определением ИГХ маркеров – CD138, CD 56, CD20, CD8, CD4 позволит провести своевременное лечение и улучшить их репродуктивный потенциал в будущем.

ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: CYFRA 21-1 КАК ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Киселев М.А., Репина Н.Б.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ Тамбов

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз — одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которым страдают от 4 до 15% женщин репродуктивного возраста. Хотя эндометриоз был впервые выявлен более 160 лет назад, остаются существенные пробелы в знаниях, включая этиологию и патогенез заболевания. Одна из основных проблем эндометриоза это диагностическая задержка, связанная в первую очередь со стертой клинической картиной, которая не всегда соответствует тяжести заболевания.

В соответствии с последними рекомендациями европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE), проведение лапароскопии больше не считается золотым стандартом диагностики. Диагностическая лапароскопия рекомендуется только в случае, если методы визуализации дают отрицательный результат, а эмпирическое лечение неэффективно.

В этом сценарии поиск точного, надежного, рентабельного, клинически применимого неинвазивного биомаркера играет решающую роль в потенциально ранней диагностике и, таким образом, определяет будущее лечение заболевания.

Последние теории эндометриоза – избыточная пролиферативная активность с нарушением процессов апоптоза ведут нас к поиску диагностического маркера в этих границах. Одним из потенциальных биомаркеров объединяющих сущность этих теорий является CYFRA 21–1.

CYFRA 21–1 – это фрагмент цитокератина 19, молекула которого встречается в нормальных эпителиальных тканях и опухолях из эпителия. Фрагменты кератинов попадают в кровоток в процессе пролиферации и гибели клеток в эндометриоидных гетеротопиях, что может отражать степень выраженности патологического процесса.

ЦЕЛЬ

Определить диагностическое значение Cyfra 21–1 как маркера пролиферативной активности для оценки распространенности наружного генитального эндометриоза (НГЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 40 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, в возрасте 20—40 лет. Всем пациенткам проводили оперативное вмешательство лапароскопом фирмы «Karl Storz» с видеосистемой, у всех пациенток диагноз эндометриоза подтверждён гистологически. В соответствии с классификацией Американского общества фертильности все пациенты были распределены на 4 группы: I стадия – минимальный эндометриоз (1–5 баллов); II стадия – легкий эндометриоз (6–15 баллов); III стадия – умеренный эндометриоз (16–40 баллов); IV стадия – тяжелый эндометриоз (более 40 баллов). Каждая группа включала 10 исследуемых.

У пациенток был выполнен забор биоматериала (кровь) на Cyfra 21–1. Для исследования уровня Cyfra 21–1 использовалась плазма, которую получали путем центрифугирования в течение 10 мин при 3000 g цельной крови, взятой в пробирки с диоксидом кремния и разделительным гелем, и последующего аликвотирования. До исследования образцы плазмы хранились в морозильной камере при -70°C. Оценка уровней Cyfra 21–1 проводилась с помощью SEB246Hu ELISA Kit for Cytokeratin Fragment Antigen 21–1 (CYFRA21–1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В соответствии с вышеизложенными критериями был вычислен средний показатель для каждой стадии:

I стадия – 1,1 Нг/мл

II стадия – 0,98 Нг/мл

III стадия – 0,98 Нг/мл

IV стадия – 1,2 Нг/мл

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определение концентрации Cyfra 21–1 в крови пациенток с НГЭ не является критерием для оцен-

ки тяжести заболевания. Планируется дальнейшее изучение и поиск взаимосвязей концентраций Cyfra 21–1 у пациенток с наружным генитальным эндометриозом.

ДИЕНОГЕСТ ИЛИ КОК С ДИЕНОГЕСТОМ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА

Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Тодика В.А.

ГМФУ им. Николае Тестемицану, департамент Акушерства и Гинекологии
Кишинёв

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз представляет собой серьёзную гинекологическую проблему, требующую многопрофильного подхода как в диагностике, так и в лечении. Это заболевание истощает пациентку своими клиническими проявлениями не только на уровне физиологии, но и психики. В наши дни существует разнообразие в подходах и методах лечения эндометриоза. Однако, любой путь имеет свои особенности и недостатки.

ЦЕЛЬ

Учитывая разнообразие фармакологических препаратов, используемых в лечении эндометриоза, целью данного исследования стала сравнительная характеристика эффективности 2-х схем лечения с анализом их влияния на качество жизни пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГКБ «Георгия Палади» было проведено проспективное клиническое когортное исследование, которое включило 2 группы женщин с эндометриозом, подтверждённым лапароскопически. Группа исследования №1 получала непрерывную схему лечения диеногестом с эстрадиолом валерат (ДЕГ+Э2В). Группа №2 прошла терапию диеногестом 2 мг (ДЕГ) в непрерывной схеме. Улучшение качества жизни контролировалось персональными дневниками EHP-5 и визуально-аналоговой шкалой (ВАШ) боли, которые заполнялись до и после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе исследования №1 (ДЕГ+Э2В) эффективность лечения и медикаментозная аменорея наступили через 2 месяца терапии. В значительной мере снизились клинические признаки эндометриоза: дисменорея – с 78.9% до 11.8%, диспареуния – с 57.1% до 4.9%, диффузная тазовая боль – с 55.2% до 16.6%, предменструальная боль – с 54.7% до 3.4%. Толщина эндометрия по данным УЗИ в ГИ №1 после лечения составила: 62% – 5 мм, 27% – 4 мм, 7% – 3 мм, 2% – 6 мм, 2% – 7 мм. В группе исследования №2 (ДЕГ 2 мг) эффективность лечения и медикаментозная аменорея наступили через 6 месяцев после начала терапии. Клинические признаки эндометриоза снизились в значительной мере: дисменорея – с 75.9% до 13.8%, диспареуния – с 51.7% до 5.9%, диффузная тазовая боль – с 52.1% до 21.6%, предменструальная боль – с 51.5% до 3.4%. Толщина эндометрия по данным УЗИ в ГИ №2 после лечения: 59% – 1 мм, 30% – 2 мм, 11% – линейный эндометрий. Была подтверждена идентичная статистически достоверная эффективность при обеих схемах лечения хронической тазовой боли (21.6% vs 16.6%, OR 1.17, p=0.8), диспареунии (5.9% vs 4.9%, OR 1.4, p=0.5), дисменореи (13.8% vs 11.8%, OR 1.18, p=0.7). При анализе побочных эффектов применяемого лечения были получены следующие результаты: spotting – 12% в ГИ №1, 41% в ГИ №2 (OR 5.18, p= 0.0047), сухость влагалища – 12% vs 41%, соответственно, (OR 5.18, p= 0.0047), межменструальные кровотечения – 4.65% vs 21.6% (OR 5.65, p=0.03), головная боль – 11.62% vs 21.6% (OR 2.04, p=0.25), приливы жара – 6,97% vs 27% (OR 4.93, p<0.01), мастодиния – 23.2% vs 27% (OR 1.22, p= 0.69), тошнота – 9.3% vs 10.8% (OR 1.18, p=0.82), снижение либидо – 13.9% vs 16.2% (OR 1.19, p= 0.77), депрессия – 9.3% vs 21.6% (OR 2.68, p=0.13). Таким образом, побочные реакции чаще наблюдались в ГИ №2, из которых наиболее значимые: spotting, сухость влагалища, маточные кровотечения, в т.ч. межменструальные, и приливы жара. При анализе боли по ВАШ были получены следующие результаты: ГИ №1 – сила боли 7–8 баллов в 75.6% снизилась до 3–4 баллов в 13.5%, ГИ №2 – сила боли 7–8 баллов в 79% снизилась до 3–4 баллов в 20.9% Таким образом, ВАШ и EPH-5 демонстрируют, что в ГИ №1 качество жизни пациенток улучшилось в 2 раза относительно ГИ №2 (78.3% vs 53.4%, OR 8.33, p<0.01), а незначительность побочных эффектов обеспечила продуктивную и здоровую семейную и социальную жизнь женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническое исследование продемонстрировало, что использование схемы ДЕГ+Э2В в купировании симптомов эндометриоза настолько же эффективно, как и схема ДЕГ 2 мг, однако переносится легче, вызывает значительно меньше побочных реакций, является финансово более доступным и приводит к значительному улучшению качества жизни пациенток.

ОСОБЕННОСТИ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Короневская А.С., Герцык Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно

АКТУАЛЬНОСТЬ

Соединительная ткань составляет более 50% массы человеческого тела. Специфичность коллагеновых волокон, которые является главным компонентом экстрацеллюлярного матрикса соединительной ткани, обеспечивается особенностями аминокислотного состава.

Одним из основных показателей метаболизма коллагена является содержание оксипролина. Оксипролин — одна из основных аминокислот коллагена, что позволяет считать его маркером, отражающим катаболизм этого белка. При нарушениях синтеза коллагена уменьшаются поперечные связи в фибриллах коллагена, что приводит к возрастанию содержания легкорастворимого коллагена.

Основным биохимическим маркером метаболизма соединительной ткани считается гидроксипролин, который присутствует в составе всех типов коллагена соединительной ткани, а повышение его содержания в плазме крови может рассматриваться как косвенный маркер гиперкатаболизма коллагена. Лизин и пролин участвует в синтезе проколлагена и изменение их концентрации также может указывать на нарушение процесса синтеза коллагена. Лизин, аргинин и аспарагин регулируют механизм апоптоза тканей, а цистеин, кроме того, что является ингибитором иммунных комплексов, участвует в синтезе сульфатированных гликозаминогликанов.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности аминокислотного состава плазмы крови у пациенток с пролапсом тазовых органов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ историй болезни 65 пациенток, находившихся на лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» за период 2020–2021 гг., в результате чего было установлено частое сочетание пролапса тазовых органов с такими заболеваниями и состояниями, как ревматоидный артрит, остеоартроз крупных суставов, варикозное расширение вен нижних конечностей, что подтвердило теорию системной дисплазии соединительной ткани как ведущей причины пролапсов тазовых органов.

На втором этапе были отобраны 15 образцов плазмы крови у пациенток с установленным диагнозом пролапс органов малого таза 2,3 и 4 степени по шкале POP-Q за период апрель-май 2022 г. и 10 образцов плазмы крови пациенток без данной патологии.

Определение аминокислотного состава плазмы крови выполнялось методом обращенно-фазной высокоэффективной жидкостной хроматографии с предколоночной дериватизацией о-фталевым альдегидом и 3-меркаптопропионовой кислотой и детектированием по флуоресценции.

Данные обрабатывались непараметрическими методами программы Statistica 10.0 и представлены в виде медианы, 25% и 75% квартилей.

Пациентки были объединены в группы: группу 1 (Г1) составили 5 пациенток с 2 степенью пролапса тазовых органов, в группу 2 (Г2) вошли 10 пациенток с 3 и 4 степенью пролапса тазовых органов и контрольная группа (КГ) из 10 образцов плазмы крови пациенток без данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Аминокислоты, по содержанию которых были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$), у пациенток с установленным диагнозом

пролапс тазовых органов и в контрольной группе представлены далее.

Получены следующие результаты количественного состава свободных аминокислот плазмы крови: аспарагин (ASP) в КГ – 70,22 (59,68;82,61), в группе с установленным диагнозом ПТО – 26,4 (21,96;30,52) (p=0,0018); глутатион (GSH) в КГ – 34,28 (21,1;40,32), в группе с установленным диагнозом ПТО – 25,09 (23,03;27,18) (p=0,035); серин (SER) в КГ – 115,32 (98,02;135,6), в группе с установленным диагнозом ПТО – 197,98 (172,24;243,99) (p=0,05); глутамин (GLN) в КГ – 578,24 (491,5;680,28), в группе с установленным диагнозом ПТО – 1170,38 (1002,33;1253,41) (p=0,001); гистидин (HIS) – 87,43 (74,31;102,85), в группе с установленным диагнозом ПТО – 125,37 (117,28;143,39) (p=0,0579); аргинин (ARG) в КГ – 65,75 (55,88;77,35), в группе с установленным диагнозом ПТО – 164,22 (143,89;178,37) (p=0,000091); пролин (PRO) в КГ – 112,43 (95,56;132,27), в группе с установленным диагнозом ПТО – 240,75 (200,12;255,34) (p=0,000824); гидроксипролин (HPRO) в КГ – 14,54 (12,35;17,1), в группе с установленным диагнозом ПТО – 12,7 (9,51;15,4) (p=0,0481); лизин (LYS) в КГ – 250,43 (212,86;294,62), в группе с установленным диагнозом ПТО – 327,11 (282,95;353,39) (p=0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Детальный качественный анализ показал, что ряд аминокислот (пролин и лизин), которые принимают участие в синтезе проколлагена, значительно увеличиваются у женщин, с установленным пролапсом органов малого таза. При этом тенденции к нарастанию значений, в зависимости от степени выпадения, установлено не было.

При оценке результатов было также выявлено нарастание уровня гидроксипролина, увеличение его уровня в плазме крови, свидетельствует о гиперкатаболизме коллагена в тканях.

Установлено увеличение концентрации серина и аспарагин, что свидетельствует о снижении синтеза гликозаминогликанов, приводящее к деградации основного вещества. Данную закономерность можно считать одним из маркеров пролапса тазовых органов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДЕФЕКТОМ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Курцер М.А., Егикян Н.М., Савельева Н.А., Кутакова Ю.Ю.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Современная тенденция к увеличению частоты кесарева сечения порождает проблему отдалённых послеоперационных осложений, одним из которых является дефект рубца на матке (с формированием ниши или без таковой). Зачастую пациенткам с таким диагнозом на предгравидарном этапе предлагают необоснованные оперативные вмешательства, либо наоборот, отказываются от их проведении, что сказывается на возможности наступления новой беременности.

ЦЕЛЬ

Разработать персонифицированную предгравидарную тактику ведения пациенток с нишей рубца на матке после кесарева сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Многоцентровое исследование, включающее 313 пациенток, обратившихся в клинические госпитали ГК «Мать и дитя» с 2018 по 2022 на этапе предгравидарной подготовки (планирование беременности естественным путем и путем программы ВРТ) Обследование включало в себя: сбор анамнеза, выполнение контрастной соногистерографии органов малого таза (СГГ) на 5–9 день м.ц, магнитно-резонансной томографии органов (МРТ) малого таза на 5–9 день м.ц. Статистическое исследование было выполнено с помощью программы IBM SPSS Statistics v22 (IBM Corp., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предложена бальная шкала оценки выраженности ниши. Ключевыми показателями, определяющими тактику ведения пациенток являются: клинические жалобы (вторичное бесплодие, аномальное маточное кровотечение), толщина резидуального миометрия и объем ниши. Согласно данной шкале, пациентки были классифицированы на 3 группы: I группа – оперативное вмешательство на предгра-

видарном этапе не рекомендовано, 175/313 (55,9%), II группа – рекомендовано проведение гистероскопической метропластики, 58/313 (18,5%), III группа – рекомендовано проведение лапароскопической метропластики, 80/313 (25,6%). Наблюдался высокий уровень соответствия между данными СГГ и МРТ: коэффициент конкордации Кендалла $\tau = 0{,}9380$, $Z=20{,}17$, $p<0{,}001$(95% ДИ 0,919; 0,952); чувствительность метода СГГ по сравнению с МРТ составила 83,25% (95% ДИ 77,60%; 87,71%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная шкала оценки выраженности ниши помогает клиницисту выбрать оптимальную тактику ведения пациентки с нишей рубца на макте после кесарева сечения на предгравидарном этапе, исключить выполнение необоснованных хирургических вмешательств и минимизировать перинатальные риски.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНЪЕКЦИЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Лещенко О.Я., Базяева М.А., Беленькая Л.В.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»
Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Мочеполовой синдром менопаузы, вульвовагинальная атрофия, ухудшает качество жизни женщин в постменопаузе, вызывая сухость, боль, зуд, снижение сексуальной активности. Существует обоснование для изучения эффективности вульвовагинальной биоревитализации методами, аналогичными внутрикожной биоревитализации (местное применение аутоплазмы и гиалуроновой кислоты).

ЦЕЛЬ

Провести оценку эффективности биоревитализации гиалуроновой кислотой у женщин в пременопаузе и постменопаузе с вульвовагинальной атрофией на качество жизни, вагинальные симптомы и сексуальную активность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 22 женщины в возрасте от 40 до 65 лет, испытывающие сухость влагалища, атрофию слизистой оболочки влагалища и вульвы, подтвержденную кольпоскопией, вагиноскопией и визуальным осмотром (истончение или сглаженность влагалища, бледность и петехии слизистой оболочки, болезненность при осмотре и др.), а также другие симптомы, включая диспареунию. Мочеполовые инфекции, пролапс тазовых органов за пределы гимена, вульводиния или хроническая вульварная боль, связанная с дерматитом или дистрофией вульвы, вирусные поражения, включая папилломавирусную инфекцию высокого онкогенного риска, положительный тест по Папаниколау, менопаузальная гормональная терапия и любое местное лечение,направленное на купирование вульвовагинальных симптомов были критериями исключения. После скрининга все женщины предоставили письменное информированноесогласие на анонимный сбор их данных перед первым сеансом вульвовагинальной биоревитализации. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека». Биоревитализация проводилась препаратами на основе гиалуроновой кислоты 1–2 мл за сеанс, протокол состоял из 3 процедур с перерывом в 1 месяц. Глубина введения инъекции была около 3 мм, игла предварительно наполненного шприца была 30G и вводилась под углом 30–45 градусов, инъекции выполнялась линейной ретроградной техникой в больших половых губах с помощью техники микропапул на малых половых губах, входе во влагалище и вокруг клитора (0,1 мл и расстоянием 0,5–1 см). В качестве биоревитализанта использовали гиалуронат натрия с общим содержанием гиалуроновой кислоты 18 мг/мл с молекулярным весом 1000 кДа в комплектации стерильный шприц 1,1 мл в комплекте с упорами 2 стерильными играми 30G, 13 мм. За 30 минут до процедуры на наружные половые органы наносили анестезирующий крем, содержащий прилокаин и лидокаин 2.5 г +2.5 г/ 100 мг. Все пациентки были опрошены с помощью демографических и анамнестических валидизированных анкет, включая визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), SF12, FSFI и оценку индекса вульвовагинального здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все женщины испытали быстрое улучшение симптомов уже после первой процедуры биоревитализации по сравнению с исходным уровнем (суммарная оценка негативных симптомов уменьшилась с 53% до 42%), с особым упором на уменьшение зуда, болезненности и сухости (оценка симптомов -53%). По окончании периода наблюдения показатели диспареунии и сухости влагалища снизились на 60%. После трех процедур биоревитализации медианный показатель шкалы женской сексуальности FSFI показал значительное увеличение до 28, что соответствует улучшению на 35% (P = 0,040). При рассмотрении общего балла по ВАШ, рассчитанного с использованием всех ответов в каждый момент времени (три визита оценки после каждой процедуры биоревитализации и далее через 3 месяца после последней процедуры), медианный балл по ВАШ значительно снизился с 23,0 (среднее = 22,6; SD = 14,4) до 5,0 (среднее = 13,0; SD = 10,8) через 1 месяц после 3 процедуры лечения (P = 0,038) и до 5,0 (среднее значение = 11,2; SD = 9,2) через 3 месяца после окончания лечения (P = 0,015). Никаких осложнений протокола биоревитализации не наблюдалось за все время исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Биоревитализация препаратами на основе гиалуроновой кислоты — офисная, безопасная, быстрая, относительно недорогая и технически несложная процедура, эффективная при вульвовагинальной атрофии. Это исследование является пилотным для дальнейшего изучения различных методик и препаратов для биоревитализации в лечении вульвовагинальной атрофии в пери – и постменопаузе.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Линева О.И., Казакова А.В., Рустянова Д.Р.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России
Самара

АКТУАЛЬНОСТЬ

Охрана репродуктивного здоровья юного населения в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики России. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях характеризуется тенденцией к замедлению темпов физического развития, а также к значительному увеличению заболеваний, характеризующихся хроническим и рецидивирующим течением. По данным различных исследователей, частота дисменореи колеблется от 43 до 90%. Известно, что первичная дисменорея является наиболее частой причиной пропуска занятий школьницами и сопровождается развитием эмоционально-психических, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных нарушений.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования является оценка эффективности применения персонализированной терапии первичной дисменореи с акцентом на реализацию концепции «4П» медицины будущего.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое исследование у 60 девушек в возрасте 15–17 лет с первичной дисменореей II-III степени тяжести. Обследование включало общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые методы исследования, определение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, эстрадиола, прогестерона и кортизола, регламентированные приказами Минздрава России. Для оценки психосоматического статуса использовали следующие тесты: шкалу самооценки Спилбергера в модификации Ю. Ханина с целью определения состояния реактивной и личностной тревожности; шкалу MFI-20 для субъективной оценки астении; тест Бека для оценки уровня депрессии и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) боли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После исключения заболеваний, приводящих к развитию вторичной дисменореи, 60 обследованных пациенток, подобранных по принципу «копи-пара», были разделены на 3 группы: 1-я группа (20 человек) получали НПВС, спазмолитики и ге-

стагены во вторую фазу цикла; 2-я группа (20 человек) дополнительно к стандартной медикаментозной терапии в целях снижения дозы НПВС пациенткам назначали физиотерапевтические методы (эндоназальный электрофорез с новокаином, гальванизация воротниковой зоны по А.Е. Щербаку, иглорефлексотерапия); 3 группа (20 человек) в связи с плохой переносимостью НПВС получали комплексную биорегуляционную терапию антигомотоксическими препаратами по методике И.В. Тираспольского. При сравнении эффективности терапии через 3 месяца во всех группах исчез болевой синдром, улучшилось общее самочувствие (ВАШ боли в 1 группе равен 2,1 ± 0,3; во 2 группе -2,3 ± 0,4; в 3 группе – 2,7 ± 0,2, что статистически достоверно выше, чем в других группах сравнения). Что касается личностной и реактивной тревожности, уровня астении и депрессивных проявлений, то антигомотоксические препараты были более эффективны (шкала MFI – 20 – 5,3 ± 1,5; тест Спилбергера –Ханина – 26,5±1,6; Тест Бека – 7,2 ± 2,1; Вегетативная шкала – 10,3 ± 1,6, что в 1,5 – 2 раза ниже данных показателей в 1 и 2 группах).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное нами исследование подтверждает необходимость подбора индивидуальной персонализированной терапии с учетом клинических протоколов, специфики личности каждой пациентки и разнообразия клинических проявлений заболевания, а также партисипативности и вовлечении девушек-подростков в заботу о собственном здоровье, что полностью соответствует концепции «4П» медицины будущего.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ РАННИХ СРОКОВ В АНАМНЕЗЕ

Лисицкая Я.А., Бойко Е.Л., Сотникова Н.Ю., Воронин Д.Н.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Невынашивание беременности является актуальной медицинской и социальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения, ее частота на протяжении нескольких лет составляет 20% от всех желанных беременностей и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и эффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. Роль инфекционных заболеваний генитального тракта в генезе невынашивания беременности не вызывает сомнений. По данным литературы, 60% пациенток с невынашиванием беременности, в полости матки, цервикальном канале и влагалище обнаруживалась смешанная бактериальная инфекция, представленная условно-патогенными микроорганизмами. Неблагоприятное влияние на рецептивность эндометрия и исход беременности обусловливает миграция патогенных и условно-патогенных бактерий из влагалища в шейку и полость матки, персистенция в эндометрии условно-патогенной и патогенной микрофлоры, что вызывает морфофункциональные нарушения репродуктивной системы с формированием хронического очага воспаления и приводит к последовательному развитию цервицита, децидуита и хориоамнионита. Перенесенные в начале гестации бактериальный вагиноз и аэробный вагинит являются доказанными факторами риска спонтанного выкидыша и преждевременных родов.

ЦЕЛЬ

Оценить состав микроорганизмов биоптата эндометрия у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 40 женщин с неразвивающейся беременностью ранних сроков в анамнезе, которым проведено молекулярно-биологическое исследование пайпель-биоптата эндометрия на 5–7 день менструального цикла методом ПЦР диагностики с применением тест системы «Фемофлор-Скрин» («ДНК-технология», Россия на ДНК-амплификаторе).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст обследованных оставил 32,41± 5,12 года. В 25% случаев имелся отягощенный соматический анамнез, преимущественно заболеваниями мочевыводящих путей и ЖКТ. Среди заболеваний органов репродуктивной системы у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе преобладали ВЗОМТ, ИППП, бесплодие, гиперпролактинемия, миома матки. Средний

возраст начала половой жизни составил 17±1,69 лет, среднее количество половых партнеров к моменту наступления неразвивающейся беременности 2,7±0,9. При анализе данных ПЦР анализа пайпель-биоптата эндометрия выявлены следующие микроорганизмы: Lactobacillus spp. у всех обследованных женщин (100%), но у 23(57,5%) отмечено значимое снижение количества Lactobacillus spp. относительно общей бактериальной массы, Gardnerella vaginalis у 20 женщин (50%), Prevotella bivi у 20(50%), Porphyromonas spp. – 20(50%), Candida spp. у 19(47,5%), Ureaplasma urealyticum – 13(32,5%), Ureaplasma parvum у 13(32,5%), в 3 случаях выявлена Mycoplasma genitalium (7,5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, значимое уменьшение количества лактобактерий в эндометрии женщин относительно общей бактериальной массы, свидетельствует о дисбиотических нарушениях в полости матки различной степени тяжести, что способствует персистенции бактериальной инфекции в эндометрии у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе и требует обязательной санации в прегравидарный период.

СОСТОЯНИЕ АУТОИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Манухина Е.И., Назарова М.С.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Этиопатогенез репродуктивных потерь различен, но до сих пор иммунному фактору отводится небольшое внимание в рамках прегравидарной подготовки и лечению пациенток с потерями беременности в анамнезе. Генетические аномалии, как фактор прерывания беременности, встречаются в 5–13% случаев всех потерь на малом сроке и около 90% приходится на все остальные причины невынашивания, в том числе и иммунные. Антитела класса IgG – составляющая аутоиммунитета женщины, они способны проникать через плацентарный барьер, влиять на деление и дифференцировку клеток, таким образом участвуя в индивидуальном развитии организма плода. Существует понятие эпигенетического иммунного «импринтинга». Плод «наследует» иммунный статус матери, что может приводить в дальнейшем к заболеваниям у ребенка ввиду наличия у нее стойких иммунных нарушений. По данным некоторых авторов около 90% пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе, пороками развития у детей имели отклонения концентраций эмбриотропных аутоантител от референсных значений. Зачастую воспалительные процессы, гормональные нарушения ведут к таким изменениям, длительное течение заболевания формирует стойкие изменения в иммунной системе. Есть данные, что при стойком двукратном повышении или снижении концентраций эмбриотропных аутоантител в 60% случаев исходы беременности неблагоприятные и этиотропная терапия дает наиболее значимые результаты, если лечение проводится под контролем содержания антител, а значительное улучшение показателей является критерием эффективности проводимой терапии.

ЦЕЛЬ

Изучить состояние аутоиммунитета у пациенток с надпочечниковой гиперандрогенией и репродуктивными потерями в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

80 пациенткам ГБУЗ “ГКБ №68” с надпочечниковой гиперандрогенией и ранними репродуктивными потерями в анамнезе был выполнен «ЭЛИП-Тест» – комплексная оценка иммунитета путем определения сывороточного содержания аутоантител методом иммуноферментного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучив полученные данные, мы сформировали 3 группы на основании количественных данных эмбриотропных аутоантител (I – нормоэргические, II – гиперэргические и III – гипоэргические) и по 2 подгруппы на основании патологии (А – метаболический синдром, Б – неклассическая врожденная дисфункция коры надпочечников). Учитывалось состояние эндометрия по данным

пайпель-биопсии. Процент женщин I группы составил 35,2 (28) от общего числа. II группа – 56,4% (45) пациенток, III группа – 8,4% (7). В I группе большую часть заняли женщины с НкВДКН – 69,7% (19), а 30,3% (9) – женщины с МС. Группа IIА составила 65,2% (29), а IIБ – 34,8% (16) женщин. 75,3% (5) пациенток с МС оказалось в III группе, с НкВДКН – 24,7% (2). Выявлено, что наибольший процент среди нормоэргических занимают женщины с НкВДКН без хронического эндометрита. Пациенток с гипоэргической реакцией не так много, но среди них практически все оказались с МС и хроническим эндометритом. IIА группу составили пациентки без хронического эндометрита, то есть гиперэргическая реакция – результат обменных нарушений в организме. В IIБ группе женщины с хроническим эндометритом, но более молодым возрастом, по сравнению с группой IIIБ, что говорит о корреляции с длительностью течения воспалительных заболеваний. Исходя из полученных данных комплексной оценки иммунитета видно, что нормоэргические пациентки с диагнозами МС и НкВДКН составили 1/3 от общего числа исследуемых и, важно заметить, что у большей их части хронический эндометрит не был обнаружен, в то время как оставшейся 2/3 требуется коррекция выявленных изменений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прегравидарная подготовка у пациенток с надпочечниковой гиперандрогенией и ранними репродуктивными потерями в анамнезе обязательно должна включать комплексную оценку аутоиммунитета для выявления отклонений в иммунном звене и их своевременной коррекции у таких женщин с целью уменьшения репродуктивных неудач.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В СТРУКТУРЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Матейкович Е.А., Семенова Е.Ю., Братова О.В.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации», ГБОЗ ТО «Родильный дом №3», г. Тюмень

Тюмень

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внематочная беременность встречается в 0,6–2,1% всех беременностей. 95% внематочных беременностей имеют трубное происхождение, а 80% из них происходят в ампуле. В развитых странах внематочная беременность составляет от 2,7 до 5% случаев материнской смертности и является ее основной причиной в первом триместре беременности.

ЦЕЛЬ

Выявление зависимости сохранения репродуктивной функции, наличия осложнений, степени кровопотери от вида оперативных вмешательств, проводимых при внематочной беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное когортное исследование, в ходе которого изучено 295 историй болезней беременных с диагнозом внематочная беременность в возрасте от 18 до 40 лет за 2019 – 2021 год на базе гинекологического отделения в ГБУЗ ТО «Родильный дом №3». Изучали отягощённость акушерско-гинекологического анамнеза; определяли методы оперативного доступа, осложнения, степень кровопотери, количество койко-дней, оценивали сохранность репродуктивной функции. Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы $p < 0,05$. Критериями исключения из исследования являлись женщины с сопутствующим диагнозом миома матки, нарушения менструального цикла и экстрагенитальные патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первую группу составили 54 (18%) женщин с выполненной органосохраняющей операцией, средний возраст которых 30 лет. Для 11% женщин данная беременность была первой, 74% исследуемых имели отягощенный акушерский и 15% пациенток не имели осложнений при предыдущих беременностях и родах. Структура отягощённого акушерского анамнеза в 1 группе: повторная внематочная беременность (30%), ИППП (18%), выкидыши и аборты (53%). Вторую группу составили 159 (54%) женщин, которым была проведена тубэктомия, средний возраст пациенток 30 лет. 23% женщин забеременели впервые, 77% пациенток имели отягощенный акушерский анамнез: повторная

внематочная беременность на фоне воспалительных заболеваний женских половых органов (31%), аборты и выкидыши (69%).

При выполнении органосохраняющей операции объём кровопотери в среднем составляет 94 мл – минимальная степень кровопотери. Средний объём кровопотери при проведении тубэктомий 163 мл.

Средняя продолжительность койко-дней в гинекологическом стационаре у пациенток первой группы составила 4 дня, во второй группе 6 дней.

Во первой группе 48% женщин планируют беременность и 19% пациенток беременны в настоящий момент.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие в акушерском анамнезе эктопической беременности, воспалительных заболеваний женских половых органов, ИППП является фактором риска возникновения внематочной беременности. Средний объём кровопотери при проведении тубэктомии вдвое больше, чем при проведении милкинга. Риск возникновения осложнений выше при радикальной операции (тубэктомии). Доминирующие осложнения: повторная внематочная беременность, послеоперационные спайки, нарушения менструального цикла. Сохранность репродуктивной функции выше после проведения органосохраняющей операции за счет отсутствия послеоперационных осложнений, сохранения проходимости маточных труб. Значимым для выбора варианта хирургического вмешательства у женщин с внематочной беременностью является расположение плодного яйца в ампулярном отделе маточной трубы и проходимость маточных труб.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ NT-PROBNP И ЭТ-1 У ЖЕНЩИН В СОСТОЯНИИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ

Милош Т.С., Шулика В.Р.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нет сомнений, что естественная и хирургическая менопауза (МП) сопряжены с развитием сердечно-сосудистых (СС) катастроф, причем общая смертность женщин с удаленной маткой и придатками на 20% выше, чем при сохранных яичниках. Раннее выполненение аднексэктомии повышает частоту СС патологии. Гипоэстрогения в период МП является независимым фактором риска СС заболеваний, характеризуясь при тяжелом климактерическом синдроме (КС) выраженной гипертрофией левого желудочка, метаболическими сдвигами, злокачественной артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Известно, что лучшим маркером ранней кардиальной дисфункции является мозговой натрийуретический пептид (BNP), при этом у женщин в первые годы МП отмечается рост числа СС расстройств на фоне гипогонадизма, обусловленный эндотелиальной дисфункцией.

Хотя выполнены многочисленные исследования в нашей стране и за рубежом, но нет единого алгоритма диагностики и профилактики СС патологии у женщин с гипоэстрогенией. Необходимо продолжение дальнейших исследований в этом направлении.

ЦЕЛЬ

Исследование уровня NT-proBNP и эндотелина-1 у женщин в состоянии естественной и хирургической менопаузы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 90 женщин перименопаузального возраста, разделенных на три группы: I группа (30 женщин) с удалением яичников (УЯ) – возраст 44–57 лет, в анамнезе тотальная аднексэктомия (ТА) с гистерэктомией либо изолированное УЯ, длительность МП – давность операции от 1 года до 5 лет; наличие климактерических симптомов (КС).

II группа обследования (30 женщин) – естественная менопауза (ЕМ): возраст 44–57 лет, аменорея 1 год и более, наличие КС, длительность МП – от 1 года до 5 лет, наличие КС.

Контрольная группа – 30 женщин: возраст 43–55 лет, наличие менструаций, их средний возраст – 46 (44;50) лет, возрастная перестройка протекала без осложнений.

Критерии исключения из исследования: АГ 3-й степени по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 (уровень сАД⩾180 мм рт. ст. и/или дАД ⩾110 мм рт.ст.), симптоматическая АГ, ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, периферических артерий, сердечная недостаточность; бронхиальная астма и тяжелые заболевания легких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью; печеночная и почечная недостаточность; сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, протекающие с нарушениями ее функции; мигрень, эпилепсия, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

Оценены в плазме крови ранняя кардиальная дисфункция по концентрации концевого фрагмента пептида-предшественника BNP (NT-proBNP) и дисфункция эндотелия кровеносных сосудов по уровню эндотелина (ЭТ-1) методом иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе SUNRISE TECAN, Австрия.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди женщин с ТА возраст проведения операции составил 49,1±3,1 года, во II группе возраст наступления МП – 49,2±3,3 лет, наличие климактерических симптомов (КС).

Образцы крови были взяты у женщин с ЕМ в разгар клинических симптомов и у пациенток с УЯ спустя 6 месяцев после операции.

Отмечено, что уровень NT-proBNP среди участниц с ЕМ увеличился на 37% (p=0,0034**) в сравнении с контрольными пациентками и был в 8,7 раз выше (p<0,001) в сравнении с женщинами с хирургической МП. Показатель NT-proBNP у женщин с длительностью постменопаузы более 1–5 лет был достоверно выше, чем у прооперированных пациенток с ранней постменопаузой.

Установлено, что показатель ЭТ-1 у пациенток с ТА был на 4,7% выше (p=0,0089**) в сравнении с контрольными и имелась тенденция к возрастанию в сравнении с женщинами с ЕМ. При этом у участниц с ЕМ значение ЭТ-1 выше на 3,2% (p=0,009**) в сравнении с интактными пациентками.

Выявлено, что у женщин с УЯ уровень ЭТ-1 положительно коррелировал с NT-proBNP (p<0,001, r=0,605**), указывая на зависимость средней силы между этими показателями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, установлены изменения кардиальной и эндотелиальной дисфункции женщин с различными типами менопаузы: рост показателя эндотелина-1 наиболее значимо среди пациенток с тотальной аднексэктомией в сравнении с участницами с естественной менопаузой. Обнаружено у пациенток с физиологической менопаузой повышение уровня NT-proBNP с увеличением продолжительности менопаузы, но независимый характер этой связи не подтвержден. Климактерические расстройства сопряжены с кардиальной и эндотелиальной дисфункцией у женщин с различными типами менопаузы. Поэтому важно совместное многопрофильное ведение пациенток в климактерии, чтобы обеспечить им индивидуальную профилактику сердечно-сосудистых нарушений в этот период.

Благодарности – при поддержке гранта БРФФИ №М21–158 от 01.07.2021.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Миралиев Ф.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерство и гинекологии Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре гинекологической патологии гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) составляют 15–40%. По данным обращаемости частота гиперплазии эндометрия (ГЭ) варьирует в зависимости от ее формы и возраста женщины от 10 до 30%, существенно увеличиваясь к периоду возрастных гормональных перестроек.

ЦЕЛЬ

Изучение сывороточного уровней провоспалительных цитокинов у пациенток с АМК в сочета-

нии с неатипическими гиперпластическими процессами эндометрия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всем пациенткам при поступлении в стационар была выполнена гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием и последующим гистологическим исследованием соскобов слизистой полости матки и цервикального канала. Показаниями к их выполнению являлись аномальные маточные кровотечения, а также подозрение на патологию эндометрия по данным ультразвукового сканирования. На основании данных гистологического исследования ткани эндометрия все пациенткисоставили группу из63 женщин с АМК в сочетании с ПГЭ без атипии. Контрольную группу составили25 условно здоровых женщин. Иммунологические данные обрабатывали по принципу нормального распределенияс использованием критерия Стьюдента, рассчитывали среднее арифметическое значение и его стандартную ошибку.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показали результаты проведенного исследования цитокинового статуса, у пациенток с аномальным маточным кровотечениемс ПГЭ без атипии имели изменения в содержании провоспалительных цитокинов.

Анализ содержания провоспалительных цитокинов в периферической кровипоказал: у пациенток с аномальным маточным кровотечением в сочетание с простой гиперплазией эндометрия без атипии отмечается статистически значимое увеличение уровней ФНО-α, ИЛ-2, ИЛ-6, ИФН-γ и IL-1β в сыворотке крови по сравнению с данными контрольной группы. Так, у женщин с АМК с ПГЭ без атипии отмечено статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение концентрации в сыворотке крови ФНО-α – 4,22±0,15 пг/мл по сравнению с таковым в контрольной группе – 1,11 ± 0,11 пг/мл. Уровень ИФН-γ у женщин этой группы составил 9,47±0.27 пг/мл против 2,11 ± 0,06 пг/мл контрольной группы и $p < 0,05$. Содержание в сыворотке крови ИЛ-2 у женщин, страдающих АМК с ПГЭ составило 29.89±1.00 пг/мл против данных контрольной группы – 8,12±0.32 пг/мл. Уровень ИЛ-6 в контрольной группе составил 1,69±0,14 пг/мл, а в группе женщин с ПГЭ без атипии – 7,09±0,42пг/мл и $p < 0,05$. Содержание IL-1β в крови женщин контрольной группы составило 4,3±0,38 пг/мл против 6,35±0,32 пг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что иммунные изменения при АМК в сочетании с неатипическими гиперпластическими процессами эндометрия происходят на системном уровне. В связи с этим определение концентрации цитокинов в переферической крови является прогностически значимым для диагностики и контроля эффективности проводимой терапии у данной когорты пациенток. Выявленные нарушения могут свидетельствовать и о локальном воспалительном процессе в слизистой оболочке матки при наличии в ней гиперпластических изменений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗОМ

Мирзоева М.Б., Абдусаттова З.М., Каримова У.А., Юлдошева М.У.

ГОУ «Таджикский государственный Медицинский Университет им. Абуали ибни Сино»
г. Душанбе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Установлено, что хламидийная инфекция может быть частой причиной бесплодия, поскольку она оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье как женщин, так и мужчин. Но и при наступившей беременности, хламидии вызывают серьезный риск внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности.

ЦЕЛЬ

Оптимизация диагностики хламидийной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом в динамике беременности, и поиск адекватных средств медикаментозной коррекции в целях профилактики развития внутриутробной инфекции, начиная со второго триместра беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 40 беременных женщин: 19 первородящих и 21 повторнородящих. Возраст пациенток составил от 20 до 41 года. Все женщины были с ОАГА. Исследование проводилось в динамике, начиная с 16–24 недель беременности. В обследовании пациенток были применены вирусологический, молекулярно-биологические (ПЦР) и серологические (ИФА) методы. В качестве клинического материала у беременных женщин были изучены кровь и урогенитальные соскобы. Для оценки параметров гуморального ответа исследовали сыворотки крови ИФА на наличие специфических анти- антител (АТ) классов IgM и IgG. Определяли также активность антител, которую выражали в титрах, и авидность IgG-АТ, о которой судили по индексу авидности (ИА).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди обследованных беременных отмечалась высокая инфицированность: у 43/74 (58%) женщин была выявлена та или иная урогенитальная инфекция (УГИ) вирусной или бактериальной этиологии. Метод диагностики УГИ – проведение ПЦР с качественной оценкой результата. При подробном изучении анамнеза было обнаружено, что смешанная урогенитальная инфекция была выявлена у 21/74 (28%) беременных женщин. В структуру инфицирования входил целый спектр возбудителей УГИ: ureaplasma urealiticum, micoplasma hominis, toxoplasma gondii, gardnerella vaginalis, candida albicans, human papillomavirus. У 22/74 (30%) беременных женщин был обнаружен единственный возбудитель УГИ: ureaplasma urealiticum – у 15 (20,4%), micoplasma hominis – у 4 (5,4%). При этом жалоб пациентки не предъявляли и клинических признаков инфекции не отмечено. Gardnerella vaginalis обнаружена у 3 (4,2%).

На первом этапе обследования женщин был проведен сравнительный анализ частоты выявления прямых маркеров chlamidia trahomatis. Пациентку считали инфицированной, если маркер бактерии был обнаружен хотя бы в одном изученном клиническом материале. В течение всего периода обследования у 18/74 (24,3%) беременных были выявлены маркеры chlamidia trahomatis. Ни у одной из этих женщин во время обследования не было обнаружено каких-либо клинических проявлений генитального герпеса. При этом ДНК chlamidia trahomatis, была обнаружена у 18/74 (24,3%) беременных. Различия в частоте выявления ДНК ВПГ по сравнению с инфекционно-активным вирусом были статистически значимыми с высокими титрами (1:320). Из числа обследованных беременных IgG-т АТ не были обнаружены у двоих, что указывает на первичное инфицирование.

Изменение концентрации IgG- АТ или выявление АТ с высокими титрами в сыворотках крови при исследовании в динамике сопровождалось выявлением прямых маркеров ВПГ в течение всего обследования у троих беременных. У одной беременной IgG- АТ так и не были обнаружены, несмотря на выявление маркеров ВПГ в течение всего исследования. У 2 (3%) женщин были обнаружены прямые маркеры хламидийной инфекции при первичном исследовании в сочетании с IgM- АТ. У одной из этих женщин беременность закончилась самопроизвольным выкидышем во втором триместре беременности. В третьем триместре беременности впервые маркеры хламидийной инфекции были выявлены у 3 из 74 беременных.

Серологическое исследование показало, что у одной женщины антитела к хламидийной инфекции отсутствовали. При дальнейшем обследовании этой женщины наблюдалось появление низкоавидных (ИА<50) IgG-АТ с низкими титрами 1:20. Это указывает на первичное инфицирование. У 2 женщин произошла реактивация инфекции, при этом у одной женщины были выявлены высокоавидные IgG-АТ с высокими титрами 1:320, у другой титр антител составил 1:20.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, оптимизация диагностики хламидийной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом во время гестации и поиск адекватных средств медикаментозной коррекции в целях профилактики развития у них внутриутробной инфекции, начиная со второго триместра беременности применение противовирусную терапию, имеет медико-социальную значимость в результате положительного воздействия антенатальной иммунокоррекции на формирование иммунитета плода и новорожденного.

ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ МЕТРОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Михаелян Н.С., Брюнин Д.В., Бахвалова А.А., Хохлова И.Д., Джибладзе Т.А., Асамбаева А., Ищенко А.И.

Кафедра Акушерства и Гинекологии №1 ИКМ им. Н.В. Склифосовского

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рост частоты абдоминального родоразрешения обусловил пристальное внимание исследователей к вопросам улучшения качества диагностики и оптимизации хирургического лечения несостоятельности рубцов на матке. В связи с этим, не прекращаются дискуссии по поводу оптимальных оперативных доступов, характера шовного материала, способов метропластики.

Современная высокотехнологическая медицинская помощь содействует решению ряда проблем, поскольку включает в себя применение новых, сложных, ресурсоемких методов лечения, к которым относится роботизированная хирургическая техника, активно использующаяся в клинической больнице №2 Сеченовского университета с 2015 года.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность и безопасность робот-ассистированной хирургии в коррекции несостоятельных рубцов на матке после кесарева сечения у пациенток репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

12 пациенткам репродуктивного возраста (26–35 лет), планирующих очередную беременность и имеющих признаки несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения, выполненного 9 мес.- 6 лет назад, проведено комплексное клиническое обследование и хирургическое лечение с использованием роботической системы daVinci Si и инновационных высокотехнологичных инструментов EndoWrist.

Диагностика базировалась на данных жалоб, анамнеза, клинического обследования, которое включало у всех пациенток эхографию органов малого таза, офисную гистероскопию и МРТ.

Хирургическое лечение проводилось в соответствии с разработанной трехэтапной программой, которую осуществляли в рамках одного оперативного вмешательства.

На первом этапе выполняли дилатацию цервикального канала с последующей фиксацией матки при помощи маточного манипулятора модели Clermont Ferrand с винтообразным и изоэлектрическим наконечником. Во время второго этапа с использованием роботического комплекса daVinci Si идентифицировали и иссекали несостоятельный рубец на передней стенке матки с последующей метропластикой путем наложения двухрядного шва (слизисто-мышечный и мышечно-мышечный) с применением системы закрытия ран V-Loc, характеризующейся отсутствием обратного хода нитей, а затем выполняли перитонизацию. На заключительном (3-этапе) вводили в полость матки антиадгезивный гель трансвагинальным доступом.

Динамический амбулаторный мониторинг проводился через 1–6-12–24-36 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анкетирование пациенток в послеоперационном периоде выявило удовлетворенность результатами хирургического вмешательства, улучшение качества жизни, в следствие, нивелирования патологических симптомов. При контрольной эхографии (1–6-12 мес.) и МРТ (6 мес.) регистрировали нормальную толщину миометрия (8–11 мм) и адекватный кровоток в зоне метропластики.

Во время временной офисной гистероскопии, которую реализовали через 6 мес. после метропластики «ниша» не визуализировалась.

Беременность наступила через 12–21 мес. после реконструктивно-пластической операции на матке и завершилась своевременными оперативными родами у 5 (41,6%) пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексная (эхография, МРТ и офисная гистероскопия) динамическая оценка состояния рубца на матке до- и после реконструктивно-пластической операции способствует улучшению качества диагностики и позволяет прогнозировать репродуктивный потенциал в дальнейшем у пациенток с несостоятельным рубцом на матке после абдоминального родоразрешения в анамнезе. Метропластика, выполненная согласно разработанной хирургической программе, с применением роботического комплекса daVinci Si способствовало улучшению качества жизни у всех обследуемых, наступлению очередной беременности и родов у 41,6% пациенток. Использование роботизированной техники способствовало оптимизация доступа и надежности при работе в ограниченном пространстве малого таза, обеспечило повышенную четкость изображения, улучшение визуализации анатомических структур (рубец на матке, сосуды, нервы, мочеточники, мочевой пузырь и др.) в малом тазу и, в связи с этим, минимальную травматизацию тканей и смежных органов, уменьшение времени операции и рисков послеоперационных осложнений, ускорение послеоперационной реабилитации больных.

РОЛЬ МГТ В ИНИЦИАЦИИ ПЛЕЙОТРОПНОГО (АНТИВОЗРАСТНОГО) ЭФФЕКТА ПОСРЕДСТВОМ ЗАМЕДЛЕНИЯ РЕПЛИКАТИВНОГО КЛЕТОЧНОГО СТАРЕНИЯ У ЖЕНЩИН

Михеев Р.К.[1], Андреева Е.Н.[1,2], Григорян О.Р.[1], Шереметьева Е.В.[1], Абсатарова Ю.С.[1], Ужегова Ж.А.[1], Орлова Я.А.[3]

1. *ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия*
2. *ФГБОУ ВО «Московский Государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России – Москва, Россия*
3. *Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия*

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В молодом возрасте ооциты содержат максимальное количество здоровых митохондрий. Эстроген обеспечивает благоприятное воздействие на ооциты за счет сохранения митохондриальной целостности и поддержания нормального внутриклеточного сигналинга. При старении клетки имеют поврежденные митохондрии. Клетки ооцитов женщин позднего репродуктивного возраста имеют меньше митохондрий, а также больший объём дефектной РНК. Теломеры представляют собой структуры ДНК, состоящие из тандемных повторов последовательности TTAGGG и ассоциированных белков на концах хромосом человека. ДНК теломер поддерживается высокорегулируемым клеточным ферментом – теломеразой. Физиологическое предназначение теломер – сохранение структуры ДНК при высокой репликационной активности.

ЦЕЛЬ

Оценить роль менопаузальной гормональной терапии на показатели длины теломер у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников и физиологической менопаузой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Открытое рандомизированное сравнительное исследование, включившее 62 женщин от 20-ти до 75-ти лет с диагнозом «Гипергонадотропный гипогонадизм». Участники были разделены на 4 группы. 1) В первую группу вошло 13 женщин, принимавших менопаузальную гормональную терапию (МГТ) более 5 лет в дозе эстрогенового компонента 0,25,0.5,1,2 мг. 2) Вторая группа состояла из 17 пациенток с установленным диагнозом: преждевременная недостаточность яичников, также получавших МГТ. 3) Группа контроля 1 включила 16 участниц, возраст которых сопоставим с представителями 1 группы. Менопауза у них наступила естественным путем, МГТ никогда не применялась. 4) Группа контроля 2: 16 здоровых женщин репродуктивного возраста. Относительную длины теломер оценивали на геномной ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени. Всеми пациентами было подписано информированное согласие на участие в исследо-

вании. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России /МНОЦ МГУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя длина теломер (ДТЛ) в первой группе пациенток, получавших МГТ, составила 6,8 кб (SD= 2,1). Во второй группе, получавшей МГТ на фоне преждевременной недостаточности яичников – 10,6 кб (SD= 3,8). Средняя длина теломер (ДТЛ) в группе 3, не принимавших МГТ была значительно ниже (6,0 кб), чем в первых 2 группах, получавших МГТ как без фоновой патологии (6,8 кб), так и на фоне первичной недостаточности яичников (10,6 кб).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Длительный прием МГТ оказывает протективное влияние на показатели длины теломер. Феномены метаболического синдрома (дислипидемия, гипертриглицеридемия), глюкозотоксичности оказывают статистически достоверное отрицательное влияние на длину теломер. Парадоксальная положительная связь между удлинением теломер и Преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ) может быть обусловлена следующими причинами: 1) пациентки с ПНЯ получали МГТ >15 лет; 2) сниженной скорости деления концевых участков теломер фолликулов яичников; 3) феноменом «агонального» повышения уровня эстрогена, наблюдающимся перед истощением овариального резерва; 4) эстроген-обусловленным замедлением скорости деления клеток яичников.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГУМС

Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

ООО «Эстетические техноглогии»
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) выявляют у 50–90% женщин в постменопаузе. В основе ГУМС лежит эстрогендефицит, на фоне которого снижается функциональная активность фибробластов и нарушается синтез коллагена и эластина. ГУМС значимо снижает качество жизни пациенток. Доказана эффективность и безопасность местной эстрогенотерапии, но противопоказания к ней, низкая комплаентность, гормонофобия ограничивают возможности коррекции ВВА. Необходим поиск альтернативных негормональных методов лечения.

ЦЕЛЬ

Выполнить анализ и обобщить полученные к настоящему времени доказательные и экспериментальные данные об эффективности и безопасности микроаблятивной ремоделирующей терапии с помощью CO2-лазера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы выполнили поиск научной литературы в базах данных PubMed, CochraneLibrary, Science Direct, ELibrary по ключевым словам vulvovaginal atrophy/вульвовагинальная атрофия, genitourinary syndrome of menopause /генитоуринарный менопаузальный синдром, treatment/лечение, CO2-laser/CO2-лазер, postmenopausal age/постменопаузальный возраст за 2012–2022 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

«Золотой стандарт» терапии ГУМС — лечение местными формами эстрогенов (уровень доказательств 1А), но у ряда пациенток имеются противопоказания к данному виду терапии. В качестве экспериментальных предложены аутоплазменная терапия и введение гиалуроновой кислоты, но их эффективность и безопасность не доказаны. Разнообразие методик косвенно подтверждает отсутствие универсального альтернативного метода лечения. Поиск альтернативных путей демонстрирует необходимость использования как негормональных препаратов, так и аппаратных методов, что особенно важно для женщин, которые имеют низкую комплаентность к медикаментозному лечению, имеют противопоказания к гормонотерапии.

Один из перспективных аппаратных методов коррекции признаков ВВА — микроаблятивная ремоделирующая терапии с помощью CO2-лазера. В результате воздействия тепловой энергии усиливается активность фибробластов, что способствует образованию новых коллагеновых и эластиновых волокон, регенерации внеклеточного матрикса и пролиферации сосудов. В литерату-

ре описаны клинические эффекты CO2-лазера при использовании в гинекологии: улучшаются объективные показатели вагинального здоровья, уменьшается симптоматика ГУМС. Однако подтверждения эффективности и безопасности такой терапии, полученного в исследованиях высокого качества в настоящее время нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ литературы относительно подходов к ведению женщин с ГУМС подтвердил отсутствие хорошо изученного «идеального» альтернативного метода лечения. Микроаблятивная ремоделирующая терапия с помощью CO2-лазера может улучшить состояние слизистой оболочки влагалища за счет регенерации тканей, купировать симптомы ГУМС, однако требуется дальнейшее изучение ее эффективности и безопасности в исследованиях высокого качества.

ФАКТОРЫ РИСКА И МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА

Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

ООО «Эстетические технологии»

Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Триггером ГУМС выступает дефицит эстрогенов, возникающий в связи со снижением и прекращением эстроген-синтезирующей функции яичников. В настоящее время изучают другие механизмы, влияющие на прогрессирование ГУМС, что позволит разработать альтернативные методы лечения, главным образом негормональные. Важно отметить, что понятия ГУМС и «вульвовагинальная атрофия» не тождественны: атрофический вагинит представляет собой часть более масштабных патологических изменений при ГУМС, к которым относят не только клинические проявления атрофии вульвовагинальной области, но и нарушения анатомо-функционального состояния мочевыводящих путей. Точных данных о заболеваемости ВВА нет. Это связано с тем, что пациентки с деликатными жалобами редко обращаются за медицинской помощью, а свое состояние считают естественным для процесса старения. Тем не менее, известно, что ВВА поражает большинство женщин в постменопаузе (от 50% до почти 90%), кроме того, характерные симптомы могут появиться за несколько лет до менопаузы. Клиника ВВА может манифестировать с распространенностью до 19% среди женщин 40–45 лет. В литературе наиболее полно описан механизм развития ВВА и ГУМС, связанный с депривацией эстрогенов. Значение потери эстрогенов как триггера всех последующих изменений в урогенитальной области безоговорочно доказано, но исследователи продолжают поиск дополнительных факторов патогенеза, которые могут независимо от гипоэстрогенного фона инициировать, усугублять или купировать симптомы ГУМС.

ЦЕЛЬ

Выполнить анализ и обобщить полученные к настоящему времени доказательные и экспериментальные данные о факторах риска и механизмах патогенеза ГУМС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был выполнен поиск научных публикаций в базах данных CochraneLibrary, Science Direct, PubMed, ELibrary по ключевым словам vulvovaginal atrophy/вульвовагинальная атрофия, genitourinary syndrome of menopause /генитоуринарный менопаузальный синдром, pathogenesis/патогенез, risk factors/факторы риска, postmenopausal age/постменопаузальный возраст за 2012–2022 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Очевидно, дополнительные звенья патогенеза требует дальнейшего изучения, для поиска альтернативного лечения пациенток с ВВА, избегающих гормональной терапии или имеющих противопоказания к ней. В настоящее время среди методов лечения ГУМС доказана эффективность локальной эстрогенотерапии (уровень доказательности 1А); а в качестве экспериментальных способов описаны лечение аутоплазмой и инъекции гиалуроновой кислоты, но их эффективность и безопасность до конца не изучена. Разнообразие методик косвенно подтверждает тот факт, что к настояще-

му времени не разработан идеальный, универсальный альтернативный способ лечения ГУМС. Один из перспективных альтернативных методов купирования симптомов ГУМС — микроаблятивная ремоделирующая терапии с помощью CO2-лазера. В литературе описано положительное влияние на регенерацию эпителия нижних половых путей и внеклеточного маткрикса, коллагеновых структур, на активацию фибробластов и, как результат, на образование новых коллагеновых и эластиновых волокон, что позволяет преодолеть симптомы. Однако безопасность и эффективность такого лечения требует подтверждения в исследованиях высокого качества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В отсутствие терапии для ГУМС характерно прогрессирующее течение. Среди факторов риска особое значение имеют длительность менопаузы, низкий социально-образовательный статус, наличие хронических соматических заболеваний, курение и злоупотребление спиртным, ятрогенные причины (химио-, лучевая и гормональная терапия ЗНО; операции на яичниках). Основной механизм патогенеза ГУМС связан с гипоэстрогенией и эстрогенной депривацией, что запускает каскад изменений в эпителии урогенитального тракта, в подслизистых структурах, снижение кровотока, изменение микробиоты вагинальной среды; дисбаланс мышц тазового дна. Можно предположить дополнительное влияние на развитие симптомов ГУМС ряда других факторов патогенеза — роль кишечной микробиоты, усиление процессов перекисного окисления липидов и снижение защитной роли антиоксидантной системы; влияния дисбаланса андрогенов. Разнообразие методик лечения ГУМС косвенно подтверждает, что пока не разработан идеальный, универсальный альтернативный способ. Микроаблятивная ремоделирующая терапии с помощью CO2-лазера достаточно перспективна для купирования симптомов ГУМС, но необходимо исследование ее эффективности и безопасности в исследованиях высокого качества.

МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Оразов М.Р., Михалева Л.М., Пойманова О.Ф.

ГБУЗ ММКЦ Коммунарка ДЗМ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность эндометриальных полипов(ЭП) по данным литературы, в среднем составляет 7,8%, при этом отмечен рост заболеваемости с увеличением возраста. В 1–3% наблюдений ЭП становится причиной рака эндометрия с повышением риска малигнизации в постменопаузе до 4,9%. ЭП служит одной из наиболее частых причин аномального маточного кровотечения у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. Помимо кровотечения ЭП в репродуктивном возрасте клинически может манифестировать невынашиванием, бесплодием, а также тазовой болью. Однако большинство пациенток (до 82%), у которых ЭП подтвержден гистологически, никаких жалоб не предъявляют.

Отличительной особенностью ЭП считают высокую частоту рецидивирования, что обусловливает необходимость повторных хирургических вмешательств, которые, в свою очередь, снижают качество жизни, ассоциированы с повреждением эндометрия и последующим формированием синехий у женщин репродуктивного возраста. У части пациенток (до 25%) ЭП могут спонтанно регрессировать в течение 1 года наблюдения. Однако, по данным M. Wong и соавт. (2017 г.), полная регрессия полипов без лечения в течение среднего периода наблюдения 28 мес (от 9 до 56 мес) подтверждена только у 7/112 (6,3%) женщин. Авторы отметили тенденцию к спонтанной регрессии полипов у пациенток в пременопаузе, но отличия не достигли статистической значимости.

Несмотря на многие годы изучения этого патологического состояния, его механизмы до конца не раскрыты, что затрудняет диагностику ЭП и делает невозможной таргентную терапию.

ЦЕЛЬ

Целью нашей работы было проанализировать и обобщить накопленные к настоящему времени научные данные о механизмах патогенеза ЭП у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен поиск научных публикаций в базах данных Cochrane Library, ScienceDirect, PubMed (MEDLINE), eLIBRARY по ключевым словам за 2012–2022 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Формирование ЭП может быть опосредовано эстрогензависимыми и неэстрогензависимыми механизмами, при этом патогенез развития ЭП связан с одним из этих механизмов или с ними обоими. Важную патогенетическую роль в формировании ЭП сегодня отводят дисгормональному, генетическому, инфекционно-воспалительному, иммунному факторам, а также неоангиогенезу. В том или ином сочетании перечисленные механизмы препятствуют нормальным циклическим изменениям эндометрия в течение менструального цикла, нарушают баланс и динамику процессов пролиферации и апоптоза, ангиогенеза.

Очевидно, что формированию ЭП и его рецидиву предшествует период сохраняющегося дисбаланса между пролиферацией и апоптозом – процессами, которые динамично регулируют циклические изменения эндометрия в течение менструального цикла. В связи с этим наиболее популярной теорией патогенеза ЭП считают избыточную эстрогеновую стимуляцию (в результате гиперэстрогенемии и/или усиленной рецепции гормона) при сниженной чувствительности рецепторов к прогестерону в полипах. Повышение эстрогеновых влияний влечет за собой нарушение процессов циклического апоптоза в эндометрии во время менструального цикла и повышение риска гиперпролиферативных процессов, в том числе риска развития ЭП. ЭП содержат как эстрогеновые (ER), так и прогестероновые (PR) рецепторы, причем экспрессия и тех, и других в железистых клетках полипов по сравнению с нормальным эндометрием возрастает, а в стромальных клетках, напротив, снижается. Механизмы, определяющие характер течения ЭП (клинически выраженное или бессимптомное) малоизучены и противоречивы: в литературе описана возможная связь аномального маточного кровотечения с хроническим воспалением, тромбозами, ишемическим некрозом капилляров, микроэрозиями, а также с патологическим неоангиогенезом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность ЭП зависит от изучаемой популяции, а рост заболеваемости и малигнизации коррелирует с увеличением возраста. Для полипов характерна высокая вероятность рецидивирования, но у небольшого числа пациенток ЭП спонтанно регрессируют. ЭП служат одной из наиболее частых причин аномального маточного кровотечения у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста, но у большинства пациенток протекают бессимптомно. В патогенезе полипов, вероятнее всего, задействован не один, а несколько механизмов, как эстроген-опосредованных (гиперэстрогения, в том числе на фоне нарушенной рецепции и дефицита прогестерона), так и негормональных (воспалительных, иммунных, генетических факторов, неоангиогенеза). В настоящее время к важнейшим патогенетическим факторам развития ЭП относят избыточную эстрогеновую стимуляцию, воспаление, неоангиогенез, иммунный дисбаланс.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Рамазанова Л.Л., Ахметвалиева Р.А., Горбачева О.В.

АО АВА КАЗАНЬ

Казань

АКТУАЛЬНОСТЬ

Раннее выявление гинекологических заболеваний на доклинических стадиях у женщин трудоспособного возраста при комбинированном физикальном и инструментальном осмотре.

ЦЕЛЬ

Оценить целесообразность включения исследования органов малого таза в медосмотры работающих женщин без наличия жалоб и клинических проявлений заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе поликлиники Медико-санитарной части Казанского Федерального университета в 2021 году проводился медицинский профилактический осмотр сотрудниц Медико-санитарной части Казанского Федерального университета, Казанского Федерального университета и министерства образования Республики Татарстан. На данное исследование пациентки направлялись после приема гинеколога. Исследования проводились на аппарате SonoScape SSI 8000 Exp внутриполостным датчиком с частотой 5–9 МГц и конвексным датчиком с частотой 3–4,5 МГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами исследовано 280 пациенток в возрасте от 23–75 лет. По результатам, полученным нами, пациентки были поделены на две возрастные группы: 1 группа 178 человек (от 23 до 49 лет), 2 группа -102 человека (от 50 до 75 лет).

У 79 пациенток 1 группы (44,4%) патологии не выявлено, у 99 человек (55,6%) выявлены следующие виды гинекологической патологии: миома матки 28,6% (n=51), полипы эндометрия и цервикального канала 5,6% (n=10), гиперплазия эндометрия 6,2% (n=11), серозо -и цервикометра 3,9% (n=7), доброкачественные образования яичников 11,2% (n=20), злокачественных новообразований – 0.

У 48 человек 2 группы (47%) патологии не выявлено, у 54 человек (53%) выявлены следующие виды гинекологической патологии: миома матки 15.7% (n=16), полипы эндометрия и цервикального канала 3,9% (n=4), гиперплазия эндометрия 3,9% (n=4), серозо -и цервикометра 20,6% (n=21), доброкачественные образования яичников 5,8% (n=6), злокачественных образования яичников 2,9% (n=3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного комбинированного исследования в 54% случаев выявлена патология органов малого таза у женщин без клинических проявлений и жалоб, это количество демонстрирует целесообразность включения в перечень обследований ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин в рамках ежегодного профилактического медосмотра. Высокая чувствительность, безопасность, отсутствие лучевой нагрузки, относительно низкая стоимость и отсутствие противопоказаний – дает возможность проводить ультразвуковое исследование в рамках диспансеризации и профилактических медосмотров.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНОЙ ЦИТОЛОГИЕЙ

Росюк Е.А., Максимова М.В., Мунасыпова Е.Ю.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В Российской Федерации в настоящее время в качестве скрининга применяется цитологическое исследование в связи с тем, что это бесплатно для пациента, доступно и есть возможность проводить забор материала средним медицинским персоналом. Однако также известно, что 25% женщин с раком шейки матки проходили регулярный скрининг и имели нормальные цитологические заключения. Аномальная цитология может подразумевать наличие у пациентки ВПЧ-инфекции, доброкачественной патологии, цервикальную интраэпителиальную неоплазию или рак шейки матки. Данные литературы говорят, что при проведении прицельной биопсии шейки матки у женщин с аномальной цитологией, ВПЧ позитивных или с аномальной кольпоскопической картиной LSIL, HSIL и рак шейки матки подтверждаются в 51, 2% случаев. При этом процент подтверждения предраковых заболеваний выше в группе женщин, имеющих более 1 сексуального партнера, с нарушением менструального цикла, проживающих в городе.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты морфологических заключений у пациенток с аномальной цитологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы провели анализ 600 историй болезни пациенток репродуктивного возраста за 2020–2021 годы, которые проходили цитологическое исследование шейки матки, выбрали 63 пациентки (10,5%) с аномальной цитологией (AS-CUS, LSIL, HSIL). Средний возраст пациенток составил 34,2 ± 3,8 лет. Всем женщинам с аномальной цитологией проводи-

лась кольпоскопия, ВПЧ-тестирование на 21 тип и гистологическое исследование биоптатов с шейки матки. Пациенткам с цитологическим заключением AS-CUS проводилась точечная или мультифокальная биопсия шейки матки на аппарате Фотек (производство РФ, г. Екатеринбург) в режиме «Резание», мощность 60 Вт. Эксцизия и конизация шейки матки пациенткам с цитологией LSIL и HSIL проводились на том же оборудовании в режиме «Смесь» или «Смесь 1» на мощности 90–110 Вт эксцизионными петлями или электродом парус.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам морфологического исследования биоптатов пациенток с цитологией AS-CUS в 75% случаев предраковых заболеваний шейки не обнаружено (были только хронический цервицит, койлоциты, паракетароз, акантоз и гиперкератоз), CIN I – ни у одной пациентки также не выялена, CIN II – 12,5% случаев и CIN III – также 12,5%. Пациенткам с цитологическим заключением ASC-US стоит рекомендовать полный объем диагностических и лечебных мероприятий (противовоспалительная терапия по показаниям, ВПЧ-тест, кольпоскопия и биопсия – при необходимости) в связи с возможностью выявления умеренной и тяжелой дисплазии шейки матки.

У пациенток с LSIL в 82,85% была нормальная гистологическая картина, CIN I – 17,24% CIN II и CIN III не было ни у одной из женщин.

Пациентки с HSIL имели следующие результаты морфологии: в 34, 5% нормальная картина, 23,1% – CIN I, в 26,9% – CIN II, в 3,9% – CIN III и ca in situ – в 11,3% случав.

Чувствительность цитологического метода исследования составила: для LSIL 46%, для HSIL – 41,35%, для рака шейки матки – 4,8%. Чувствительность изолированного цитологического метода (с правильным выбором цитощетки, обученным персоналом) для выявления предраковых заболеваний, в целом, составила 87,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая высокую вероятность обнаружения цервикальной интраэпителиальной неоплазии у женщин с аномальной цитологией HSIL, таким пациенткам стоит рекомендовать незамедлительно выполнять лечение патологического состояния. В случае с заключением AS-CUS и LSIL – при наличии показаний (положительный ВПЧ-тест или аномальная кольпоскопическая картина) показана биопсия шейки матки с целью исключения диагноза CIN и ca in situ.

СВЯЗЬ АМГ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ СПКЯ

Сафарова С.С., Сафарова С.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра внутренних болезней II, кафедра акушерства и гинекологии I

Баку

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — наиболее распространенное эндокринное заболевание женской репродуктивной системы. Ожирение связано с негативными репродуктивными последствиями синдрома поликистозных яичников. Женщины с ожирением более склонны к ановуляции и аномальным маточным кровотечениям, гиперплазии/раку эндометрия, бесплодию, невынашиванию и осложнениям беременности по сравнению с женщинами с нормальным весом. Не смотря на то, что влияние ожирения на фертильность, вероятно, многогранно, выявлено, что у пациентов с СПКЯ ожирение может быть связано с регулированием выработки антимюллерова гормона (АМГ). Женщины с СПКЯ обычно имеют повышенный уровень АМГ. Однако связь между ожирением и АМГ до сих пор остается неясной.

ЦЕЛЬ

Сравнение уровня антимюллерова гормона у женщин с ожирением или избыточной массой тела с женщинами с нормальной массой тела при синдроме поликистозных яичников и со здоровыми женщинами контрольной группы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено поперечное исследование 60 пациенток с диагнозом СПКЯ (38,2±0,7 лет) на базе терапевтической клиники при АМУ; группа контроля состояла из 30 практически здоровых женщин (37,5±0,9 лет) сопоставимых по возрасту и индексу массы тела (ИМТ). Первую группу составили женщины

с нормальной массой тела и СПКЯ, вторую – женщины с ожирением или избыточной массой тела и СПКЯ, третью – здоровые женщины составившие контрольную группу. В каждой группе было по 30 женщин. У всех пациентов были проанализированы следующие показатели: возраст, ИМТ, окружность талии, ФСГ, ЛГ, АМГ, пролактин, тестостерон, дегидроэпиандростерон-сульфат, 17-ОН-прогестерон, инсулин, индекс HOMA, глюкоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровни АМГ были значительно выше в группах 1 и 2 с СПКЯ по сравнению с контрольной группой 3. При сравнении 1 и 2 группы, уровни АМГ были значительно выше у женщин с нормальным весом по сравнению с женщинами с ожирением и избыточным весом (p <0,01). Женщины 1 группы с нормальным весом и СПКЯ не имели повышенного риска развития преддиабета. Женщины 2 группы имели повышенный риск развития преддиабета и диабета 2 типа. Уровень андрогенов ни в одной из групп не выходил за границы референсных значений. Концентрации АМГ прогнозировались независимо, в порядке значимости, по уровню ЛГ и тестостерона, ИМТ. Уровни АМГ были выше в группе 2 с СПКЯ и с ожирением по сравнению с группой 1 с СПКЯ, но без ожирения (r = -0,295; p <0,05). Уровни АМГ в сыворотке были отрицательно связаны с ИМТ в группе 1 с СПКЯ (r = -0,371; p <0,001), в контрольной группе данная корреляция не прослеживалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование показало, что уровни АМГ были отрицательно связаны с ИМТ у пациенток с СПКЯ. Различия в уровнях АМГ между основными группами пациенток с СПКЯ, по-видимому, отражают тяжесть синдрома, на которую отрицательно влияет ожирение. Уровень АМГ в сыворотке может служить биомаркером, указывающим на наличие СПКЯ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХРОМА ПРИ СПКЯ С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ИНСУЛИНУ

Сафарова С.С., Султанова С.Г.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства и Гинекологии I Баку

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — многофакторное эндокринно-метаболическое расстройство. Причинно-следственные механизмы развития СПКЯ продолжают активно изучаться, несмотря на то, что некоторые факторы, такие как малоподвижный образ жизни, стресс, ожирение и дефицит микроэлементов, как известно, имеют важное значение в понимании биологических механизмов данного заболевания. Инсулинорезистентность (ИР) и возникающая в результате гиперинсулинемия являются ключевыми метаболическими проявлениями патогенеза СПКЯ. Зачастую пациентки с СПКЯ, при наличии избыточного веса отмечают медленное снижение веса, несмотря на низкокалорийную диету. Модификация образа жизни и питания, а так же назначения препаратов, повышающих чувствительность к инсулину, могут помочь регулировать менструальный цикл за счет снижения уровня инсулина и андрогенов у женщин с СПКЯ.

Хром (Cr) является важным микроэлементом, необходимым организму для нормального углеводного и липидного обмена. Исследования показали, что добавки хрома, наиболее популярной из которых является пиколинат хрома (CrP), способствуют повышению чувствительности тканей к инсулину на рецепторном уровне, что теоретически может влиять на механизмы развития ИР и ожирения, наблюдаемые при СПКЯ.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность применения солей трехвалентного хрома у пациенток с СПКЯ и резистентностью к инсулину.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 29 женщин с диагнозом СПКЯ (по Роттердамским диагностическим критериям). Комплексное обследование включало сбор анамнеза, определение индекса инсулинорезистентности (HOMA-IR), уровня глюкозы натощак и гормонов в крови (инсулина, ФСГ, ЛГ, свободный тестостерон, 17-ОП), УЗИ органов малого таза. Пациентки были поделены на 2 группы. В первую группу было включено 15 пациенток, которым назначали пиколинат хрома в виде таблеток в дозе 200 мкг еже-

дневно на протяжении 12 недель. Во вторую группу было включено 14 женщин, которые получали плацебо такой же период. Оценку уровня хрома в плазме крови, определяли с помощью масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациенток в обеих группах колебался от 19 до 27 лет составляя в среднем 23,3±1,7лет в 1-й и 24,7±1,2 лет во 2-й группе. Все пациентки, включенные в исследование, были сопоставимы по соматическому статусу. УЗИ органов малого таза у всех пациенток принимавших участие в исследовании выявило незначительное увеличение объема яичников. Гормональный статус соответствовал картине СПКЯ. Индекс HOMA-IR в обеих группах был выше 3,2.

Практически у всех обследованных пациенток установлено низкое содержание Cr (<0,05мкг/мл) в сыворотке крови. На момент исследования лишь у 3 женщин первой группы и у 2 женщин второй группы уровень Cr соответствовал нижней границе референсных значений (0,05 – 2,1 мкг/мл) и составил в среднем 0,08±0,3 мкг/мл.

Спустя 12 недель терапии в первой группе отмечалась нормализация Cr до уровня в сыворотке крови не менее 0,1 мкг/мл. Индекс HOMA-IR у 9 (60%) пациенток первой группы при повторном исследовании понизился и в среднем составил 2,6±0,5, у 6 пациенток этой группы отмечалось незначительное понижение данного показателя (P = 0,038). Как видно из полученных результатов нормализация уровня Cr в крови благоприятно действует на обменные процессы и может повысить чувствительность к инсулину.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты настоящего исследования показали, что прием CrP может быть эффективным в комплексном лечении пациенток с СПКЯ для снижения инсулинорезистентности. Тем не менее, в виду отсутствия достаточных доказательств для назначения хрома в качестве стандарта лечения и профилактики инсулинорезистентности у пациенток с СПКЯ, необходимо проведение дальнейших исследований относительно оценки его истинной ценности.

К ВОПРОСУ О СОСТАВЕ МИКРОБИОТЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОМЕТРИЯ

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

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост пролиферативных заболеваний эндометрия, частота встречаемости которых в структуре гинекологических заболеваний составляет от 15% до 50%. С современных позиций гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) рассматриваются как полиэтиологические патологические процессы, развитию и прогрессированию которых могут способствовать множество разнообразных причин. Влияние микробиоты на развитие пролиферативных заболеваний эндометрия изучено недостаточно. Это диктует необходимость исследования особенностей микробиома полости матки с целью выявления микроорганизмов, контаминирующих эндометрий у пациенток с ГПЭ.

ЦЕЛЬ

Оценить состав микроорганизмов полости матки у пациенток репродуктивного возраста с пролиферативными заболеваниями эндометрия (гиперплазией эндометрия и полипами эндометрия).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 196 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет, поступивших на гистероскопию, при выявлении ПЭ – гистерорезекцию ПЭ. Показанием к госпитализации явилось наличие эхографических признаков ГЭ или ПЭ. Перед проведением гистероскопии выполняли биопсию эндометрия с последующим микробиологическим исследованием полученного материала на наличие условно-патогенных микроорганизмов, патогенных микроорганизмов и вирусов методом полимеразной цепной реакции режиме реального времени (тесты Фемо-

флор-16 и Фемофлор-Скрин, «ДНК-технология», г. Москва).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным морфологического исследования, гиперплазия эндометрия без атипии диагностирована у 78 (39,8%) пациенток, полипы эндометрия выявлены в 43,9% случаев, в то время как сочетание гиперплазии эндометрия с наличием полипа эндометрия установлено у 32 (16,3%) женщин. Кроме того, признаки хронического эндометрита диагностированы у каждой четвертой пациентки (24,5%).

В ходе молекулярно-биологического исследования биоптатов эндометрия нарушение микробиоценоза полости матки установлено у 131 (66,8%) пациенток. Обращает на себя внимание тот факт, что наиболее часто выявлялись лактобациллы (62,8%). Микробиом эндометрия изучаемой когорты пациенток был представлен как факультативными, так и облигатными анаэробами. При этом среди факультативных анаэробных бактерий преобладали Staphylococcus spp. (48,5%), микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae (24,5%), Streptococcus spp. (18,4%). Среди облигатных анаэробных бактерий наиболее часто встречались Gardnerella vaginalis (12,2%), Atopobium vaginae (11,2%) и Peptostreptococcus spp. (8,7%). Следует отметить, что у каждой четвертой пациентки диагностировали Mycoplasma genitalium (24,5%) и Chlamydia trachomatis (23,5%). Кроме того, в составе ассоциации микроорганизмов диагностировали Ureaplasma spp. (19,4%), Mycoplasma hominis (10,2%), Candida spp. (8,7%). Вирус простого герпеса (1 и 2 типов) выявлен лишь в 5,6% случаев, в то время как ни в одном из биоптатов эндометрия цитомегаловируса не было обнаружено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выявленные нарушения эндометриальной микробиоты пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия, могут явиться предикторами развития и рецидивирующего течения пролиферативных изменений слизистой оболочки полости матки, что диктует необходимость своевременной диагностики и дифференцированного подхода к лечению с целью профилактики нарушений репродуктивной функции.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ежегодно в мире диагностируется около 30 млн. новых случаев CIN I и более 10 млн. случаев CIN II-III. Одной из основных стратегий профилактики рака шейки матки является своевременная диагностика и лечение ВПЧ-ассоциированных цервикальных интраэпителиальных неоплазий. Это диктует необходимость. поиска эффективных методов лечения данной патологии.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности комплексной терапии пациенток с ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазией легкой степени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 72 пациентки в возрасте от 35 до 40 лет с морфологически верифицированной (CIN I). Критериями включения явились: возраст пациенток от 35 до 40 лет, наличие впервые гистологически верифицированной CIN I, цитологически подтвержденный диагноз LSIL; отсутствие аномалий в мазках из цервикального канала; наличие зоны трансформации II типа; наличие ВПЧ ВКР; согласие использовать барьерный метод контрацепции в течение всего периода исследования; информированное добровольное согласие пациенток на проведение необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Критериями исключения явились: наличие инфекции мочеполовой системы в фазе активного воспаления; наличие терапии иммуномоду-

лирующими препаратами в течение последних 6 месяцев; положительные тесты RW или ВИЧ; тяжелые формы экстрагенитальной патологии; нарушение свертываемости крови; злокачественные новообразования любой локализации; индивидуальная непереносимость используемых лекарственных препаратов; беременность; период грудного вскармливания.

Все пациентки случайным образом были распределены на две группы. Основную группу составили 38 пациенток, которым наряду с применение радиоволновой эксцизии шейки матки назначали иммуностимулирующий препарат с противовирусной активностью Инозин пронабекс (по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней за 10–14 дней до деструкции и аналогичные 2 курса через 10–14 дней после нее). В группу сравнения вошли 34 пациентки, которым была выбрана тактика активного ведения в объеме радиоволновой эксцизии шейки матки. Длительность наблюдения за пациентками составила 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ исходов плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой степени через 6 месяцев показал, что в основной группе регрессия CIN I наблюдалась у 92,1% пациенток, персистенция – в 7,9% случаев, в то время как в группе сравнения регрессия CIN I отмечена в 70,6% случаев, персистенция – у 29,4% больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение комплексной терапии, включающей радиоволновую эксцизию шейки мактки и применение препарата с иммуностимулирующей и противовирусной активностью у пациенток с ВПЧ-ассоциированной CIN I, приводит к элиминации ПВИ и полной эпителизации шейки матки, значительно снижая частоту рецидивов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Соловьева О.В., Волков В.Г.

ФГБОУ ВО Тульский Государственный Университет, ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Тула» Тула

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролапс тазовых органов после гистерэктомии остается значимым поводом для оперативного лечения. Применяемые хирургические техники имеет ряд недостатков, не позволяющих использовать их в качестве универсальной методики, что приводит к необходимости поиска новых подходов к лечению постгистерэктомического пролапса тазовых органов.

ЦЕЛЬ

Разработка нового хирургического способа лечения постгистерэктомического пролапса тазовых органов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 14 пациенток с пролапсом тазовых органов после гистерэктомии.

Критерии включения: выполненная ранее гистерэктомия по поводу доброкачественного новообразования; постгистерэктомический пролапс тазовых органов в сочетании с цисто – ректоцеле II, III, IV стадии; согласие на установку пропиленового имплантата.

Критерии исключения: наличие онкопатологии; выполнение гистерэктомии по другим показаниям; заболевания шейки матки и влагалища; пациентки с тяжелой соматической патологией, являющейся противопоказанием к хирургическому вмешательству; наличие данных о массивном спаечном процессе малого таза.

Для определения степени выраженности постгистерэктомического пролапса использовали международную классификацию количественной оценки пролапса тазовых органов POP -Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System).

Хирургическую коррекцию постгистерэктомического пролапса тазовых органов выполняли оригинальным способом, который состоит из двух этапов хирургического вмешательства.

Первый этап вмешательства выполняют влагалищным доступом. Выполняют субфасциальную диссекцию паравагинальных тканей, доходя

до тазового отдела брюшины. Из полипропиленовой сетки выкраивают эндопротез-ленту шириной 15 мм и длиной 120–140 мм. с петлей на одном из концов. Ленту фиксируют узловыми швами по длине шейки и укладывают свободный конец с петлей непосредственно к брюшине. Далее выполняют субфасциальную кольпорафию рассасывающейся биоинертной нитью швом по Холстеду, захватывая в шов фиксированный участок сетки. Второй этап оперативного вмешательства – лапароскопический. Осуществляется традиционный лапароскопический доступ в брюшную полость. Вскрывают брюшину над культей шейки матки и вводят эндопротез-ленту в брюшную полость. Брюшину над промонториумом вскрывают. Под брюшиной проводят диссекцию тканей эндоскопическим изгибаемым тупоконечным диссектором до культи шейки матки и захватывают полипропиленовую эндопротез-ленту за петлю. Ленту проводят под брюшиной и фиксируют нерассасывающейся нитью к передней продольной связке позвоночника. Петлю срезают. Дефекты брюшины ушивают рассасывающейся нитью.

Результаты лечения оценивались путем сравнительного анализа данных влагалищного осмотра (POP-Q) через 1, 12 месяцев.

Качество жизни пациенток оценивали при помощи валидизированных опросников (Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), заполняемых до операции и через 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациентки явились на контрольный осмотр через 1,12 месяцев. Показатели опросника PFDI-20 до операции составили 131,2±43,5 баллов, через 12 месяцев после операции – 7,6±3,1 балла, p <0,00001. Показатели опросника PFIQ-7 до операции составили 71,9±48,7 баллов, через 12 месяцев после операции – 1,67±2,5 балла, p <0,00001. Сравнительная оценка данных опросников до операции и через 12 месяцев после операции показала значительное улучшение качества жизни пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная оригинальная методика лечения постгистерэкомического пролапса является эффективной, топографо-анатомически и физиологически обоснованной операцией. Применение данной технологии способствует улучшению клинических результатов оперативного лечения постгистерэктомического пролапса тазовых органов.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ

Соломатина А.А., Михалёва Л.М., Братчикова О.В., Штыров С.В., Исмайилова П.Д.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз яичников определяет возможности репродуктивного потенциала не только вследствие непреднамеренной альтерации овариального резерва, но и сопряженным влиянием на состояние эндометрия, учитывая концепцию системных патофизиологических изменений при эндометриозе.

ЦЕЛЬ

Сопоставить морфофункциональные изменения эндометрия в послеоперационном периоде после органосохраняющих операций по поводу эндометриоза яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 94 пациентки репродуктивного возраста после энуклеации эндометриоидных кист, которым через 6 месяцев наблюдения выполнялось комплексное ультразвуковое исследование (Voluson S10, GE США) и пайпель-биопсия на 18–22 дни менструального цикла, для патоморфологического и иммуногистохимического исследования, с использованием технологии гистосчета по формуле H-Score. Пациентки ранжированы по уровню АМГ: Группа 1 – 63 больных с АМГ менее 1,1 нг/мл, Группа 2 – 31 наблюдаемых с АМГ более 1,2 нг/мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эхографическая картина М-ЭХО соответствовала критерием фазы секреции у 23 (36,5%) наблюдаемых Группы 1 и у 11 (57,9%) из Группы 2 (p<0,05). Косвенные признаки хронического эндометрита и уменьшение толщины эндометрия определялись у каждой третьей наблюдаемой Группы 1 и у каждой пятой в Группе 2. Степень импланта-

ционной несостоятельности зависима от толщины М-ЭХО: у большинства в Группе 1 – 38 (60,3%) составила 7,2±0,7 мм, выраженное истончение железистого слоя матки зафиксировано у 19 (30,2%), составляя 4,7±0,8 мм, у всех отмечались косвенные признаки «хронического эндометрита». Толщина эндометрия, соответствующая нормальным физиологическим изменениям, определялась у 6 (9,5%) наблюдаемых, 10,05±0,9 мм. Изучаемые данные в Группе2 разнились: у 20 (64,5%) толщина М-ЭХО составляла 9,8±0,6 мм, у 11 (35,5%) – 6,4±0,09 мм. В биоптатах эндометрия, взятых в среднюю фазу секреции, наблюдалось отставание от стадии менструального цикла у 81,0% в Группе 1 и 87,1% пациентов Группы 2, в соответствии с эхографическими критериями предполагаемой неполноценной секреторной трансформации. При сравнении уровней экспрессии рецепторов (HScore) к стероидным гормонам (ER и PR) в среднюю стадию фазы пролиферации между группами исследования были обнаружены статистически значимые различия в уровнях экспрессии ER 198,1± 60,2 и 201,0±75,0 и PR 235,3±71,9 и 256,2±27,8 в железистом эпителии, по группам соответственно. Максимально высокая экспрессия рецепторов определялась в Группе 2. Уровни экспрессии ER (161,8± 44,8 и 174,9±43,9) и PR (203,8±54,3 и 232,6±19,3) в строме в группах исследования имели тенденцию к повышению, различия оказались статистически не значимы. Патоморфологические характеристики биоптатов в период предполагаемого имплантационного окна более дифференцированно определяли изменения в эндометрии, по сравнению с эхографией, соответствовали поздней фазе пролиферации у 27 (42,9%), ранней фазой секреции – 20 (31,7%) и средней фазой секреции – 16 (25,4%) наблюдаемых Группы 1. В Группе 2 эндометрий классифицировался, как средняя фаза секреции у 22 (71,0%), ранней фазе секреции у 9 (29,0%). Выявленные нарушения баланса стероидной регуляции при эндометриозе в сторону усиления эстрогенового и ослабления прогестеронового влияния характеризуют неполноценность перестройки ткани в фазе секреции, что является значимым морфологическим критерием восприимчивости эндометрия, для реализации репродуктивного потенциала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сопряженность патофизиологических процессов в послеоперационном периоде после энуклеации эндометриоидных кист требует комплексного подхода в лечении с учётом вовлеченности ткани эндометрия, что обусловлено выявленными морфофункциональными изменениями.

3D-УЗИ В ОЦЕНКЕ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ

Соломатина А.А., Хамзин И.З., Гашимова А.И., Тюменцева М.Ю., Тумасян Е.А., Исмаилова П.Д.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова. ГБУЗ ГКБ №31 ДЗМ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время, все больше внимания уделяется опосредованным изменениям в эндометрии на фоне скомпрометированной овариальной ткани, приводящей к формированию «эндометриопатии», снижающей вероятность благополучного наступления беременности. Активно дискутируется опосредованное влияние лапароскопической цистэктомии на эндометрий. Данные, касаемые оценки имплантационных свойств железистого слоя матки после односторонней аднексэктомии, в доступной литературе отсутствуют.

ЦЕЛЬ

Оценить имплантационные свойства эндометрия у пациенток репродуктивного возраста до и после односторонней аднексэктомии по данным 3D-эхографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентки ранжировались на две группы с учетом характера яичникового образования. Первую группу (n=33) составили наблюдаемые с герминогенными опухолями (зрелые тератомамы – ЗТ). Во вторую группу (n=37), оперированные по поводу эпителиальных опухолей (серозные и муцинозные).

Маркерами эндометриальной рецептивности служили, узор, толщина и объем эндометрия, трехмерные индексы кровотока: васкуляризации (VI%), потока (FI), и индекс сосудистого потока (VFI), определяемые в период «имплантационного окна».

Оценивался овариальный резерв (ОР) согласно критериям консенсуса ESHRE от 2011, 2022гг: Низким ОР признавался при АМГ менее 1,1 нг/мл, неизмененным – при АМГ 1,2–2,5 нг/мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I группе до оперативного лечения эндометрий соответствовал средней фазе секреции, толщина 8,8±1,1мм, объем 1,93±0,1 см3. Субэндометриальный кровоток лоцировался у 29 (87,9%), эндометриальный – у 20 (60,6%). Количественные значения объемной перфузии составили в эндометриальной зоне: VI%=6,45±1,40; FI=31,62±11,02; VFI=0,27±0,21; субэндометриальной: VI%=21,82±3,56; FI=31,32±10,66; VFI=0,25±0,44. АМГ=1,12±0,5 нг/мл.

Значения толщины и объема эндометрия в I группе через 6–12 месяцев после операции были снижены в 1,3 раза при сопосталвении с данными предыдущего исследования. Эхографически эндометрий соответствовал поздней пролиферативной фазе. Субэндометриальный кровоток лоцировался у 15 (45,4%). Эндометриальный – только у 5 (15,1%). Индексы объемной перфузии свидетельствовали о снижении гемодинамики в термианльных ветвях маточных артерий в 1,5 раза в сравнении с данными до операции. Зафикисровано снижение ОР (АМГ=0,92±0,4 нг/мл).

Толщина и объем эндометрия во II группе до оперативного лечения составили 6,2±0,7 мм, объем 1,23±0,2 см3. Визуализировалась неоднородность и асимметрия передней и задней стенок эндометрия. Субэндометриальный кровоток лоцировался у 24 (64,9%). Эндометриальный кровоток у исследуемых не идентифицирован. Индексы объемного гемодинамики для эндометриальной зоны свидетельствовали о сниженной перфузии (VI%=2,41±1,43; FI=20,12±7,13; VFI=0,19±0,21. АМГ=0,92±0,4 нг/мл, что характеризовало низкий ОР.

Через 6–12 месяцев отмечено, увеличение толщины и объема искомого в 1,2 раза при сопоставлении с показателями предыдущего исследования. Эндомериальный кровоток зафиксирован у 35 (94,6%), субэндомтериальный – у 10 (27,02%). Отмечено улучшение в показателях маточной гемодинамики: увеличение индексов объемного кровотока в 1,3 раза по сравнению с предыдущим исследованием, а также тенденция к увеличению сывороточного АМГ (1,12±0,2 нг/мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток с эпителиальными опухолями к году отмечается не только компенсаторное восстановление генеративного аппарата яичника, но и опосредованное улучшение рецептивности эндометрия. Противоположная картина отмечена группе герминогенных опухолей (зрелые тератомы), выражающаяся снижением АМГ, и опосредованно изменениями в эндометрии, что сопровождается эндометриопатией.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ И ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК СО ЗРЕЛЫМИ ТЕРАТОМАМИ ЯИЧНИКОВ ДО И ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Соломатина А.А.[1,2], Тумасян Е.А.[1], Хамзин И.З.[2], Гашимова А.И.[1], Исмайилова П.Д.[1]

1. *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
2. *Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы»*

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) остаются одной из наиболее часто встречающихся патологий женской репродуктивной системы. Снижение овариального резерва с ДОЯ регистрируется как до, так и после операции. Оценка состояния эндометрия на фоне скомпрометированной овариальной ткани сопряжена с формированием «эндометриопатии».

ЦЕЛЬ

Оценить морфо-функциональное состояние яичников и эндометрия у пациенток репродуктивно-

го возраста с односторонними ДОЯ до и после органосохраняющих операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 70 пациенток со зрелыми тератомами (ЗТ). Возраст составил 28,6±3,6 лет. Диаметр опухоли равнялся 2,8±1,6 см. До и через 6 месяцев после лапароскопической цистэктомии при УЗИ (Voluson S10, 3,7–9,3 МГц) оценивали V, см3 яичника, количество антральных фолликулов (КАФ), их расположение, форму и диаметр, в эндометрии изучали толщину и узор искомого. При ЦДК определяли Vmax, см/сек и RI в яичниках и эндометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До оперативного лечения у пациенток со ЗТ: КАФ=7,3±0,5, V=6,2±0,3 см3, Vmax=8,8±0,6 см/сек, RI=0,56±0,4. Антральные фолликулы имели вид округлых анэхогенных структур величиной от 4 до 10 мм (7,7±0,4 мм), располагались как в строме яичника, так и по периферии. При размере опухоли 3,3±0,2 см, фолликулы правильной формы (5,0±0,9) лоцировались хаотично, диаметр не превышал 6 мм (4,8±1,1 мм). Толщина эндометрия составила 9,9±0,6 мм, узор слизистой матки соответствовал средней стадии фазы секреции. Степень васкуляризации эндометрия не разнилась с популяцией: в базальных сосудах Vmax=6,8±0,2 см/сек, RI=0,53±0,7, в спиральных – Vmax=5,3±0,4 см/сек, RI=0,47±1,1. Через 6 месяцев выявлено увеличение V,см3 в 1,5 раза, уменьшение КАФ в 1,4 раза. Фолликулы «полулунной» формы диаметром 4,4±0,3 мм располагались хаотично. При допплерометрии Vmax и RI возросли в 1,3 и 1,4 раза соответственно. У каждой второй толщина М-эхо равнялась 7,2±0,6 мм, паттерн не коррелировал с изучаемой фазой цикла и классифицировался как поздняя стадия фазы пролиферации. Установлено повышение RI и снижение Vmax в 1,3 раза в базальных сосудах и в 1,2 раза в спиральных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая низкую способность к инвазивному росту и пассивные процессы формирования ЗТ, изучаемые показатели пациенток на дооперационном этапе не отличались от популяции. Спустя 6 месяцев независимо от величины ЗТ выявлены морфо-функциональные нарушения как в яичнике, так и в эндометрии, обусловлены отсутствием капсулы опухоли, что способствует более высоким овариальным потерям за счет непреднамеренного удаления здоровой ткани яичника, нашло отражение в состоянии эндометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ОРЕНЕТИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СНИЖЕННОГО СЕКСУАЛЬНОГО ВЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН

Стеняева Н.Н., Неменов Д.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гипоактивное расстройство полового влечения (HSDD) характеризуется длительным и вызывающим дистресс снижением сексуального влечения (желания). В настоящее время, несмотря на значительную частоту HSDD у женщин, возможности медикаментозной терапии этой проблемы ограничены: в мировой практике используются только два препарата, обладающие незначительной эффективностью, зарегистрированные в ограниченном количестве стран.

ЦЕЛЬ

Оценить безопасность и эффективность лекарственного препарата Дизайрикс (МНН: оренетид) у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста в пременопаузе, страдающих HSDD.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное многоцентровое, рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое 12-недельное исследование III фазы проводилось в 19 клинических центрах в Российской Федерации (номер ClinicalTrials.gov NCT03463707). В исследование включали женщин с установленным диагнозом «Отсутствие или потеря сексуального влечения» (код по МКБ 10 F 52.0) в возрасте от 21 до 50 лет, не достигших менопаузы, если у них был регулярный менструальный цикл с регулярным менструальным циклом и отмечалось снижение сексуального желания, как минимум, в течение

предыдущих 24 недель. После 4 недель исходной оценки состояния (период скрининга) участницам исследования случайным образом назначали препарат Дизайрикс (оренетид, кодовое наименование BP 101, в дозе 2,52 мг/сут.) или плацебо в виде назального спрея. Курс лечения продолжался 4 недели, после завершения лечения участниц наблюдали ещё 8 недель. Основной конечной точкой эффективности было изменение количества удовлетворяющих половых актов (SSE) после 4 недель лечения в сравнении с исходным периодом. Вторичные конечные точки эффективности включали изменение количества SSE после завершения лечения, изменения количества половых контактов, завершившихся оргазмом, суммарного балла опросника «Индекс женской сексуальной функции» (Female Sexual Function Index, FSFI), балла домена «желание» опросника FSFI, суммарного балла, а также показателя ответа на 13 вопрос («Как часто Вас беспокоило то, что у Вас пониженное половое влечение») «Шкалы сексуального дистресса у женщин» (Female Sexual Distress Scale-Revised, FSDS-R) и оценку общего впечатления пациентки об улучшении (Patient Global Impression of Improvement, PGI-I) после завершения лечения и спустя ещё 4 и 8 недель последующего наблюдения. В ходе исследования фиксировали частоту и состав нежелательных явлений (НЯ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего в исследование включены 189 участниц, из них 95 участниц рандомизированы в группу Дизайрикса, и 94 – в группу плацебо. Основной критерий эффективности был достигнут, поскольку по сравнению с исходным уровнем препарат Дизайрикс вызывал большее увеличение количества SSE в ходе 4 недель лечения, чем плацебо ($p=0.0163$). Дизайрикс также значимо увеличивал количество SSE по сравнению с плацебо спустя 4 недели ($p=0.0082$) и 8 недель ($p=0.0058$) после завершения лечения. Изменения общего балла опросника FSFI и его доменов «желание», «возбуждение» и «оргазм», а также балла шкалы PGI-I в течение всего исследования были выше в группе Дизайрикса ($p<0.05$ в сравнении с плацебо). Дизайрикс эффективно снижал признаки дистресса по шкале FSDS-R и увеличивал количество половых контактов, завершившихся оргазмом, как в ходе лечения, так и спустя 8 недель после завершения лечения ($p<0.05$ в сравнении с плацебо). Большинство НЯ были лёгкими, не вызывали прекращения участницами исследования, и не сообщалось о серьезных НЯ, связанных с лечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лекарственный препарат Дизайрикс эффективен и безопасен для лечения женщин репродуктивного и пременопаузального возраста, страдающих HSDD.

ОЗОНОТЕРАПИИ И ИНДУКТОР ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Стрелец И.О., Гречканев Г.О., Аветисян С.М., Сучилин Д.Н.

ФГБОУ ВО ПИМУ МЗ РФ

Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бактериальный вагиноз (БВ) является одним из наиболее распространенных заболеваний в амбулаторной практике врача акушера-гинеколога. В настоящее время принято лечение БВ, сочетающее антибиотический и пробиотический компоненты, используемые одновременно или последовательно. Попытки усилить терапевтический эффект предпринимают за счет бактериофагов, оксигенированных растворов. Мы предполагали провести сравнение стандартного лечения, комбинированной озонотерапии и той же методики, дополненной индуктором интерферонов.

ЦЕЛЬ

Повысить эффективность лечения бактериального вагиноза (БВ) за счет использования озонотерапии и индуктора интерферона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 60 пациенток с подтвержденным диагнозом БВ. Пациентки I группы (30 человек) получали метронидазол по 500 мг per os 2 раза в день в течение 7 дней, параллельно больным проводились ректальные инсуффляции озонокислородной смеси и терапия тампонами с озонированным оливковым маслом №10. 30 женщин II группы дополнительно к вышеописанному лечению получа-

ли индуктор интерферонов оксодигидроакридинилацетат натрия (Неовир) в виде внутримышечных инъекций. Первая инъекция производилась в дозе 500 мг накануне этиотропной терапии. Вторая, соответственно, в дозе 250 мг, через 24 часа после первой и совпадала с назначением антимикробной терапии. Далее оксодигидроакридинилацетат натрия вводился трижды в дозе 250 мг с интервалом между введениями 48 часов. Все пациентки по завершении первого этапа терапии получали курс пробиотиков интравагинально.

С целью контроля эффективности проводимого лечения использовалось физикальное, бактериоскопическое, бактериологическое, иммунологическое исследование до начала и через 3 месяца после окончания соответствующей терапии. Общая продолжительность наблюдения составила 1 год.

Для статистической обработки полученных данных использовали пакет прикладных программ Statistica 10. Для сравнения групп по количественным признакам применяли непараметрический тест Манна — Уитни (U-тест) для независимых совокупностей. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оба способа лечения показали достаточно высокую эффективность: к 3-му дню лечения проявления заболевания купировались. Нормоценоз был достигнут к 5-му дню терапии у 90% пациенток как I, так и II группы, соответственно, в 10% случаев имел место промежуточный тип мазка.

Анализ уровней факторов системного и местного иммунитета исходно не выявил различий в группах. Повторное исследование через 3 месяца после окончания лечения показало, что показатели системного иммунитета в группах существенно отличались в группах больных.

Так, ожидаемым и существенным был рост уровня интерферонов в крови пациенток во II группе, которые получали лечение оксодигидроакридинилацетатом натрия. С исходных 98,1±7,9 ед/мл уровень INF-α увеличился в 4 раза до 394,4±19,0 ед/мл, а INF-γ в 5,35 раза с 19,8±6,0 ед/мл до 107,2±11,3 ед/мл. Уровень CD4+ возрос в 1,5 раза с 38,0±2,5% до 57,3±2,0%, при этом CD8+ лимфоциты оставались на прежнем уровне. Во II группе больных имелось значительное, в 3,48 раза снижение уровня ЦИК в крови – с 181,5±7,7 ед/мл до 52,8±3,9 ед/мл. В I группе достоверных изменений исследуемых показателей системного иммунитета не произошло.

Таким образом, в результате использования озонотерапии и оксодигидроакридинилацетата натрия показатели интерферонов и CD4+ лимфоцитов оказались достоверно выше, а ЦИК достоверно ниже, чем в группе, получавшей только озонотерапию в дополнение к антимикробным препаратам. Последующее клиническое наблюдение в течение 12 месяцев показало, что в I группе рецидивы БВ имели место у 50% пациенток, у больных II группы они были отмечены лишь в 15% случаев. Показатели локального иммунитета в обеих группах имели однонаправленные тенденции. В I группе отмечался рост уровня лизоцима с 22,5±0,4% до 32,3±0,73%, т.е. на 43,6% ($p<0,05$), sIgA с 0,015+0,002 г/л до 0,024+0,001 г/л, т.е. на 60,0% ($p<0,05$). Уровень ИЛ-10 возрос с 24,7±0,7 пг/мл до 45,3±0,8пг/мл, т.е. на 83,4% ($p<0,05$).Во II группе лизоцим увеличился с 21,4±0,3% до 44,0±1,3%, т.е. в 2 раза ($p<0,05$), sIgA с 0,011+0,001 г/л до 0,045+0,008 г/л, т.е. в 4 раза ($p<0,05$). Уровень ИЛ-10 возрос с 22,4±5,9 пг/мл до 50,6±4,8 пг/мл, т.е. в 2,2 раза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований можно сделать вывод о позитивном долговременном влиянии комбинированной терапии с использованием озоновых технологий и оксодигидроакридинилацетатом натрия на клинико-иммунологические показатели больных бактериальным вагинозом.

ОДНОМОМЕНТНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РАЗНООБРАЗНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН

Ступин Д.А.[1], Семендяев А.А.[2], Пестерев К.В.[2], Щербатых А.В.[2], Толкачев К.С.[2], Петухов А.А.[3], Князюк Я.В.[3]

1. *ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»*
2. *ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России*
3. *ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина»*

Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема хронических тазовых болей (ХТБ) у гинекологических больных, в настоящее время еще далека от своего окончательного решения. Модель развития ХТБ является многофакторной и предполагает участие в ее возникновении нескольких механизмов, в частности – венозного застоя в тазовом бассейне и болевых афферентных импульсов от внутренних половых органов идущих через крестцово-маточные связки к нижнему и верхнему подчревному сплетению. Современной тенденцией развития хирургической тактики ведения больных с ХТБ является уменьшение инвазивности оперативного вмешательств, применение достижений медицинской технологии, в частности симультантных органосохраняющих реконструктивно-пластических операций.

ЦЕЛЬ

Повысить эффективность лечения пациентов с тазовым варикозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В программе хирургического лечения ХТБ нами выполняется гибридная операция, подразумевающая два этапа: первым этапом – с помощью техники Foam-Form проводится склерозирование основных варикозно расширенных притоков обоих яичниковых вен, что позволяет улучшить дренирование тазового венозного бассейна, вторым – денервирующая операция с целью прервать болевые импульсы идущие от внутренних половых органов через парацервикальное сплетение Франкенхаузера к нижнему и верхнему подчревному сплетению. Для этого проводится термоабляция волокон нервов, проходящих в крестцово-маточных связках в месте их слияния с нижним маточным сегментом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Такой подход примененный нами 67 больной, избавил их от еще одного хирургического вмешательства и позволил получить обнадеживающие результаты – раннюю (через 30 дней с момента операции) и устойчивую регрессию пельвиалгий (в течении 12 месяцев), а также значительное улучшение качества жизни (КЖ) у 54 (80,6%, p=0,095, парный критерий Вилкоксона) пролеченных пациенток (совокупный показатель КЖ определяли при помощи опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ) [Launois R, Phlebolymphology, 2014].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение гибридной операции позволяет повысить эффективность лечения пациентов с тазовым варикозом.

ИММУННЫЙ ГОМЕОСТАЗ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ТАЗА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Ступин Д.А.[1], Семендяев А.А.[2], Пестерев К.В.[2], Щербатых А.В.[2], Толкачев К.С.[2], Петухов А.А.[3], Князюк Я.В.[3].

1. *ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»*
2. *ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России*
3. *ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина»*

Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Варикозная болезнь вен является наиболее часто встречающейся хронической патологией, которая распространена у 50% женской популяции и в 10–25% случаях представлена тазовым венозным полнокровием, обозначается как варикозное расширение вен таза (ВРВТ), код I86.2 по МКБ-10). По мнению многих исследователей, при ВРВТ имеет место нарушение иммунного надзора за воспалительным процессом в стенках вен таза и индуцирующим варикозную трансформацию сосудов.

ЦЕЛЬ

Изучить характер изменений компонентов иммунной системы на системном и локальном уровне у больных варикозным расширением вен малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучен характер изменений компонентов иммунной системы на системном и локальном уровне у 80 больных варикозным расширением вен малого таза (ВРВМТ) (основная группа наблюдения) по сравнению с аналогичными показателями 30 относительно здоровых женщин не имевших заболеваний венозной системы (контрольная группа). При оценке параметров иммунного статуса пациенток с ВРВМТ установлено, что формирование варикозных вен проявлялось умеренным увеличением количества лейкоцитов и лимфоцитов при одновременном статистически значимом повышении уровня соотношения CD4/CD8 как на системном, так и на локальном уровне, чем у здоровых женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По мере увеличения степени тяжести ВРВМТ от I к III на фоне выраженного лейкоцитоза и лимфопении наблюдается тенденция в увеличении количества CD19-клеток. Изменения состояния гуморального звена иммунитета в зависимости от степени тяжести варикозного процесса имело свои особенности. Развитие ВРВМТ сопровождалось достоверным увеличением содержания провоспалительных цитокинов TNF-α, IL-1β, IL-2, IL-6 и IL-8 в периферической крови и в венозной системе малого таза, тогда как продукция противовоспалительных цитокинов изменялась неоднозначно. Если при I степени тяжести ВРВМТ наблюдался статистически значимый рост уровней IL-4 и IL-10, то с прогрессом заболевания отмечено значительное снижение их концентрации в сравнении с группой контроля. С ухудшением течения заболевания от I степени тяжести к III у больных наблюдается дисгаммаглобулонемия за счет достоверного увеличения концентрация IgA как на системном так и на локальном уровне, тогда как продукция IgM имела противоположную динамику – достоверно снижалась с прогрессом ВРВМТ, также как и уровень IgG к I и II степени тяжести. Прогрессирование ВРВМТ проявлялось постепенным снижением уровней фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа отображающих поглотительную функцию фагоцитов.При корреляционном анализе связей показателей иммунного статуса в группах наблюдения установлено преобладание количества положительных корреляций, большинство из которых зарегистрировано между количеством лимфоцитов и содержанием CD8+-лимфоцитов, концентрацией IgA и уровнем провоспалительных цитокинов. Противоположные взаимосвязи установлены между количеством лимфоцитов и содержанием CD4+-лимфоцитов, противовоспалительных цитокинов, IgM, IgG.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о участии процессов воспаления в развитии и прогрессировании ВРВМТ, а изменение параметров иммунного статуса коррелируют с динамикой варикозной трансформации вен.

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОСЛЕ ЭКСЦИЗИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Трищенкова О.В., Кардава И.В., Зароченцева Н.В.

ГБУЗ МО МОНИИАГ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективность лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий высокой степени (HSIL/CIN2+) после эксцизионных методов колеблется от 45 до 97%, а частота рецидивирования достигает 30–50% (Hoffman S.R. et al, 2017г.). Причинами рецидивов HSIL, как правило, являются неполное удаление патологического очага, персистирующая в окружающих тканях инфекция, вызванная вирусом папиломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР), реактивация скрытой ВПЧ-инфекции. Ведущим фактором, влияющим на неудачное лечение и вызывающим рецидивные формы HSIL является персистенция ВПЧ ВКР. После хирургического лечения до 20% женщин остаются ВПЧ-положительными, что играет большую роль в развитии рецидивов HSIL (Garland S.M et al., 2016 г.).

ЦЕЛЬ

Определить факторы, влияющие на развитие рецидивов HSIL/CIN2+ после эксцизионных методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГБУЗ МО МОНИИАГ было проведено ретроспективное исследование 105 женщин с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями высокой степени, которым проводилось эксцизионное лечение с последующим наблюдением. Проводился клинический осмотр, контроль цитологического исследования мазков с экзо-, эндоцервикса, ВПЧ-тестирование с генотипированием (14 типов) методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (AmpliSens), расширенная кольпоскопия через 3, 6, 12 и 24 месяца после лечения. Анализ полученных клинических результатов проводили с использованием статистической системы Statistica 10 и SASJMP. Сравнение изучаемых количественных параметров в группах выздоровления и рецидив осуществляли с использованием критериев Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем 105 пациенткам с HSIL было проведено хирургическое лечение в объеме эксцизии (n=32, 30,5%) и конизации (n=73, 69,5%) шейки матки. После лечения рецидив возник у 49 из 105 женщин (46,7%). При этом после экцизии шейки матки рецидив был выявлен у 18 пациенток (56,3%), после конизации – у 31 (42,5%). Остаточные поражения, выявленные в течение 1го года после лечения, наблюдались у 19 женщин из 105 (18,1%). Рецидивы, спустя 1 год наблюдения, диагностированы у 30 пациенток (28,6%). Через 2 года – у 13 (12,4%), через 5 лет – у 14 (13,3%), а через 7 лет рецидивные формы HSIL обнаружены еще у 3 пациенток (2,9%).

При обработке статистических данных нами были выделены ключевые факторы, увеличивающие риск развития рецидива HSIL. Персистенция ВПЧ-инфекции после проведенной манипуляции наблюдалась у 39 пациенток (37,1%) из них у 22 (56,4%) развился рецидив. Наличие ВПЧ ВКР в вирусной нагрузке ⩾6,3 до проводимого лечения статистически значимо увеличивало риск развития рецидивных форм. Данный показатель был диагностирован у 40 женщин (38,1%) и привел к неудачному лечению в 90% случаев (36/40). Чаще выявлялся ВПЧ 16 типа (n=67; 63,8%), который в 49,3% (33/67) случаев вызывал рецидивы. При положительном крае резекции из 21 женщины (20%) у 10 (47,6%) наблюдалось повторное развитие CIN. Наличие поражения в соскобе цервикального канала и поражения крипт также были сопряжены с увеличением риска выявления рецидивных форм после лечения в 40,7% (11/27) и в 28,6% (8/28) случаев соотвественно. Важными факторами риска являются возраст пациентки более 37 лет (n=22; 52,4%), начало половой жизни ранее 20 лет (n=37; 40,2%), отсутствие вакцинации против ВПЧ до развития рецидива (n=40; 70,2%), а также перенесенная новая коронавирусная инфекция (n=8; 88,9%). Повторное инфицирование после лечения наблюдалось у 14 человек (13,3%), из которых у 6(42,9%) развился рецидив CIN.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота рецидивирования HSIL после лечения достаточно высока. Остаточные поражения после проведенной хирургической манипуляции диагностированы в 18,0% случаев, в первые 2 года наблюдения частота рецидива составила 30,5%, а в дальнейшем возросла до 46,7%, поэтому пациентки после лечения HSIL должны наблюдаться длительно. Значимыми в отношении риска развития рецидива являются ВПЧ 16го типа (49,3%), а также другие типы ВПЧ ВКР в титре ⩾ 6,3 до проведенного эксцизионного лечения (90%). Помимо этого увеличивает риск возврата заболевания персистирующая ВПЧ-инфекция (56,4%), положительный край резекции (47,6%), наличие поражения в соскобе цервикального канала (40,7%), поражение крипт (28,6%), возраст пациентки более 37 лет (52,4%), начало половой жизни ранее 20 лет (40,2%), перенесенная новая коронавирусная инфекция (88,9%), отсутствие вакцинации против ВПЧ-инфекции (70,2%), а также повторное инфицирование (42,9%) после хирургического лечения. Таким образом, своевременное выявление и оценка предикторов возможного неудачного лечения HSIL/CIN2+ является значимым в прогнозировании развития рецидивных форм после эксцизионных методов лечения.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИМПЛАНТАЦИЮ ЭМБРИОНА У ПАЦИЕНТОК, НАХОДЯЩИХСЯ В ЦИКЛАХ ЭКО

Турок И.В.

УЗ «Городская гинекологическая больница» г. Минска

Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушение восприимчивости эндометрия может возникать вследствие перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза, экстрагенитальных заболеваний, ведущих к изменению гормонального гомеостаза, гинекологических заболеваний, врачебных манипуляций и операций, связанных с травмой базального слоя эндометрия. До реализации программы ЭКО женщина проходит полное медицинское обследование, включающее оценку анамнеза, объективного статуса, полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование для определения медицинских показаний к применению ВРТ. Для прогнозирования исходов ВРТ врач репродуктолог внимательно анализирует клинико-анамнестические особенности и оценивает роль экстрагенитальной патологии у пациенток с бесплодием в каждом конкретном случае.

ЦЕЛЬ

Провести комплексный анализ анамнестических данных, включающий основные экстрагенитальные и гинекологические заболевания, репродуктивный анамнез, оценить объективный статус пациенток, оценить вклад клинико-анамнестических данных в прогнозирование имплантации при проведении циклов ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование были включены пациентки, находящихся в программе ЭКО отделения планирования семьи и вспомогательных репродуктивных технологий ГУ РНПЦ «Мать и дитя» с января 2019 г. по июнь 2020 г. Всего была обследована 121 пациентка.

Критерии включения: бесплодие, вероятность преодоления которого с помощью ВРТ выше, чем при применении других методов лечения; возраст пациенток 18–49 лет; перенос эмбрионов хорошего качества; информированное согласие пациенток на включение в исследование.

Критерии исключения: заболевания с деформацией полости матки (миома матки больших размеров, узловая форма аденомиоза); патологические состояния эндометрия — полипы эндометрия, синехии в полости матки, выявленные в день исследования; отмена переноса эмбриона в полость матки в исследуемом цикле.

У всех женщин применяли стандартный протокол ЭКО или ЭКО/ИКСИ с использованием препаратов рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона или человеческих менопаузальных гонадотропинов и антагонистов гонадотропин-рилизинг-фактора. Переносили только морфологически качественные эмбрионы на 3–5-е сутки

культивирования. Оставшиеся жизнеспособные эмбрионы криоконсервировали методом витрификации. Беременность диагностировали биохимическим методом на 14-й день после переноса эмбрионов в полость матки. Наступление клинической беременности – беременности, диагностированной путем визуализации при ультразвуковом исследовании одного или более плодных яиц – констатировали на 21-й день.

По результатам проведенных программ ЭКО женщины были разделены на две группы: первую группу – основную группу – составили 60 пациенток, у которых клиническая беременность наступила, вторую группу – группу сравнения –составила 61 пациентка, у которых клиническая беременность не наступила.

Проведена сравнительная ретроспективная оценка объективного статуса, соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза у пациенток с бесплодием, находящихся в программе ЭКО в зависимости от наступления имплантации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведения оценки клинико-анамнестических данных достоверно установлено, что имплантация наступала реже у пациенток позднего репродуктивного возраста с нормальным уровнем антимюллерова гормона (p=0,002). Фактором объективного статуса, определяющим исходы ЭКО, явилось наличие избыточной массы тела (p=0,019). При анализе гинекологической патологии в группе с неблагоприятными исходами достоверно чаще диагностировались воспалительные заболевания малого таза (p=0,005), миома матки (p<0,001), все формы наружного генитального эндометриоза – поверхностные формы эндометриоза (p<0,001), глубокий инфильтративный эндометриоз (p=0,021). Также пациентки данной группы достоверно чаще в анамнезе имели полипы эндометрия (p=0,006).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение клинико-анамнестических данных является необходимым этапом обследования пациенток в циклах ЭКО. Полученные данные могут быть использованы для предварительной оценки результатов программ ВРТ на этапе сбора анамнеза и оценки объективного статуса пациентки. На основании проведенного сравнительного анализа на стадии описательной статистики произведен отбор клинико-анамнестических показателей, ассоциированных с имплантацией эмбриона в программах ЭКО, для дальнейшего многофакторного анализа и построения математико-статистической прогностической модели с целью возможности прогнозирования исходов циклов ЭКО.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ Т-ОБРАЗНОЙ МАТКИ. СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Турок И.В., Метлицкий В.В.

УЗ «Городская гинекологическая больница» г. Минска
Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Т-образная матка – редкий врожденный порок развития матки. Ее распространенность, клиническая значимость и целесообразность хирургической коррекции до конца не изучены. Причина – отсутствие объективных критериев для диагностики Т-образной матки. До недавнего времени данная аномалия ассоциировалась с внутриутробным воздействием диэтилстильбестрола. Наличие данной аномалии полости матки не сопровождается клиническими симптомами и является случайно находкой в более позднем возрасте, когда проявляются нарушения репродуктивной функции, а также неправильные положения плода в третьем триместре беременности. Диагностика данной аномалии по-прежнему остается проблемой с серьезными последствиями для ведения таких пациентов и зависит не только от применяемых методов диагностики, а также от правильной интерпретации полученных результатов.

ЦЕЛЬ

Продемонстрировать собственный клинический опыт хирургической коррекции Т-образной матки у пациенток с бесплодием, обобщить подходы к диагностике и показать значение ультразувового метода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения планирования семьи и ВРТ ГУ РНПЦ «Мать и дитя» с января 2019 г. по июнь 2020

г. обследовано 195 пациентов с бесплодием, находящихся в программе ЭКО. 3D-УЗИ проводили во 2 фазу менструального цикла. В коронарном срезе измеряли расстояние между устьями маточных труб – интеростиальное расстояние (ИО) и ширину перешейка (И), рассчитывали соотношение И / ИО. Проводили измерение внутренней глубины бокового вдавливания (ВГБВ), угол бокового вдавливания (УБВ) и Т-угол. По данным критериям у 6 женщин выявлены ультразвуковые признаки дисморфичной матки. У 3-х из них, учитывая анамнез, отсутствие других факторов бесплодия, Т-матка была оценена в качестве этиологической причины нарушения фертильности и этим пациенткам проведена гистерорезектоскопическая метропластика. Под контролем УЗИ выполнено иссечение боковых стенок матки и создание треугольной полости матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдение 1 Пациентка З., 33 года. Анамнез: первичное бесплодие в течение 7 лет. Проведено 3 попытки ЭКО, имплантации не было. При подготовке к 4 попытке ЭКО обратилась для проведения 3D-УЗИ. Данные 3D-УЗИ: ИО – 40 мм, И- 10 мм, И / ИО – 0,25, ВГБВ – 8 мм, УБВ – 91 °, Т- угол – 25°. Заключение: Т-образная матка (дисморфичная). УЗИ после коррекции: ИО – 40 мм, И – 20 мм, И / ИО – 0,5, ВГБВ – 2 мм, УБВ – 160 °, Т- угол – 40 °. Через 6 мес. у пациентки констатирована внематочная беременность. Проведена тубэктомия. Через 6 мес. проведен протокол ЭКО, наступила клиническая беременность.

Наблюдение 2 Пациентка К., 30 лет. Анамнез: 3 беременности, 2 выкидыша в сроках до 12 недель, 1 неразвивающаяся беременность в 8–9 недель. Данные УЗИ: Наличие миомы – узел (тип 3) диаметром 32 мм, 3D-УЗИ полости матки: ИО 37 – мм, И – 10 мм, И/ИО – 0,27, ВГБВ – 9 мм, УБВ – 120 °, Т- угол – 41°. Заключение: Миома матки. Т-матка (дисморфичная), пограничный вариант. Проведена ЛС миомэктомия, гистерорезектоскопическая метропластика. УЗИ после коррекции: ИО – 37 мм, И – 21 мм, И / ИО – 0,57, ВГБВ – до 3 мм, УБВ – 155°, Т- угол – 50 °. Через год наступила самостоятельная беременность.

Наблюдение 3 Пациентка К.,32 года. Анамнез: вторичное бесплодие в течение 7 лет, 2 внематочные беременности, двухсторонняя тубэктомия. Проведено 5 попыток ЭКО, имплантации не было. Данные трехмерного УЗИ: ИО – 37,6 мм, И – 10,6 мм, И/ИО – 0,28, ВГБВ – 10 мм, УБВ – 125°, Т- угол – 30°. Заключение: Т-матка. УЗИ после коррекции: ИО – 37,6 мм, И- 20 мм, И / ИО – 0,53, ВГБВ – 2 мм, УБВ – 165 °, Т- угол – 41°. Проведен протокол ЭКО, беременность не наступила, рекомендовано суррогатное материнство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании обзора литературы и собственных клинических данных можно сформулировать положения, касающиеся диагностики и лечебной тактики при вариантах дисморфичной матки. Аномалии формы полости матки могут быть связаны с неблагоприятными репродуктивными исходами. Основным методом диагностики Т-образной матки в настоящее время можно считать 3D-УЗИ. Исследование проводится во вторую фазу цикла, оценивается полость матки в коронарной плоскости, измеряется ИО, И, соотношение И/ИО, ВГБВ, УБВ и Т-угол.

В настоящее время нет единого клинического протокола ведения женщин с данной патологией. Тактика ведения определяется индивидуально с учетом длительности и характера нарушения фертильности, а также репродуктивных планов женщины.

На данном этапе предложено считать форму полости матки нормальной при отсутствии критериев или наличии только одного критерия, пограничной при наличии двух критериев, и Т-образной при наличии трех критериев. Учитывая актуальность проблемы, необходимо проведение дальнейших исследований в этом направлении.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВАГИНИТА

Угланова Н.П., Гречканев Г.О., Белоглазов В.К.

ФГБОУ ВО ПИМУ МЗ РФ

Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) часто осложняется присоединением неспецифических воспалительных процессов во влагалище, что дополнительно снижает качество жизни пациенток.

ЦЕЛЬ

Повысить эффективность лечения ГУМС и ассоциированного с ним вагинита использованием комбинированной озонотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 60 пациенток в возрасте от 48 до 52 лет (средний возраст составил 49,2±2,4 года) с длительностью постменопаузы 2,3±1,1 года с ГУМС в сочетании с неспецифическим бактериальным вагинитом. В I группе (30 пациенток) для купирования патологического процесса использовали аппликации озонированного масла на стенки влагалища курсом 12–14 процедур. Во II группе (30 пациенток) применяли вагинальные свечи, содержащие 0,5 мг эстриола (общая длительность 2 месяца). и свечи с комплексным антимикробным действием.

Для объективизации полученных данных использовали вычисление показателя индекса здоровья влагалища (ИЗВ), определяющий степень атрофии слизистой влагалища по 5 параметрам (эластичность влагалища, выделения из влагалища, pH, внешний вид слизистой оболочки, гидратацию влагалища).

Кислотность влагалищной среды определяли с использованием полосок «Кольпо-тест pH».

Для оценки созревания клеток эпителия влагалища материал соскоба, полученный из верхней трети влагалища, окрашивали по Папаниколау для дальнейшего цитологического исследования с подсчетом индекс созревания эпителия влагалища (ИСЭВ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Гинекологический осмотр демонстрировал уменьшенную складчатость стенок влагалища, наличие патологических белей преимущественно желтоватого оттенка. Слизистая влагалища, интроитуса и малых половых губ имела сниженную увлажненность, была гиперемирована. Показатель индекса здоровья влагалища составил в I группе 14,0±2,0 балла, во II группе 15,0±1,0 балла. ИСЭВ составил в I группе 56,0±0,1%, во II группе 54,0±0,1%. У женщин I группы pH влагалища составил 6,2±0,2, во II группе 5,9±0,3.

Бактериоскопическое исследование выявило у всех пациенток картину неспецифического вагинита, а бактериологическое исследование продемонстрировало ассоциативный характер условно-патогенной микрофлоры в качестве этиологического фактора.

Оценка динамики клинических симптомов на фоне сравниваемых способов лечения показала сопоставимую финальную результативность в отношении проявлений воспаления при различном темпе их купирования. Жалобы на патологические бели, дискомфорт при половом акте, гиперемия влагалища исчезали в I группе к 8 дню лечения, во II группе – сохранялись вплоть до 12 – 15 дня от начала терапии.

По данным бактериоскопии у большинства (80%) пациенток после озонотерапии было достигнуто состояние нормоценоза, у 20±1% больных I группы по завершении лечения отмечался промежуточный тип мазка, для которого характерны умеренное или незначительное количество представителей нормофлоры (лактобактерий) с одновременным присутствием, кокков, палочек, лейкоцитов, макрофагов, клеток эпителия.

Бактериологическое исследование отделяемого влагалища показало, что озонотерапия оказывает очевидно большее воздействие на условно-патогенную флору, чем медикаментозная терапия. Обсемененность влагалища E.coli уменьшилось в 1430 раз, Staphylococcusaureus – в 1260

раз, Staphylococcus epidermidis – в 5770 раз, Klebsiellapneumoniae – в 4630 раза, Enterococcus faecalis – в 2180 раз.Во II группе снижение обсемененности эпителия влагалища условно-патогенными микроорганизмами было не столь значительным.

Показатель ИЗВ после лечения составил в I группе 21,0±1,0 балла, во II группе 18,0±1,0 баллов, что меньше, чем в Iгруппе (различия считались значимыми при уровне p<0,05).

ИСЭВ после лечения в I группе увеличился до 65,0±1,0, что соответствует нижней границе нормы. Во II группе ИСЭВ также повысился, но только до 60,0±0,5, что соответствует легкой атрофии (различия считались значимыми при уровне p<0,05).

У женщин I группы pH влагалища уменьшился в 1,48 раза до 4,2±0,2, что меньше, чем во II группе, где показатель снизился в 1,2 раза до 5,0±0,1 (различия считались значимыми при уровне p<0,05). Ощущение сухости во влагалище и симптомы диспареунии купировались у пациенток, получавших озонотерапию, после окончания курса лечения, т.е. через 12–14 дней в нескольких случаях терапия озонированным оливковым маслом была продолжена до 17 дней. У больных II группы данные проявления ГУМС сохранялись, постепенно уменьшаясь, в течение 20–25 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют об эффективности озонотерапии как в отношении неспецифического вагинита, так и лежащего в основе его развития генитоуринарного менопаузального синдрома.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ МЕТРОПЛАСТИКУ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА НА МАТКЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Уманский М.Н., Чернобабова Т.В., Дыбова В.С., Маленкова О.Ф.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Перинатальный Центр» г. Ростов-на-Дону Ростов-на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ

Разрыв матки является одним из серьезных осложнений, которое может произойти во время беременности или родов и вносит большой вклад в материнскую смертность и частоту мертворождений. Когда симптомы появляются на ранних сроках беременности, ставится вопрос о прерывании беременности во избежание развития непредотвратимых последствий. В то время как возможность сохранения беременности после оперативного лечения практически не рассматривается.

ЦЕЛЬ

Целью исследования было изучение возможности пролонгирования беременности у пациентки с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке после выполнения метропластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В гинекологическое отделение ГБУ РО «Перинатальный центр» поступила беременная М., 34 лет с признаками несостоятельности рубца на матке после двух операций кесарева сечения в сроке беременности 12 недель 5 дней. В анамнезе у пациентки были два кесарева сечения в нижнем маточном сегменте в доношенном сроке беременности, две неразвивающиеся беременности в сроке 6–7 недель, завершенные выскабливанием полости матки. При настоящей (пятой) беременности женщина с 12 недель 4 дней начала предъявлять жалобы на локальные боли в области послеоперационного рубца, усиливающиеся при надавливании ультразвуковым датчиком. По данным УЗИ: хорион расположен по передней стенке, перекрывает внутренний зев и частично область послеоперационного рубца, толщина миометрия в области послеоперационного рубца до 2,3 мм, визуализируется ниша, отмечается неоднородность зоны рубца на матке с признаками деформации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Учитывая данные клинического, объективного, инструментального обследования консилиумом принято решение о прерывании беременности по медицинским показаниям путем оперативного вмешательства в объеме: лапаротомия, метро-

пластика с иссечением послеоперационного рубца и участка хориона, удаление плодного яйца, в связи с отсутствием условий для проведения медикаментозного прерывания беременности. Во время операции после вскрытия пузырно-маточной складки визуализируется дефект послеоперационного рубца – 7 см, миометрий в области дефекта толщиной около 2 мм, признаки врастания хориона отсутствуют. Интраоперационно проведен повторный консилиум, совместно с пациенткой решено, учитывая желанную беременность, техническую возможность, выполнить ушивание дефекта матки после тщательной визуализации области послеоперационного рубца. Дефект размером 7 см ушит двурядным непрерывным викриловым швом, стенка матки сформирована без вхождения в полость и травматизации плодного яйца. В область послеоперационного рубца на матке установлена противоспаечная мембрана. Послеоперационные осложнения не наблюдались, клинически и по данным УЗИ шов состоятелен. Беременная выписана на восьмые сутки после операции в сроке беременности 14 недель. В 36 недель 3 дня выполнено срочное кесарево сечение в связи с появлением признаков угрозы преждевременных родов. Интраоперационно область послеоперационного рубца истончена на всем протяжении до 1,5 мм, состоятельна. Родилась девочка с массой тела 2850 гр, длиной 48 см, оценкой по шкале Апгар 7/7 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При выявлении несостоятельности послеоперационного рубца на матке на ранних сроках беременности, вероятно, с учетом согласия женщины, можно рассматривать возможность метропластики и укрепления области дефекта на матке во время беременности.

ЦМВИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ, НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Файзуллина Н.И., Крамарский В.А., Трусов Ю.В.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди ВЗОМТ частота хронического эндо¬ и экзоцервицита составляет 60–70%. Принято выделять так называемый неспецифический цервицит (НЦ), который чаще всего протекает бессимптомно. Наиболее часто встречающимися осложнениями цервицита являются эндометрит, ВЗОМТ, неблагоприятные исходы беременности. Цервицит — важный маркер субклинического течения ВЗОМТ.

Среди осложнений неблагоприятного течения беременности на фоне хр.цервицита является невынашивание беременности.

В I триместре частота репродуктивных потерь может достигать 50%. По данным отечественных ученых, до 80% самопроизвольных выкидышей происходит в I триместре и из них от 45 до 88,6% являются результатом неразвивающихся беременностей.

Первичная ЦМВИ и реактивация хронического процесса могут вызывать такие осложнения как неразвивающаяся беременность или невынашивание беременности, фетоплацентарную недостаточность, синдром задержки роста плода, многоводие, преждевременную отслойка плаценты и другие.

Подходы к ведению пациенток со структурной патологией шейки матки в настоящее время сформулированы достаточно чётко, однако отсутствует единое мнение по поводу эффективности лечения заболеваний шейки матки, ассоциированных с вирусами на предгравидарном этапе, в том числе у женщин, имеющим в анамнезе синдром потери плода.

ЦЕЛЬ

Установить возможную связь наличия у пациенток в анамнезе хотя бы один эпизод неразвивающейся беременности и хронического цервицита, ассоциированного с ЦМВИ. А также оценить эффективность и безопасность препарата Панавир при лечении пациенток с хр.цервицитом на фоне ЦМВИ на прегравидарном этапе с целью наблюдения за пациентками во время беременности и оценкой исходов беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 36 женщин в анамнезе у которых были эпизоды неразвиваю-

щихся беременностей до 12 недель. При этом 15 (41,6%) женщин имели по 2 и более эпизодов неразвивающихся беременностей и самопроизвольных выкидышей. Остальные – 21 пациентка (58,3%) по одному эпизоду. Средний возраст пациенток составил 27,4 г. Все женщины состояли на учете в ЖК, большинство из них вставало на учет по беременности до 12 недель.

Обследование включало: тщательный сбор анамнеза, проведение расширенной кольпоскопии (РКПС); онкоцитологическое исследование мазка из цервикального канала; ПЦР диагностику соскоба из цервикального канала на заболевания, передаваемые половым путем (хламидии, трихомонады, гонококки, микоплазмы, ВПГ и ЦМВИ), микроскопический анализ отделяемого влагалища.

РЕЗУЛЬТАТЫ

26 (72,2%) пациенток предъявляли жалобы на периодические бели, 19 (52,7%) отмечали зуд наружных половых органов или дискомфорт во влагалище. 9 (25%) женщин жалоб не предъявляли.

По данным расширенной кольпоскопии, у всех женщин (100%) была выявлена, согласно Международной классификации кольпоскопических терминов, Рио-де Жанейро, 2011 г., другая кольпоскопическая картина: воспаление, что соответствовало клиническому ДЗ хронический цервицит.

У всех пациентов по результатам ПЦР РВ диагностики отделяемого цервикального канала было обнаружено ДНК ЦМВИ.

Все пациентки получали лечение препаратом Панавир, который вводили внутривенно струйно по 5 мл №5 по схеме – 5 инъекций через 48 часов. Контроль за результатом исследования проводили не ранее, чем через 1 месяц после окончания лечения, который включал осмотр в зеркалах, повторную кольпоскопию и ПЦР тест в РВ на наличие ДНК ЦМВИ.

По результатам ПЦР РВ – диагностики было установлено, что через 1 месяц после внутривенного введения панавира ДНК ЦМВ в отделяемом цервикального канала не определялся у 100% пациенток. При сравнении результатов кольпоскопии до и после лечения у пациенток отмечена положительная динамика в виде уменьшения зоны воспаления, и зоны трансформации при наличие травматического эктропиона и эктопия шейки матки, появилось более равномерное окрашивание при пробе Шиллера, отсутствовали «немые» йоднегативные зоны и участки гиперемии на фоне МПЭ.

После лечения панавиром при дальнейшем наблюдении пациенток мы не отметили ни одного случая прерывания беременности и случаев преждевременных родов. При проведении плановых УЗИ во время беременности не было выявлено случаев пороков развития плода. Все дети родились здоровыми с хорошей оценкой по шкале Апгар. Нежелательных побочных эффектов в результате системного лечения панавиром зарегистрировано не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Препарат панавир можно рекомендовать для лечения хронических цервицитов, ассоциированных с ЦМВИ у женщин на этапе предгравидарной подготовки, имеющим в анамнезе случаи самопроизвольного прерывания беременности, неразвивающиеся беременности и преждевременные роды.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Хашукоева А.З., Наумов А.В., Носова Л.А., Полянская А.Р., Дмитрашко Т.Е.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Каждый год в период менопаузы вступает 47 млн женщин во всем мире. К 2025 году 1,1 млрд женщин во всем мире будут испытывать симптомы климактерического синдрома (КС). Его проявления могут длиться от 10 до 15 лет. Симптомы у женщин различаются: более 75% женщин сообщают о вазомоторных симптомах. Однако в ходе репродуктивного старения женщин отдельные его стадии отличаются друг от друга по своей продолжительности и сопровождаются не только специфическими симптомами, но и выраженными си-

стемными нарушениями в виде потери костной массы и развития заболеваний костно-мышечной системы, влекущими за собой нарушение мобильности и значительное снижение качества жизни женщин.К распространенным заболеваниям костно-мышечной системы относят постменопаузальный остеопороз, саркопению, остеопению, остеоартриты, приводящие к ухудшению качества жизни. В 2007 году Японская ортопедическая ассоциация предложила новую концепцию структуры костно-мышечных заболеваний, названную «локомотивным синдромом» (ЛС), для характеристики неустойчивого равновесия и затруднения подвижности вследствие структурного и функционального повреждения органов костно-мышечной системы, ответственных за подвижность у пожилых пациентов.Такая концепция позволяет рассматривать целую группу упомянутых заболеваний во взаимосвязи и взаимозависимости друг с другом и, несомненно, должна применяться в отечественном здравоохранении.

ЦЕЛЬ

Оценить взаимосвязь тяжести климактерического синдрома и нарушения мобильности при заболеваниях костно-мышечной системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проводились на клинической базе «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (РГНКЦ) и предусматривали оценку состояния костной и мышечной ткани у женщин с нарушениями мобильности при заболеваниях костно-мышечной системы и без таковых на фоне КС. В исследование были включены 40 женщин с КС, имеющих нарушения мобильности при заболеваниях костно-мышечной системы и без таких нарушений, обратившихся в РГНКЦ. Возраст обследованных составил от 45 до 76 лет (средний возраст 54,1±6,8 года, медиана 51 год).

Выделены 4 группы по 10 человек, основываясь на критерии STRAW+10:

- I группа – женщины позднего репродуктивного периода (-3a,-3b);
- II группа – женщины в менопаузальном переходе (-2,-1);
- III группа – женщины в ранней постменопаузе (+1a,+1b,+1c);
- IV группа – в поздней постменопаузе (+2).

Пациенты в группах сопоставимы по индексу коморбидности Charlson, имели КС и не получали гормональную терапию. Все пациенты проходили обследование, включающее в себя изучение анамнеза жизни, гинекологического анамнеза; объективное обследование(ЧДД, ЧСС, АД, динамометрия, антропометрическое исследование); изучение и анализ структуры и особенностей нарушений мобильности и факторов риска развития заболеваний костно-мышечной системы (тест «Встань и иди», индекс расстояние 2-х максимальных шагов/рост, тест с подъемом со стульев разной высоты, SPPB (краткая батарея тестов физической активности), гериатрическая шкала оценки локомотивных функций GLFS-25). Определяли степень тяжести КС (по шкале Грина) и ЛС.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования выявлена вероятная роль нелеченного КС на степень тяжести нарушения мобильности у женщин в различные стадии репродуктивного старения.

В I группе ЛС 1 ст. был выявлен у 8 (20,0%) пациенток, ЛС 2 ст. – у 2 (5,0%)пациенток. Все женщины I группы страдали КС легкой степени тяжести.

Во II группе ЛС 1 ст. был у 3 женщин: 2 (5,0%) из них страдали КС 1 ст., 1 (2,5%) – КС 1 ст. ЛС 2 ст. был у 5 (12,5%) пациенток с КС 2 ст. Наиболее тяжелые проявления КС были у 2 (5%) пациенток данной группы с тяжелыми проявлениями ЛС.

ЛС 2 ст. в III группе был у 2 (5,0%) пациенток с КС 1 ст. и у 3(7,5%) – с КС 2 ст. ЛС 1 ст. был у 2(5,0%)пациенток с КС 2 ст. Наиболее тяжелые проявления КС были у 3 (7,5%) пациенток данной группы с тяжелыми проявлениями ЛС.

В IV группе ЛС 2 ст. был у 2 (5%)пациенток и у 8 (20%) пациенток был ЛС 3 ст. тяжести. Все женщины IV группы страдали КС легкой степени тяжести. Однако 6 (15,0%) женщин IV группы отмечали тяжелые проявления КС в прошлом во время менопаузального перехода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами исследование среди женщин 45- 76 лет показало, что недооцененная тяжесть КС и отсутствие его лечения может способствовать нарушению мобильности. Дальнейшее исследование должно продолжить развитие и подтвердить эти начальные результаты по исследованию данной взаимосвязи, а его результаты в будущем позволят усовершенствовать эффективную раннюю профилактику обменных нарушений кост-

но-мышечной системы посредством своевременного лечения КС для поддержания двигательной функции и повышения качества жизни женщин.

МИКРОБИОТА ПОЛОВОГО ТРАКТА У ДЕВУШЕК С ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ И ИЗБЫТКОМ АНДРОГЕНОВ

Храмова Е.Е., Бугун О.В., Пигарева Л.Н.

Клиника ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ

Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре акушерско-гинекологической заболеваемости во всем мире одно из первых мест занимают инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, которые являются одной из актуальных проблем детской и подростковой гинекологии. Наблюдаемое увеличение распространения дисбиотических состояний и, как следствие, увеличение частоты и тяжести неспецифических воспалительных заболеваний вульвы у девочек, вероятно, обусловлено сочетанием множества факторов: снижением общего и местного иммунитета, неоправданно широким использованием антибиотиков, нарушениями менструального цикла, гиперандрогенией и т.д. (Уварова Е.В. с соавт.). Дисбиотические нарушения во влагалищном биотопе предрасполагают к развитию хронических заболеваний органов малого таза и, впоследствии, ухудшают прогноз в отношении репродуктивной функции, являясь причиной бесплодия, эктопической беременности, невынашивания беременности и внутриутробного инфицирования. Изучение состояния влагалищного биотопа и своевременная коррекция выявленных изменений у девушек-подростков с нарушениями менструального цикла и проявлениями гиперандрогении имеет большое значение.поликистозными яичниками.

ЦЕЛЬ

Оценить состояние микробиоты полового тракта у девушек с олигоменореей и избытком андрогенов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 15 девушек-подростков с нарушениями менструального цикла с менархе по типу олигоменореи, клиническими/биохимическими проявлениями избытка андрогенов – основная группа (15 чел) и контрольная группа (15 чел) с нормальным циклом, без проявлений гиперандрогении. В работе использовались клинические, биохимические, гормональные, инструментальные методы обследования. Исследование состояния влагалищного микробиоценоза проводили при помощи комплексной количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием тест-систем «Фемофлор-16» (производства ООО «НПО ДНК-Технология», Россия). Статистический анализ данных проводили с применением программы Statistica 6.1 StatsoftInc., США (правообладатель лицензии – ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»). Статистическую значимость сравниваемых показателей устанавливали, используя U-критерий Манна-Уитни (Mann-WhitneyU-test) и K-Stest Колмогорова-Смирнова (данные представлены в виде M±m, где M – среднее арифметическое, m – ошибка среднего), а также критерий $\chi 2$. Величина уровня статистической значимости (p) принята равной 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования выявлено, что у девушек-подростков основной группы лидирующим нарушением менструального цикла является олиго-аменорея – 86,6%, у 73,3% – девушек установлены разные степени гирсутизма и у 46,6%- акне вульгарис, у 66,6% девушек имелись жалобы на выделения. При проведении дополнительного обследования, выявлены изменения в микроскопии влагалищных мазков, вагиноскопии, ph-метрии. При исследование микробиоты полового тракта у девушек основной группы методом ПЦР установлено отсутствие у трети девушек лактобактерий во влагалищном биотопе, увеличение количества условно-патогенной флоры у 93,3% девушек. При проведении ПЦР в реальном времени у девушек контрольной группы выявлено, что у 3 пациенток (20%) имелось отсутствие лактобактерий, что сопоставимо с основной группой. Абсолютный нормоценоз выявлен у 3 девушек (20%), У 46,6% девушек контрольной группы выявлено во влагалищном биотопе повышение количества условнопатогенной флоры в клинически значимом количестве. Ранжируя вклад микроорганизмов

в формирование общей бактериальной массы микробиоты полового тракта у девушек основной группы, необходимо отметить, что лидерами являются анаэробы Gardnerella vaginalis/Prevotellabivia/Porphyromonasspp.,Eubacteriumspp.,Sneathiaspp./Leptotrichiaspp./Fusobacteriumspp.,Megasphaeraspp./Veillonellaspp./Dialisterspp.,Lachnobacteriumspp./Clostridiumspp.,Mobiluncusspp./Corinebacteriumspp.,Peptostreptococcusspp., Atopobiumvaginae.

Для микробиоценоза влагалища девушек контрольной группы лидирующими микроорганизмами в формировании общей микробной массы являются Lactobacillus spp и анаэробы Gardnerellavaginalis/Prevotellabivia/Porphyromonasspp., Eubacteriumspp., Megasphaeraspp./Veillonellaspp./Dialisterspp., Lachnobacteriumspp./Clostridiumspp., Mobiluncusspp./Corinebacteriumspp., Peptostreptococcusspp., Atopobiumvaginae.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На наш взгляд, полученные в данном исследовании результаты служат убедительным обоснованием проведения обследования биотопа влагалища методом ПЦР у девушек с нарушениями менструального цикла и гиперандрогенией.

ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗА ИЗОБРАЖЕНИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Ефименко А.В., Мирошниченко Л.Б.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриальная интраэпителиальная неоплазия (ЭИН) – предраковый процесс с высоким риском злокачественной трансформации в эндометриальную карциному. Патогенез ЭИН связывают не только с эстроген-опосредованной стимуляцией клеточного роста, но и с накоплением мутаций генов, приводящих к нарушению баланса процессов апоптоза и пролиферации. Основными регуляторами запрограммированной гибели клеток являются белки, принадлежащие к семейству Bcl-2. Эти белки могут активировать апоптоз, играя роль проапоптотических, они же способны его ингибировать, обладая антиапоптотическими свойствами. ЭИН не имеет специфических макроскопических признаков и не может быть выявлена при гистероскопии или любом известном методе лучевой диагностики. Для верификации ЭИН используют такие морфологические критерии как изменение соотношения железы/строма с преобладанием желез, изменение архитектуры желез, цитологическая атипия. Однако субъективная оценка срезов ткани эндометрия, окрашенных гематоксилином и эозином приводит к низкой воспроизводимости результатов исследования при изучении биоптатов разными патологоанатомами.

ЦЕЛЬ

Определить с помощью компьютерной морфометрии изображения характер экспрессии маркера апоптоза протеина Bcl-2 в эндометрии при ЭИН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 62 женщины, проходившие обследование в Клинике ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России в период с 2018 по 2022гг. Основную группу составили 32 пациентки с диагнозом ЭИН. В группу контроля включили 30 пациенток, обратившихся по поводу вторичного бесплодия, у которых после проведенного обследования исключена патология эндометрия. Для проведения иммуногистохимического (ИГХ) исследования использовали первичные мышиные антитела к протеину Bcl-2, клон 114. ИГХ-реакцию проводили в соответствии с протоколом производителя. Изображения срезов ткани эндометрия получали с помощью камеры AxioCam ERc5s микроскопа Axio Scope A1 (Carl Zeizz), при увеличении объектива x20, в 5 непересекающихся репрезентативных участках ткани. Для оценки результатов ИГХ-реакций использовали программу обработки и анализа изображений ImageJ. Измеряли общую площадь изображения ткани и площадь продукта ИГХ-реакции. Проводили вычисление расчетного показателя экспрессии (ПЭ) искомого антигена, который определяли

как соотношение площади продукта ИГХ-реакции к общей площади измеренной ткани и умножали на 100%. Статистическую обработку данных проводили с помощью методов хи-квадрат Пирсона, Манна-Уитни, рассчитывали медиану (Me), нижний и верхний квартили [Q1:Q3]. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациенток контрольной группы от 29 до 40 лет, медиана возраста составила 32,3 лет. В основной группе возраст женщин от 31 до 55 лет, медиана возраста = 39,4 года. В контрольной группе при исследовании биоптатов установлено, что эндометрий соответствовал средней или поздней стадии фазы пролиферации и не имел признаков воспалительного или гиперпластического процесса. При ИГХ-исследовании экспрессия протеина Bcl-2 определялась в виде умеренной интенсивности окрашивания в цитоплазме эпителия желез и в виде слабого окрашивания в единичных клетках стромы эндометрия. Проведенный компьютерный анализ 150 изображений ткани эндометрия пациенток контрольной группы показал, что показатель экспрессии Bcl-2 составил 4,8 [3,91; 5,59]%. В основной группе оценку уровня экспрессии протеина BCL-2 проводили в очагах ЭИН и в эндометрии вне патологического процесса. ПЭ маркера апоптоза при ЭИН составил 19,8 [15,96; 21,03]%, а в ткани эндометрия вне патологического очага – 7,8 [6,88; 9,04]%. Таким образом, в очагах ЭИН экспрессия BCL-2 выше чем в группе контроля в 4,1 ($p<0,01$), в окружающем эндометрии – в 1,6 раза ($p<0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метод компьютерной морфометрии изображений с использованием программ обработки и анализа изображений позволяет избежать субъективной оценки патологического процесса. Установленная нами чрезмерная экспрессия ингибитора апоптоза протеина Bcl-2 в очаге ЭИН и окружающей его морфологически не изменённой слизистой оболочки матки указывает на возможную роль этого белка в инициации и прогрессии неоплазии, что может быть использовано в диагностическом поиске предикторов опухолевых процессов эндометрия.

ЧАСТОТА ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ RS2018736 A456C ГЕНА FBLN 5 У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Шомиров Дилшод Абдухамидович

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерство и гинекологии Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наиболее частыми патологическими изменениями, требующими хирургической коррекции после гистерэктомии являются опущения стенок влагалища и несостоятельность мышц тазового дна. Пролапс культи влагалища после гистерэктомии лапаротомным доступом у женщин, ранее не имевших пролапса гениталий, составляет 2–5%. Частота выпадения купола влагалища после гистерэктомии составляет 0,2–43%.

ЦЕЛЬ

Оценка выявляемости полиморфизмов гена системы эластических волокон rs2018736 A456C гена FBLN на риск развития патологии органов малого таза – развития постгистерэктомического пролапса гениталий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 55 женщин с постгистерэктомическим пролапсом гениталий (ПГЭПГ) в возрасте от 30 до 67 лет. В основную группу входили женщины с ГППГЭ, а в контольную группу женщины без ГППГЭ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты молекулярно-генетических исследований гена (rs2018736) A456C гена FBLN 5 показали, что функциональный аллель А в контрольной группе женщин без ГППГЭ встречался в 79,7% случаев (59/74), а в основной группе женщин с ГППГЭ аллель А встречался – в 38,2% случаев (42/110), что в 2,08 раз было ниже по сравнению с контрольной группой. ($\chi2=30,84$; $p<0,001$; OR=0,16; 95% CI 0,08–0,31). Тогда как нефункциональный (мутантный) аллель «С» выявлялся в 68 случаях– в группе женщин с ГППГЭ, что составило 61,8% (68/110), тогда

как в группе контрольных лиц без ГППГЭ мутантный аллель С определялся – в 15 случаях (15/74), что составило 20,3%. ($\chi2$=30,84; p<0,001; OR=6,37; 95% CI 3,21–12,63);

Результаты анализов частоты встречаемости аллелей исследуемых полиморфизмов гена FBLN 5 среди пациенток с ГППГЭ и контрольной группы женщин статистически достоверно отличается. (P < 0,05)

Полученные данные говорят о том, что полученное высокое значение отношения шансов (OR= 6,37), указывают на зависимость ассоциации между мутантным аллелям «С» полиморфизма (rs2018736) гена FBLN 5 и постгистерэктомическим пролапсом гениталий.

Анализ ассоциации полиморфизме генотипов гена FBLN 5 у обследованных пациенток показал отличительные особенности.

Так, благоприятные генотипы А/А гена FBLN 5 в контрольной группе пациенток встречался 64,8% (24/37) случаях, тогда как в основной группе данный генотип определялся – 14,5% (8/55) случаях, что в 4,5 раз меньше по сравнению с контрольной группой (P <0,05). ($\chi2$=27,30; p<0,0006; OR=0,09; 95%CI 0,03- 0,25).

Гетерозиготный генотип А/С ассоциации полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 встречался в основной группе пациенток с ГППГЭ у 26 пациенток, что составило 47,3% случаев. Тогда как у пациенток контрольной группы данный генотип А/С встречался 11 женщин, что составило 29,7% случаев соответственно, что в 1,6 раз было ниже по сравнению с основной группой. (P <0,05) ($\chi2$=27,30; p<0,0006; OR=2,12; 95%CI 0,88–5,12).

Тогда как неблагоприятный гомозиготный вариант С/С rs2018736 A456C гена FBLN 5 встречался у 21 пациенток в основной группе, что составило 38,2% (21/55), а в контрольной группе данный генотип встречался у 2 из 37, что составило 5,4% случаев (5/37) соответственно. ($\chi2$=27,30; p<0,0006; OR=10,81; 95%CI 2,35–49,68).

Учитывая то факт, что в основной группе женщин с ГППГЭ отмечается высокая выявляемость неблагоприятного гомозиготного варианта С/С гена FBLN 5 и превышает в 7,07 раз показателей контрольных лиц, полученные данные могут говорить о том, что носительство гомозиготного генотипа полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 может явиться фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 7,1 раз (OR=10,81).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты молекулярно-генетических исследований показали, что исследование частоты распределения аллелей полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 в выборке женщин основной группы и в популяционной выборке (контроль) показало, что благоприятный (функциональный) аллель А в контрольной группе женщин без ГППГЭ встречался в 79,7% случаев (59/74), а в основной группе женщин с ГППГЭ аллель А встречался – в 38,2% случаев (42/110), что в 2,08 раз было ниже по сравнению с контрольной группой. ($\chi2$=30,84; p<0,001; OR=0,16; 95%CI 0,08–0,31). Тогда как нефункциональный (мутантный) аллель «С» выявлялся в 68 случаях – в группе женщин с ГППГЭ, что составило 61,8% (68/110), тогда как в группе контрольных лиц без ГППГЭ мутантный аллель С определялся-в 15 случаях (15/74), что составило 20,3%. ($\chi2$=30,84; p<0,001; OR=6,37; 95%CI 3,21 -12,63).

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК

Шульпина Е.Ю., Добрынина М.Л.
ФГБОУ ВО ИВГМА МИНЗДРАВА РОССИИ
Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия перименопаузального периода в настоящее время не имеет выраженной тенденции к снижению.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение факторов риска и психологического состояния влияющих на эффективность лечения гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 80 пациенток с ГПЭ перименопаузального возраста в гинекологической клинике НИИ МиД им. Городкова В.Н. с помощью опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Item – From health Survey-36) Исследовали качество жизни женщин, включающие 8 показателей (Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, General Health, Vitality, Social Functioning, Role Emotion, Mental Health).

Патология эндометрия была выявлена при гистологическом исследовании эндометрия, полученном при раздельном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии. Пациентки, поступившие на контрольное исследование после гормональной терапии, были разделены на 2 группы. Первую группу составили женщины у которых наблюдался положительный эффект от лечения (38 женщин), вторую группу – пациентки с рецидивирующим гиперпластическим процессом эндометрия (42 женщины). Для лечения женщин обеих групп были использованы агонисты релизинг гормонов в стандартных дозировках.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У женщин второй группы обменно-эндокринные заболевания наблюдались чаще: сахарный диабет в 1.5 раза, ожирение в 3.5 раза по сравнению с первой группой, где отмечена эффективность гормональной терапии.

Было установлено, что у пациенток первой группы, в сравнении со второй выявлены более низкие показатели влияния эмоционального (RE), и физического (RP) состояния на функционирование организма и повышен уровень настроения (MH). $p<0,01$. По остальным показателям качества жизни достоверных различий в группах не наблюдалось. Адекватность лечения экстрагенитальной патологии в обеих группах не удалось проконтролировать.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение ГПЭ на фоне соматической патологии и особенно обменно-эндокринных заболеваний (которые являются факторами риска), становится более эффективным при хорошем эмоциональном состоянии и повышенном настроении, Таким образом, хорошее эмоциональное и физическое состояние организма на фоне традиционной гормональной терапии может способствовать более быстрому лечению гиперпластических процессов.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ПРОЛАКТИНА, ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО И ЛЮТЕНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНО-ОВАРИАЛЬНОГО ЦИКЛА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Юнусова Д.Х., Нажмутдинова Д.К.

Частная клиника

Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

Постковидные осложнения являются очень актуальной и до конца не изученной проблемой. По данным авторов Lopez-Lion S, et all в недавном систематическом обзоре и метаанализе сообщалось о 80% больных (ДИ 65–92) имевшие подтверждённый Covid 19 в анамнезе отмечали постковидные симптомы, так же Парфёнова Я. А et all, отмечает статистически значимое увеличение частоты НМЦ с 33,4% до 73,4% ($p=0,002$) через 3–6 месяцев после Covid 19.

ЦЕЛЬ

Изучение изменения уровней пролактина, ЛГ и ФСГ у женщин с нарушениями менструального цикла имевшие подтверждённый Covid 19 в анамнезе, в сравнение с пациентами с НМЦ не болевшие коронавирусной инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено аналитическое одномоментное исследование. Было получено, что чтобы при мощности статистического критерия 80% и ошибке первого рода $a=5\%$ обнаружить различия в исследуемых группах при сравнении с использованием метода Манна-Уитни необходимо набрать

377 пациентов в каждую группу.Но так как выше указанное количество выборки не представилось возможным (на базе обращаемости больных в отделение гинекологии и в частную и государственную ЛПУ в Ташкента) были обследованы 104 женщин (при этом предельная ошибка выборки составил 7,9%), средний возраст женщин составил 29 ± 6.4года. Больных разделили в контрольную и обследуемые группы. Был создан специальный опросник включающий критерии отбора пациентов в исследование. Основными критериями отбора служили жалобы пациенток на нерегулярные менструации, характер нарушений, наличие или отсутствие перенесенной короновирусной инфекции в анамнезе, репродуктивный возраст пациенток, сопутствующие гинекологические и эндокринологические патологии и др. Обследуемую группу составили 56 женщин переболевшие коронавирусной инфекцией в анамнезе и с жалобами на нарушение менструально-овариального цикла, контрольную группу составили 48 женщин обратившиеся по поводу нарушение менструально-овариального цикла, не болевшие ковидом. У обоих групп оценивали изменения уровней пролактина, фолликулостимулирующего и лютенизирующего гормонов в утренней сыворотке крови, методом ИХЛА (В клинике «Шифо Нур» г. Ташкент) Референсные значения составляли пролактин 66–490нг\мл; ФСГ -3,5–12,5мЕД/мл; ЛГ-14,0–95,6мЕД/мл. Данные были протестированы на аутокорреляюция и стационарность, с отрицательными результатами. Данные обрабатывались статистическим программным пакетом «STATA».

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате анализа с помощью множественной линейной регрессии с участием трёх независимых переменных (пролактин, ФСГ, ЛГ) показатель перенесенного Covid 19 был принят за зависимый показатель. В контрольной группе из 48 женщин изменения в гормональном спектре выявили: пролактин у 25(52%) женщин, ФСГ у 16 (33%), ЛГ у 16 (33%). В исследуемой группе из 56 женщин пролактин у 33(58%) женщин, ФСГ у 33 (58%), ЛГ у 30 (53%). Среди всех показателей пациентов с нарушениями менструального цикла только один из переменных был определён как статистически значимым показателем характерным для пациентов перенесших COVID-19. Уровень статистической значимости ФСГ составил $p<0,01$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом изменения в гормональном спектре у женщин с жалобами на нарушения менструального цикла не болевшие коронавирусной инфекцией встречались реже чем у больных перенесших Covid 19. Изменения уровня ФСГ, с высокой степенью статистической значимостью, был определён как наиболее чувствительным и характеризующим влияние COVID-19 на менструально-овариальную функцию. Необходимы дальнейшие исследования для выявления причин этих растройств.

СПИНОСАКРАЛЬНАЯ ВАГИНОПЕКСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Ильюк Ж.Н., Андреева Н.Л., Щуцкая Э.В., Бакановская С.Е., Бич А.И.

БелМАПО

Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным различных исследователей, пролапс гениталий у женщин является достаточно распространенным заболеванием и, в настоящее время, не имеет тенденции к снижению, что связано с текущей демографической ситуацией, характеризующейся ожидаемым старением населения. Так, по результатам исследования WHI, у 41% женщин в возрасте 50–79 лет имеется пролапс гениталий, 1 из 10 женщин данного возраста подвергается хирургическому вмешательству с целью его коррекции. В 30% случаев возникают рецидивы заболевания, требующие повторного оперативного лечения. Согласно литературным данным существует более 300 видов операций, по устранению пролапса гениталий. Частота рецидивов в послеоперационном периоде колеблется от 5% до 40%, что приводит к сохранению высокого интереса к применению синтетических материалов для коррекции дефектов тазового дна.

ЦЕЛЬ

Определение эффективности спиносакральной вагинопексии с применением полипропиленовой сеткой «Мономэш» в лечении генитального пролапса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2019–2020 г. нами было прооперировано 44 женщины с пролапсом гениталий III-IV степени по системе POP-Q. Возраст пациенток колебался от 53 до 84 лет (68,8±1,5). У всех больных были жалобы на ощущение инородного тела в области промежности, приводящее к затруднению при ходьбе, тянущие боли внизу живота. Связанные с мочевыделительной системой жалобы предъявляли 38 пациенток (86,4%), связанные с дефекацией – 8 (18%). Всем пациенткам выполнялась влагалищная гистерэктомия без придатков, спиносакральная вагинопексия с применением полипроленовой сетки «Мономэш» по стандартному протоколу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции составила 121,4±9,4 минуты, объем кровопотери – 196,8±12,6 мл. При выполнении оперативного лечения нами не было отмечено случаев интраоперационных осложнений. В послеоперационном периоде у одной (2,3%) пациентки имело место обострение хронического пиелонефрита, еще у одной (2,3%) – гематома влагалища. В дальнейшем наблюдение производилось через 12- 24 месяцев.

Жалобы на нарушения мочеиспускания сохранялись в отдаленном послеоперационном периоде у 2 женщин (4,5%), у одной пациентки (2,3%) сформировалась эрозия слизистой влагалища с асептическим отторжением имплантата, у двух (4,5%) – возник рецидив генитального пролапса II-III степени, представленный цистоцеле, при этом в первом случае отмечен его бессимптомный характер. Пролапс гениталий 0-I стадии по системе POP-Q имел место у 42 женщин (95,5%), что расценивалось нами как удовлетворительный результат лечения. Половую жизнь возобновили 9 (20,4%) женщин. Значительное улучшение качества жизни отметили 39 пациенток (88,6%).

Результаты проведенного нами исследования подтверждают высокую эффективность спиносакральной вагинопексии с применением полипропиленовой сетки «Мономэш» для хирургического лечении генитального пролапса, так как у 42 пациенток (95,5%) достигнут удовлетворительный результат лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Спиносакральная вагинопексия с применением полипропиленовой сетки «Мономэш» является эффективным и безопасным методом хирургического лечения генитального пролапса.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MTHFR ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФЕКТОВ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Янгибаева Д.Т., Юлдашева Д.Ю., Чориева Г.З., Садикова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия, Кафедра Акушерства и гинекологии №2
Ташкент

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы активно исследуются вопросы, связанные с ролью наследственных дефектов гемостаза при привычной потере беременности. Среди последних активно изучается мутация термолабильного фермента метилентетрагид-рофолатредуктазы (MTHFR C677T), которую связывают с повышением уровня гомоцистеина в плазме крови. Мутации ферментов, участвующих в метаболизме гомоцистеина, приводящие к развитию гипергомоцистеинемии, включают как минимум 92 мутации цистатионин- (3-синтетазы (CBS) и 24 мутации метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Могут иметь место также мутации других ферментов, в частности метионин-синтетазы, ферментов синтеза коэнзима кобаламина и др. Именно снижение активности этого фермента – одна из важных причин накопления гомоцистеина в организме. Дефицит фолиевой кислоты и витаминов группы В, связанный с особенностями диеты или с недостаточным их усвоением организмом, а также дефекты в генах фолатного обмена, обусловливающие сниженную активность ферментов, приводят к избыточному накоплению гомоцистеина в крови и нарушению процессов метилирования в клетке. Гомоцистеин облада-

ет выраженным токсическим свойством, при этом негативные воздействия, оказываемые им, очень разнообразны.

ЦЕЛЬ

Оценить роль полиморфизма гена MTHFR при развитии дефектов внутриутробного развития плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

1 группу составили 30 беременных женщин с различными видами аномалий развития у плода, во 2 группу вошли 30 женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе. Группу сравнения составили 30 пациенток с нормальным развитием плодов. Изучаемые группы не различались по возрасту, паритету, началу менструальной функции, наличию генитальной и экстрагенитальной патологии. У всех беременных проводилось определение уровня гомоцистеина, фолиевой кислоты в плазме крови, произведено молекулярно-генетическое исследование периферической крови (выделение ДНК; выявление генетических мутаций в генах фолатного цикла MTHFR, MTRR, MTR).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень гомоцистеина в плазме крови беременных контрольной группы составил 5,61 (4,8 – 6,77) мкмоль/л. В плазме женщин 1 и 2 группы отмечался более высокий уровень гомоцистеина 20,8 и 17,5 мкмоль/л соответственно, чем у пациенток группы сравнения. У женщин 1 и 2 группы в 11 (36,7%) и 8 (26,7%) соответственно случаях имела место гомозиготная и у 18 (60%) и 16 (53%) — гетерозиготная мутация гена MTHFR C677T. А в контрольной группе у 4 женщин вывлено только гетерозиготная мутация данного гена. При изучении гена MTRR, мутация выявлена у 14 (46,6%) и 13 (43%) женщин соответственно 1 и 2 группы, что 7.7 и 6,5 раза превышает показателей контрольной группы. Уровень фолиевой кислоты 5,3 нг/мл в 1 группу и 9,8 и 13,5 во 2 группе и контрольной групп соответственно, что не ниже нормальных показателей (>3 нг/мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследования показывают, что наличие мутаций ферментов, участвующих в метаболизме гомоцистеина и приводящих к развитию гипергомоцистеинемии является наиболее неблагоприятным фактором риска антенатальной гибели плода и уродств плода. Мутации гена MTHFR и гипергомоцистеинемия чаще встречаются у женщин с дефектами плода в анамнезе и неразвивающимися беременностями. Изучение полиморфизма только одного гена метилентетрогидрофолатредуктазы (MTHFR C677T) недостаточно, необходимо комплексное изучение вопроса, с проведением генотипирования по другим показателям фолатного цикла и их составляющих. Патогенетически обоснована ранняя диагностика и своевременная коррекция дисбалансных изменений с персонифицированным подходом на этапах прегравидарной подготовки и раннего онтогенеза для снижения риска осложненного течения беременности.

ТЕМАТИКА: ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Бреусенко В.Г., Карева Е.Н., Гуторова Д.С.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пролиферативные процессы эндометрия (ППЭ) в постменопаузе остаются актуальной проблемой. Перспективной является лекарственная терапия ППЭ. Поиск препаратов и методов терапии очень актуален в связи с выраженностью сопутствующей патологии у данной группы больных. Выбор лекарственных средств должен проводится на основании патогенетических механизмов развития ППЭ, в том числе иммунного статуса. Однако однозначных данных получено не было. В связи с этим перспективным является изучение рецепторного профиля мононуклеарной фракции периферической крови (МНФК).

ЦЕЛЬ

На основании изучения рецепторного профиля мононуклеарной фракции периферической крови пациенток с пролиферативными процессами эндометрия определить перспективные пути их коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы обследовали 32 пациентки с ППЭ: с атипической гиперплазией эндометрия (АГЭ) – 5, аденокарциномой эндометрия (АК) – 6, железисто-фиброзным полипом эндометрия – 21. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин периода постменопаузы. У пациенток в образцах крови была выделена МНФК, где методом РТ-ПЦР мы изучали экспрессию генов рецепторов ERα, ERß, mER, PRA, PRB, mPR, PGRmC1. В исследовании in vitro мы инкубировали МНФК (пациенток с полипами и здоровых женщин) с лигандами прогестероновых рецепторов для определения изменения их рецепторного профиля.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы выявили высокий уровень экспрессии генов рецепторов ERα, mER, PRA в МНФК при АГЭ. Известно, что ERα – это основной тип рецепторов эстрадиола в моноцитах/макрофагах и Т-хелперах. Эстрадиол подавляет моноцитарно-макрофагальное и стимулирует Т-хелперное звенья иммунитета. Таким образом полученные данные свидетельствует о повышенной чувствительности клеток к подавляющему действию эстрадиола на моноцитарно-макрофагальное и стимулирующему на Т-хелперное звенья иммунитета. При оценке экспрессии mER заслуживают внимание Т-киллеры, которые содержат только данный тип рецепторов. Эстрогены подавляют их активность. Повышение матричной РНК в МНФК может свидетельствовать о снижении функциональной Т-киллерной активности, что может способствовать сохранению клона атипических клеток. PRA выявлен исключительно в натуральных киллерах и через него прогестерон подавляет секрецию цитокинов. Высокий уровень экспрессии PRA при АГЭ способствует сохранению клона атипических клеток. Таким образом при АГЭ подавлена функция моноцитов, макрофагов, Т-лимфоцитов и натуральных киллеров. При АК мы выявили снижение экспрессии ERß ниже показателей здоровых женщин. Данный рецептор является маркерным рецептором В-лимфоцитов. Полученные нами данные могут свидетельствовать о вторичном подавлении опухолью В-клеточного звена иммунитета. Экспрессия остальных типов рецепторов при АК соответсвует показателям здоровых женщин. Это может быть проявлением автономности опухоли.

С целью поиска препаратов, нормализующих рецепторный профиль МНФК мы исследовали in vitro влияние прогестерона и мифепристона на мононуклеары пациенток с полипами и здоровых женщин. В отличие от здоровых женщин у пациенток с полипами прогестерон приводил к повышению экспрессии mER, mPR, PGRmC1, а мифепристон – к снижению ERα, ERß, mPR, PGRmC1, PRA, PRB.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом мифепристон является перспективным препаратом, обладающим способностью к снижению повышенной экспрессии ERα, mER, PRA при АГЭ. Подобное снижение экспрессии те-

оретически может привести к восстановлению функциональной активности моноцитов, макрофагов, Т-лимфоцитов и натуральных киллеров.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ТЕЛА МАТКИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Клюкина Л.А.[1], Соснова Е.А.[1], Ищенко А.А.[2]

1. *ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия*
2. *ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия*

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак тела матки (РТМ) относится к гормонально-зависимым опухолям, наиболее распространенным морфологическим типом РТМ считается эндометриоидная аденокарцинома, выявляемая в 80–85% случаев. Заболеваемость РТМ в группе женщин старше 45 лет резко увеличивается примерно в 3 раза. Важно отметить, что более 50% женщин постменопаузального возраста имеют избыточную массу тела, что обуславливает необходимость онконастороженности для женщин данной возрастной группы. Следовательно, высокая частота распространенности ожирения среди женщин постменопаузального возраста с одной стороны и широкое внедрение в клиническую практику назначения препаратов менопаузальной гормональной терапии с другой, обуславливают особую актуальность изучения клинико-морфологической картины рака тела матки в данной возрастной группе женщин.

ЦЕЛЬ

Изучить клинико-морфологическую картину эндометриоидного типа РТМ среди женщин постменопаузального возраста с ожирением (ИМТ от 30 кг/м2.) в зависимости от приема препаратов менопаузальной гормональной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование проспективно включили 214 пациенток постменопаузального возраста с верифицированным эндометриоидным типом рака тела матки, которым проводилось хирургическое лечение в отделении гинекологии ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» Минздрава России и онкогинекологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова Минздрава РФ «Университетская Клиническая Больница №4» за период 2019–2021 года. Стадия рака тела матки определялась в соответствии системы TNM (UICC, 8-й пересмотр, 2016 г.) и международной классификации FIGO (2009 г.). По степени дифференцировки РЭ разделяли на G1- высокодифференцированный; G2-умереннодифференцированный; G3- низкодифференцированный рак. Основную группу составили 140 женщин постменопаузального возраста с ИМТ от 30 кг/м2., из которых у 58 женщин отмечен прием препаратов МГТ. В группу сравнения было включено 74 женщины с ИМТ от 17,6 до 24,9 кг/м2., среди которых 20 женщин принимали препараты МГТ. У всех пациенток был отмечен прием комбинированного эстроген- гестагенного менопаузального препарата от 12 месяцев и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В подгруппе женщин с нормальной массой тела достоверно чаще встречалась стадия с инвазией миометрия менее 50% (T1a в соответствии системы TNM (UICC, 8-й пересмотр, 2016 г.), а частота более поздних стадий РЭ с большей степенью инвазии достоверно чаще встречаются в основной группе женщин с ожирением (p=0,012). Изучение степени дифференцировки также продемонстрировало достоверные различия, а именно: в группе сравнения частота встречаемости высокодифференцированных форм (G1) РЭ была достоверно выше, по сравнению с основной группой, где чаще наблюдались умеренно дифференцированные формы (p=0,001). При проведении сравнительного анализа изучаемых признаков в подгруппах женщин, которые отрицали прием препаратов МГТ, достоверных различий обнаружено не было (p=0,383; p=0,745).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенной работы и анализ итогов ранних исследований свидетельствуют о необходимости разработки тактики снижения ИМТ и своевременной коррекции гормонально-метаболических нарушений среди женщин постменопаузального возраста перед назначением препаратов менопаузальной гормональной терапии с целью возможного снижения не только частоты развития рака эндометрия, но и предупреждения развития более поздних стадий РТМ с низкой и умеренной степенью дифференцировки (G2-G3), так как данные факторы оказывают отрицательное влияние на качество и продолжительность жизни женщины, в связи с необходимостью проведения дальнейшей терапии.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДООПЕРАЦИОННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ОНКОМАРКЕРОВ ПРИ РЕДКИХ ФОРМАХ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Коваленко Н.В.[1], Вереникина Е.В.[2], Гладких О.Н.[3], Домашенко Е.В.[3], Рыжков С.В.[2]

1. *Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер», г. Волгоград*
2. *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России», г. Ростов-на-Дону*
3. *Государственное автономное учреждение Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону*

Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

При раке тела матки до оперативного лечения рекомендовано определять исходную концентрацию в сыворотке крови антигена аденогенного рака CA-125. В последнее время накоплена информация о перспективности оценки содержания в крови протеина HE4 (Human epididymis protein 4), дегликазы DJ-1 как активатора сигнального пути PI3K/Akt/mTOR, белка межклеточного взаимодействия L1CAM. Диагностическая информативность маркеров в большинстве исследований изучается для больных эндометриальным раком и не определена для редких форм рака тела матки, отличающихся высоким злокачественным потенциалом.

ЦЕЛЬ

У больных серозным и светлоклеточным раком тела матки определить изменения в содержании сывороточных онкомаркеров при различной стадии и распространенности опухолевого процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 33 пациентки с серозным и 24 со светлоклеточным раком тела матки II-IV стадий по FIGO. До начала первичного лечения в сыворотке крови иммуноферментным методом анализа определяли концентрацию белков CA-125, HE4, DJ-1, L1CAM. Содержание онкомаркеров оценивали в зависимости от стадии заболевания, степени дифференцировки опухоли, глубины инвазии миометрия, вовлечения в опухолевый процесс лимфатических узлов и наличия лимфоваскулярной инвазии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных редкими формами рака тела матки концентрация биомаркеров многократно возрастала относительно показателей здоровых пациенток контрольной группы: CA-125 в 4,2 раза ($p<0,001$), HE4 в 2,8 раза ($p<0,001$), DJ-1 в 5,8 раз ($p<0,001$) и L1CAM в 2,9 раз ($p<0,001$). При серозном раке тела матки концентрация всех изучаемых белков в крови не коррелировала со стадией болезни, степенью дифференцировки, глубиной инвазии в миометрий, поражением лимфатических узлов. При светлоклеточном раке тела матки содержание сывороточных белков также не зависело от стадии заболевания и степени дифференцировки опухоли. Однако, повышение глубины инвазии в миометрий более 50% сопровождалось увеличением концентрации HE4 в 1,2 раза ($p=0,04$). Опухолевое поражение лимфоузлов было сопряжено с ростом концентрации HE4 в 1,3 раза ($p=0,05$) и L1CAM в 1,3 раза ($p=0,04$), а лимфососудистая инвазия с увеличением концентрации HE4 в 2,8 раза ($p<0,001$), DJ-1 в 5,7 раз ($p=0,002$) и L1CAM в 2,7 раз ($p=0,004$). Таким образом, у больных редкими формами рака тела матки многократное повышение концентра-

ции биомаркеров в крови сопровождалось потерей информативности относительно стадии заболевания и степени дифференцировки опухоли. При светлоклеточном раке изменения в крови маркеров HE4, L1CAM и DJ-1 были сопряжены со степенью распространенности опухолевого процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При серозном раке тела матки концентрация в крови маркеров CA-125, HE4, L1CAM и DJ-1 не коррелирует с клиническими характеристиками заболевания. При светлоклеточном раке тела матки дооперационное определение в крови маркеров HE4, L1CAM и DJ-1 отражает степень поражения лимфатических узлов и наличие лимфоваскулярной инвазии, а следовательно имеет перспективы в оценке распространения опухолевого процесса.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ РАННИХ РЕЦИДИВОВ РЕДКИХ ФОРМ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Коваленко Н.В.[1], Максимов А.Ю.[2], Гладких О.Н.[3], Домашенко Е.В.[3], Демидова А.А.[2]

1. *Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер», г. Волгоград*
2. *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России», г. Ростов-на-Дону*
3. *Государственное автономное учреждение Ростовской области «Областной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону*

Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

При редких формах рака тела матки по сравнению с эндометриоидным типом опухоли число ранних рецидивов заболевания и летальных исходов больных многократно выше. Данное обстоятельство определяет актуальность изучения предикторов, сопряженных с прогрессированием заболевания при неэндометриоидном типе рака тела матки.

ЦЕЛЬ

Определить дифференциальную и прогностическую информативность оценки экспрессии белковой дегликазы DJ-1 в ткани опухоли при редких формах рака тела матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 249 больных эндометриальной аденокарциномой (ЭК), 33 пациентки с серозным раком (СР) и 24 с диагнозом светлоклеточого рака (СКР) тела матки II-IV стадий. Иммуногистохимическую оценку экспрессии белка DJ-1 в ткани опухолевых образцов, полученных при операции, проводили на парафиновых срезах толщиной 5 мкм по стандартной технологии. Для идентификации белка использовали антитела к DJ-1 (Anti-DJ-1 antibody, 1:500, Cell Signaling Technology, Danvers, США). Ядерное, цитоплазматическое и ядерно/цитоплазматическое окрашивание оценивали с помощью рангов 0,1,2,3: 0 – отсутствие окрашивания, 1 балл – число окрашенных клеток менее 10% (низкая экспрессия), 2 балла – 10–49% (умеренная экспрессия), 3 балла – ⩾50% (высокая экспрессия). Развитие рецидивов заболевания оценивали в первые два года после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За два года после операции ранние рецидивы заболевания были выявлены при ЭК у 46 (18,5%), СР у 13 (39,4%) и СКР у 9 (37,5%) пациенток. Ядерная экспрессия DJ-1 в опухолевых клетках чаще ($p=0,003$) наблюдалась при ЭК ($n=141$, 56,6%) по сравнению с пациентами со СКР ($n=8$, 33,3%) и СР ($n=10$, 30,3%). Напротив, цитоплазматическая экспрессия DJ-1 чаще ($p=0,02$) встречалась при СР ($n=29$, 87,9%) и СКР ($n=20$, 83,3%) в отличие от больных с ЭК ($n=168$, 67,5%). Гиперэкспрессия белка DJ-1 в операционных образцах при СР отмечена у 21 (63,7%), СКР у 10 (41,6%) и ЭК у 37 (14,9%) пациенток. Повышение частоты гиперэкспрессии DJ-1 опухолевыми клетками при редких формах рака тела матки в отличие от ЭК было статистически значимым ($p<0,001$). По результатам регрессионного анализа Кокса установлено, что высокая экспрессия DJ-1 в опухолевых клетках ассоциирована ($p<0,001$) с многократным повышением риска рецидивов заболевания: при ЭК в 4,27 раза, СР в 6,39 раза и СКР в 5,52 раза. Итак, иммуногистохимиче-

ская оценка экспрессии DJ-1 опухолевыми клеткам при различных гистологических типах рака тела матки имеет дифференциальную и прогностическую информативность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При редких формах рака тела матки экспрессия дегликазы DJ-1 опухолевыми клетками выше по сравнению с ЭК и преимущественно локализована в цитоплазме. Для оптимизации прогноза развития ранних рецидивов редких форм рака тела матки рекомендована оценка экспрессии DJ-1 раковыми клетками. Гиперэкспрессия DJ-1 более тесно ассоциирована с развитием ранних рецидивов при редких формах рака тела матки.

ВОЗМОЖНА ЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА?

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

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск

Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее десятилетие в России сложилась неблагоприятная тенденция, свидетельствующая о том, что при относительной стабильности заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в целом растет заболеваемость женщин репродуктивного возраста и увеличивается частота запущенных форм РШМ. Дифференциальная диагностика цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) для современного гинеколога является задачей, решение которой будет способствовать точному выбору тактики лечения пациенток с сохранением репродуктивной функции и вторичной профилактике РШМ.

ЦЕЛЬ

Предложить использовать молекулярные иммунологические показатели в качестве дополнительных критериев для дифференциальной диагностики степени ЦИН I, II, III степени, при использовании в качестве биоматериала венозную кровь, в качестве метода её анализа – многопараметрическую проточную цитометрию и оценить результаты проведенного комплексного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено иммунологическое обследование 126 женщин: 1 группа (n= 96) – с ЦИН I, II, III степени со 100% ДНК ВПЧ.; 2 группа (n=30) – контроль 30 здоровых женщин без патологии ш/матки и ВПЧ. Оценивалась экспрессия PD1, TIM3 и LAG3 маркеров в общей популяции CD3+CD8+ Т-лимфоцитов, характеризующие дисфункциональные Т-клетки, появляющиеся в крови при развитии ЦИН. Исследования выполнены на проточном цитометре MACSQuant Analyzer (Miltenyi Biotec, Германия). Результат выражались в процентах (%), характеризующих наличие в крови клеток, типируемых по маркерам PD1 и TIM3, либо PD1 и LAG3, в общей популяции CD3+CD4+ Т-лимфоцитов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Зарегистрированы достоверные отличия в иммунологических показателях у больных ЦИН I, II и III, что дает возможность использовать данные показатели в дифференциальной диагностике ЦИН. Сопоставление результатов гистологического исследования и уровня экспрессии PD1, TIM3 и LAG3 маркеров в общей популяции CD3+CD4+ Т-лимфоцитов показало, что ЦИН I степени количество клеток с фенотипом CD3+CD4+PD1+TIM3+ и CD3+CD4+PD1+LAG3+ в каждом из вариантов не превышает 2% от общей популяции CD3+CD4+ Т-лимфоцитов. Количество клеток с фенотипом CD3+CD4+PD1+TIM3+ и CD3+CD4+PD1+LAG3+ в каждом из вариантов при ЦИН II степени составляло от 2% до 5% от общей популяции CD3+CD4+ Т-лимфоцитов. В то время как при ЦИН III степени количество таких клеток в каждом из указанных случаев более 5%. У всех пациенток (n=96) выбраны различные методы лечения: активное наблюдение при ЦИН 1, лазерное лечение отечественными хирургическими аппаратами «Ланцет-2», «Аллод-01» по стандартной методике, хирургическое лечение радиоволновым генератором «Фотек ЕА 141».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложен способ дифференциальной диагностики ЦИН I, II, III степени шейки матки, что способствует точному выбору тактики лечения пациенток с сохранением репродуктивной функции.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ – ОСНОВНОЙ ФАКТОР СТИМУЛЯЦИИ ПРОГРЕССИИ ПРИ МИКРОИНВАЗИВНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Ковчур П.И.[1,2], Курмышкина О.В.[1], Хидишян И.В.[2], Волкова Т.О.[1]

1. *ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»*
2. *ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер», Петрозаводск*

Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Активация ангиогенеза/лимфангиогенеза (ЛА) и эпителиально-мезенхимального перехода (ЭМП) при злокачественной трансформации, формирования воспалительного микроокружения, системы «контрольных иммунных точек», иммуносупрессорных и проангиогенных цитокинов при развитии микроинвазивного РШМ является актуальной задачей в онкргинекологии.

ЦЕЛЬ

Изучить популяции иммунных клеток и экспрессии иммунных контрольных точек (ИКТ) PD1, PD-L1, TIM3 и LAG3 в основных популяциях Т-лимфоцитов, выделенных из образцов опухолевой ткани и периферической крови пациенток с CIN3/cr in situ и IA1 РШМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены CD4 + / CD8 +, T-per, NKregs параллельно с оценкой концентрации TGFβ в сыворотке крови у 72 пациентов (37 с CIN3 и 35 – IA1 РШМ) с ВПЧ в 100%. Контроль – 30. Анализ экспрессии ИКТ проводился методом проточной цитометрии с использованием моноклональных антител и комбинации флуорофоров. Исследовали CD25+, FoxP3+, CD4+ CD25+, CD4+ CD25 high и CD4+ FoxP3+ лимфоцитов. Популяцию Treg CD4 определяли путем анализа двух комбинаций Treg-маркеров: CD4+ CD25+/high CD127 low/- и CD4+ CD25+ FoxP3+. Для иммунофенотипирования опухоль-инфильтрирующих лимфоцитов (ОИЛ) образцы ткани подвергались ферментативной диссоциации с последующей проточной цитофлуориметрией клеточной суспензии и оценки экспрессии ключевых маркеров ЛА и ЭМП: VEGFR3, c-Met, транскрипционных факторов мезенхимального фенотипа (SLUG и EpCAM). Обследовано CIN1(n = 7), CIN3/рак in situ (n = 12), микроинвазивный рак IA1 (n = 7) и морфологически нормальный эпителий шейки матки (контроль, n = 5). Результат выражался в процентах, характеризующих наличие в крови клеток, типируемых по маркерам PD1 и TIM3, либо PD1 и LAG3 в общей популяции CD3+CD8+ Т-лимфоцитов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На системном уровне у пациентов с CIN3 и IA1 РШМ показана высокая частота CD4+ CD25 + и CD4 + CD25 high лимфоцитов и увеличение CD4 + CD25 + FoxP3 + клеток среди CD4-положительных лимфоцитов. Частота CD25+FoxP3+ клеток в популяции CD8+ лимфоцитов увеличивалась при CIN3 и IA1 РШМ и доля CD8+CD25+FoxP3+ и CD8+CD25+CD127low/neg клеток, в сравнении с контролем, и выявлено повышение концентрации белка TGFβ1. Показано увеличение численности в периферической крови CD95+Т-клеток за счет CD4+CD95+ и снижение (%) CD8+CD95+ клеток. Функциональное состояние лимфоцитов обусловлено уровнем совместной экспрессии PD1/PDL1, TIM3 и LAG3, принадлежностью к определенной субпопуляции Т-клеток. При сравнении уровня экспрессии (в% окрашенных клеток) PD1 и PDL1 в общих популяциях CD4 и CD8 ЛПК значимо в группе больных, и более выражено для CD3+CD8+ Т-лимфоцитов. Так, при CIN3 количество клеток с фенотипом CD3+CD8+PD1+TIM3+ и CD3+CD8+PD1+LAG3+ в каждом из вариантов не превышал 5% от общей популяции CD3+CD8+ Т-лимфоцитов. Напротив, при IA1 РШМ количество таких клеток в каждом из указанных случаев более 5%.

На локальном уровне – При рассмотрении популяций CD4 и CD8 Т-клеток в образцах CIN3 и IA1РШМ характерен более высокий процент клеток, экспрессирующих PD1/PDL1, TIM3 и LAG3 (p<0,01). При этом подавляющая доля ОИЛ были положительны по CD25. Выявлено увеличение активированных Treg в ОИЛ и увеличение CD8+FOXP3+CD25+ Т-клеток, экспрессирующих PD1+ и TIM3+. Аналогичная тенденция наблюдалась для CD25+CD127low/neg Т-клеток. Найденные изменения в составе ОИЛ параллельны соответствующими изменениями Treg-клеток в периферической крови при переходе от CIN3 к IA1 РШМ и являются дифференциальным признаком инвазивного РШМ.

Для неиммунного компонента микроокружения изучены рецепторы (VEGFR3, c-Met), транскрипционные факторы мезенхимального фенотипа SLUG и EpCAM. Показано, что общее количество панцитокератина СК (+) клеток в CD45-отрицательной подгруппе увеличивалось от CIN1 к Cr in situ и далее IA1РШМ. Напротив количество клеток EpCAM(+) увеличено в образцах CIN1 с последующими незначительными изменениями. Количество клеток, экспрессирующих VEGFR3, MET незначительно среди CD45-отр. клеток контроля и CIN1, а при CIN3 и IA1 – их увеличение. Относительное количество клеток транскрипционного фактора SLUG(+) показало усиление экспрессии при CIN1, с пиком при CIN3. А при IA1 РШМ – экспрессия снижалась, но оставалась достоверно выше контроля. При этом экспрессия SLUG (+) обнаружена в значительной части клеток CD45(-) EpCAM (+) в очагах CIN1–3 и заметно меньшее количество клеток CD45 (-) СК (+), положительно окрашенных на SLUG образцах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение молекулярных изменений на локадьном и системном уровне определяет необходимость комплексного изучения иммунного и молекулярного профиля опухоли при разработке стратегий комбинированной терапии инвазивного РШМ.

COVID-19 И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ У ЖЕНЩИН ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ)

Ковчур П.И.[1,2], Хидишян И.В.[2]

1. *ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»*
2. *ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер», Петрозаводск*

Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Снижение смертности от рака шейки матки (РШМ) в России можно решить, прежде всего, при условии организации национального цитологического скрининга (ЦС), и далее, усовершенствованием методов лечения инвазивных форм РШМ. Сегодня в России скрининговые мероприятия проводятся в рамках реализации приказа Минздрава России от 16.12.2021 №2041 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». В Республике Карелия (РК) – приказа МЗ РК от 4.02.2020г №131 «О проведения скрининговых мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний в медицинских организациях Республики Карелия». Организованных (популяционных) программ скрининга на территории РК не проводится (как в целом по России).

ЦЕЛЬ

Оценить влияние COVID-19 на раннюю диагностику, включая диагностику рака in situ шейки матки, заболеваемость и смертность от РШМ среди женщин Республики Карелия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ материала от 765 пациенток с преинвазивным раком (рак in situ) и 1840 инвазивным РШМ за 25-летний период (1998–2021 гг). Выделено 5 периодов: I – 1998–2002 гг., II – 2003–2007 гг., III – 2008–2012 гг., IY – 2013–2017гг., Y – 2018–2021гг (с 2019 года согласно распоряжению Правительства Российской Федерации всероссийская диспансеризация населения была приостановлена в связи с COVID-19 в стране).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В РК за 1998–2021 годы выявлен значительный рост «грубого» показателя заболеваемости РШМ с 10,8 (1998г) до 39,85 (2010г), далее – снижение «грубого» показателя до 19,31 (2021г) на 100 тыс. женского населения. Показатель смертности от РШМ в РК варьирует от 4,1 до 10,1 случаев на 100 тыс. женского населения. В динамике отмечен рост «грубого» показателя смертности с 4,6 (1998) до 9,35 (2021г) на 100 тыс. женского населения. Доля выявленных на I-II стадии случаев РШМ с 1998 г. (66,1%) увеличивалась до 2017 года (72,7%): 66,1% (1998–2002гг), 68,5% (2003–2007), 77,4% (2008–2012), 73,3% (2013–2017), а 2018–2021гг – снижение до 46,8% и рост доли выявленных на III-IV стадии случаев РШМ с 16,7% до 53,2%. Частота III-IY стадии (абс.ч) при РШМ составила 15,8±5,8 случаев (1998–2002гг), 24,6±2,5 (2003–2007), 28,2±4,3 (2008–2012), 22,3±3,1 (2013–2017), 31±2 (2018–2021). В период пандемии COVID-19 (2019–2021гг) из 194 случаев диагностировано 99 (51,03%) в 3–4 стадии РШМ. В РК за 1998–2021гг. произошло уменьшение удельного веса РШМ в структуре онкологических заболеваний у женщин: со 2 места (1998–2002гг) на 9 место (2018–2021гг). При этом с 1998 по 2017гг отмечено увеличение диагностики преинвазивных форм РШМ (cr in situ) с 24,4% (1998–2002гг), 33,2% (2003–2007гг), 62,8% (2008–2012), до 82,4% (2013–2017г). Но с 2019г – резкое снижение до 16,4% (2019–2021гг). А охват ЦС женского населения РК составил от 7,1% до 16,3% (2019–2021г) в сравнении с 2013–2017гг – охват ЦС составлял в среднем 43–46% по г. Петрозаводску и районам РК. Показатель одногодичной летальности в РК в динамике за 1998–2021 годы вырос с 5,7 до 11,4 (2021г). Учитывая, что в настоящее время эффективного лечения распространенных форм РШМ нет, а стандартом является хирургическое лечение/лучевая терапия, можно ожидать роста смертности и роста одногодичной летальности от РШМ в РК. В тоже время доля состоящих на учёте 5 лет и более с диагнозом РШМ на 2021 год составила 81,2%. В динамике отмечается рост данного показателя с 52,7% до 81,2% на 100тыс женского населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. За 2018–2021гг отмечается резкое снижение показателя заболеваемости РШМ за счёт уменьшения доли выявленных заболеваний на I-II стадии; рост доли случаев, выявленных на III-IV стадии; рост показателей смертности и одногодичной летальности в сравнении с 1998–2017гг, когда уровень диагностики рака in situ и I–II стадии РШМ вырос до 85,7% (2017г.).
2. По приказу МЗ РК от 16.12.2021г «Об организации проведения профилактических осмотров и диспансеризации взрослого населения Республики Карелия в 2022 году» от 16.12.2021 года №2041 в 2022 году будут осмотрены 226213 мужчин и женщин. Среди них женщин 133691 (59,1%) разных возрастных групп, что составляет всего 37,4% от 357604 женщин в РК в 2022 году и не обеспечит понятие «скрининг» РШМ.
3. Определяющим в проведении ЦС является охват женского населения (не менее 70–80%) с компьютерной базой данных учета пациенток. Такой охват должен быть осуществлен только при условии создания и реализации отдельной государственной комплексной программы «Скрининг рака шейки матки» с выделением соответствующего финансирования в рамках диспансеризации с охватом населения не менее 70% от целевой группы (Михетько А.А., Ковчур П.И., 2011, 2017гг).

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ

Сафонова Н.Е., Подзолкова Н.М., Осадчев В.Б., Бабков К.В.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства Здравоохранения РФ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре заболеваемости и смертности женского населения России (2020г.) рак яичников занимает 4-е место (4,4%) и 3-е место (7,5–8,4%), соответственно. На сегодняшний день не существует четкого алгоритма диагностики и скрининговых программ для ранней диагностики новообразова-

ний яичников, которые позволили бы снизить заболеваемость и смертность.

ЦЕЛЬ

Оценить диагностическую эффективность опухолевых маркеров при новообразованиях яичников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 100 пациенток, прооперированных в гинекологическом и онкогинекологическом отделении ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева» (Москва). Критерии включения: репродуктивный возраст (18–40 лет включительно); одно-/двусторонний характер поражения яичника; новообразование яичника, существующее не менее 3 месяцев и подтвержденное данными инструментальных методов исследования; размеры патологического образования яичника ⩾30 мм; нормальный/повышенный уровень биохимических маркеров и диагностических расчетных индексов CA 125, CA 19–9, CEA, HE4, ROMA, RMI. Определяли уровень онкомаркеров CA 125 и HE4 с последующим расчетом индексов RMI и ROMA для перименопаузы. Статистическую обработку данных производили при помощи программ Statistica v.10 (StatSoft Inc., США) и Microsoft Excel, 2010 (США). Статистическую значимость значений для бинарных и номинальных показателей определяли с использованием критерия $\chi 2$ Пирсона. Для описания количественных показателей использовали среднее значение и стандартное отклонение (M±S). Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне вероятности ошибки $p \leqslant 0{,}05$. Определяли чувствительность (Se) и специфичность (Sp), доверительный интервал (95% ДИ), предсказательную ценность положительного (PPV) и отрицательного (NPV) результата теста, диагностическую эффективность (точность) теста (Accuracy, Acc), отношение шансов (OR). Производили ROC-анализ с расчетом площади под кривой (Area Under the Curve, AUC).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст обследуемых пациенток составил 32,7±6,72 лет. Согласно результатам гистологического исследования, из 100 опухолей яичников в 21 (21%) наблюдении диагностирован злокачественный характер новообразований, в 79 (79%) случаях новообразования были доброкачественными в том числе: эндометриоидные кисты яичников – 32%, дермоидные кисты – 21%, серозные и муцинозные цистаденомы – 13% и 5%, соответственно, пограничная опухоль и фиброма яичника – 1%, и 3% -сочетанные новообразования яичников (эндометриодная киста, цистаденома и дермоидная киста). Показатели изолированной оценки опухолевого маркера CA 125: Se – 76,6% (95% ДИ:72–80%), Sp – 75,7% (95% ДИ:71–80%), PPV-57,5%, NPV – 88,3%, OR – 10,25 (95% ДИ:2,8–21,26), Acc – 76% (95% ДИ:72–80), AUC – 0,78. Показатели изолированной оценки опухолевого маркера HE4: Se – 86,5% (95% ДИ:82–90%), Sp – 82,5% (95% ДИ:78–86%), PPV- 74,4%, NPV – 91,2%, OR – 30,31 (95% ДИ:5,9–52,1), Acc – 84% (95% ДИ:80–88), AUC – 0,89. Показатели сочетанного применения опухолевых маркеров CA 125+HE4: Se – 92,3% (95% ДИ:88–96%), Sp – 91,8% (95% ДИ:77–96%), PPV-87,8%, NPV – 94,9%, OR – 133,3 (95% ДИ:80,7–162,4), Acc – 92% (95% ДИ:88–96), AUC – 0,94. Исследование диагностической эффективности индекса RMI: Se – 79,4% (95% ДИ:75–83%), Sp – 86,4% (95% ДИ:82–91%), PPV- 75,0%, NPV – 89,0%, OR – 24,39 (95% ДИ:7,4–46,8), Acc – 84% (95% ДИ:80–88), AUC – 0,85. Исследование диагностической эффективности индекса ROMA: Se – 87,1% (95% ДИ:82–91%), Sp – 80,9% (95% ДИ:76–93%), PPV- 73,9%, NPV – 90,7%, OR – 27,77 (95% ДИ:5,3–42,9), Acc – 83% (95% ДИ:79–86), AUC – 0,84.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изолированное исследование опухолевых маркеров не приводит к улучшению диагностики опухолей яичников. Сочетание опухолевых маркеров CA 125 и HE4 повышает чувствительность и специфичность диагностических тестов при выявлении злокачественного новообразования яичника, при этом уменьшается число ложноотрицательных результатов (AUC=0,94; $p<0{,}01$). Установлена невысокая информативность определения онкомаркеров в дифференциальной диагностике доброкачественных новообразований яичников. Исследование уровня онкомаркеров обоснованно только при подозрении на злокачественный характер опухоли по данным УЗИ. При сравнении индексов ROMA и RMI отмечены эквивалентные показатели чувствительности и специфичности, диагностической эффективности (AUC=0,84 и AUC=0,85 соответственно). При этом диагностическая эффективность RMI увеличивается за счет данных УЗИ ($p \leqslant 0{,}05$).

ДВУСТОРОННИЕ ТЕРАТОМЫ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Никитин С.С., Варламова Т.В., Васильева А.Э.

Петрозаводский государственный университет, Медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, кафедра педиатрии и детской хирургии

Петрозаводск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тератома яичника-опухоль яичника смешанного строения, происходящая из полипотентных эмбриональных клеток и включающая в себя производные трех зародышевых листков. Относится к группе герминогенных опухлей яичника. Может быть следствием аномального эмбриогенеза, возникшего в результате хромосомного сбоя при нарушении развития однояйцевых близнецов и последующего поглощения одного близнеца другим. Во многих случаях опухоль является доброкачественной, однако не исключено ее преобразование в онкологию. Поэтому заболевание требует повышенного внимания гинеколога и онколога.

ЦЕЛЬ

Проанализировать клинический случай двусторонних тератом яичников у пациентки 16 лет с целью оценки своевременностики диагностики и тактики ведения данной пациентки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ амбулаторных карт и историй болезни пациентки с 2018 по 2022 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка 16 лет. Родилась первым ребенком в семье молодых родителей. Росла и развивалась нормально. Психо-моторное развитие и прививки проведены по возрасту. Имеет 2 младших сестер близнецов. В 02.2018 г. проведена лапароскопическая аппендэктомия по поводу флегмонозного аппендицита. Во время операции проведена ревизия органов малого таза(ОМТ): патологии яичников не выявлено. При проведении УЗИ ОМТ в августе 2018 г. в проекции правого яичника визуализировалось образование 4,5 х 5,0 см. В связи с чем наблюдалась у детского гинеколога и проводилась циклическая витаминотерапия. В марте 2021 г. эпизод интенсивных болей в животе, в связи с чем в срочном порядке была госпитализирована в хирургическое отделение Детской республиканской больницы. По данным компьютерной томографии органов малого таза выявлено образование в проекции правого яичника 57*56*55 мм с участками жировой плотности и обезыствления. Также было отмечено увеличение уровня онкомаркеров (альфа- фетопротеин, эмбриональный раковый антиген). В связи с подозрением на злокачественный процесс выполнена лапаротомия по Пфаннештилю, цистовариоэктомия справа. Гистологический ответ: зрелая тератома.В послеоперационном периоде инициирована терапия КОК (Линдинет 20). При проведении планового контрольного УЗИ через 3 месяца выявлено объемное образование единственного левого яичника, которое было расценено как функкциональное. В дальнейшем за период наблюдения отмечался рост образования. При проведении МРТ в январе 2022 г.: образование с толстыми стенками, многокамерное с пристеночными включениями. В его структуре определяется киста, содержащая жировую ткань и перегородки, размерами 74*72*81 мм. Наружный контур капсулы неровный, толщина капсулы неравномерная 1–2 мм. После консультации пациенка была направлена для оперативного лечения в отделение детской и подростковой гинекологии центра им. Алмазова. В феврале 2022г. поведена роботассистированная лапароскопическая овариоцистэктомия с криоконсервацией ткани яичника. Гистологический ответ: зрелая тератома. Течение послеоперационного периода гладкое. В настоящее время менструальный цикл регулярный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор оперативной тактики при первом вмешательстве был обоснован в связи с клиникой острого живота и подозрением на злокачественный процесс. Выполнение высокотехнологичной операции (роботассистированной) позволило сохранить репродуктивную функцию в дальнейшем.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ

Шешко П.Л., Назаренко Т.А., Литвинова В.В., Коцоев Т.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время отмечается тенденция к выполнению органосохраняющих операций при предраковых заболеваниях и раке шейки матки в объеме, оставляющем пациентке возможность реализовать репродуктивную функцию. Следует отметить увеличение возраста женщин на момент рождения первого ребенка, частоты и манифестации гинекологических и онкологических заболеваний в более раннем возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В НМИЦАГП им В.И. Кулакова проведены консультации для возможного забора ооцитов после перенесенной операции по поводу рака шейки матки и транспозиции яичников у 22 женщин. В первую группу включены 6 женщин в возрасте 39–43 лет. Во вторую – 16 женщин в возрасте 34–38 лет. Длительность от момента проведения операции в первой группе составила 5–8 лет, во второй группе у 10 женщин – 15–20 мес, у 6 – 24–26 месяцев.

В период с декабря 2018 года по апрель 2022 проведена программа IVM у 15 женщин с раком шейки матки в возрасте 25–40 лет. Женщины были прооперированы в отделении инновационной онкологии и гинекологии. Выполнена двухсторонняя овариоэктомия у 5 из них, у 10 – односторонняя овариоэктомия, у 1 пациентки имело место метастазирование в яичник. У 14 пациенток получили ооцит-кумулюсные комплексы из удаленных яичников с проведением IVM.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У женщин первой группы АМГ составил 0.006–0.23 нг/мл. При УЗИ определялись яичники уменьшенных размеров без признаков фолликулярного аппарата. Мы не могли оказать помощь этим пациенткам.

У женщин второй группы АМГ (1.07 (0,8) нг/мл и 0.9(0,3) нг/мл), число антральных фолликулов (7(1,2) и 5,21(1,6)) различалось при более раннем и позднем обращении, соответственно.

У 3 женщин выполнена трансвагинальная пункция, у 3 проведена сочетанная пункция: трансвагинально с одной стороны и трансабдоминально с другой. У 4 провели пункцию трансабдоминально, у 6 – лапароскопическим доступом. Лапароскопический забор проводили при невозможности использовать другие подходы, когда яичники находились высоко в брюшной полости и были прикрыты петлями кишечника.

Женщины не отличались по состоянию овариального резерва. При лапароскопическом заборе получено 2–4 ооцита, при трансвагинальном – от 5 до 12 ооцитов, трансабдоминальном – от 6 до 8, сочетанном заборе – от 8 до 13 ооцитов.

В программе IVM у 13/14 женщин наблюдали дозревание клеток до стадии мейоза II. 5 /14 решили оплодотворить ооциты. У 9/14 проведена криоконсервация от 1 до 23 ооцитов.

У 2/14 выполнена криоконсервация 4 эмбрионов (один у одной и 3 у другой).

У 13 женщин удалось провести криоконсервацию ткани яичника для аутотрансплантации в будущем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши данные подчеркивают значение хирургической техники забора ооцитов. Транспозиция яичников целесообразна в большей степени для сохранения эндокринной, а не репродуктивной функции женщины. При решении вопроса о сохранении репродуктивного материала у больных раком шейки матки следует провести стимуляцию яичников для получения ооцитов/эмбрионов. Это дает определенные гарантии рождения генетически родного ребенка в будущем.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА, ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ, СОБСТВЕННОГО ОПЫТА

Шумейкина А.О., Красильников С.Э.

Новосибирский Государственный Университет
Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак шейки матки является вторым по частоте, диагностируемым во время беременности или после родов, и встречается примерно у 0,004–0,1% беременных и родильниц. Рак шейки матки, обнаруженный в течение 6 месяцев после прерывания беременности и 12–18 месяцев после родов, может быть отнесен к опухолям, ассоциированным с беременностью, т.к. клинические и морфологические проявления опухолевого процесса присутствуют уже во время беременности. Редкость этой патологии делает невозможным проведение крупных испытаний или рандомизированных исследований, и рекомендации до сих пор основаны на небольших сериях случаев и мнениях экспертов.

ЦЕЛЬ

На основании ретроспективного анализа, литературных данных и собственного опыта определить тактику ведения больных раком шейки матки в сочетании с беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ 56 случаев сочетания рака шейки матки с беременностью за период 2010–2022гг. в ГБУЗ НСО «НОКОД», ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина». Пациентки были обследованы согласно международным стандартам и клиническим рекомендациям Минздрава РФ. Диагнозы были верифицированы морфологически, а также с применением дополнительных методов исследования – МРТ, УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применяемые методы лечения, при сохранении беременности: хирургия- 4, химиотерапия – 2, комбинированные методы (хирургический + лучевая терапия) – 50. С I стадией заболевания – 34 (61%), II стадия – 8 (14%), III стадия – 14 (25%). Возраст пациенток варьировал от 27 до 38 лет. Средний возраст пациенток составил 33 года. По литературным данным – во время беременности под воздействием гормональных факторов на слизистую шейки матки кольпоскопическая, цитологическая и гистологические картины несколько меняются, увеличивается как число ложноположительных, так и ложноотрицательных цитологических результатов. По данным кольпоскопии шейка матки у беременных в I триместре отличалась синюшностью – 41 пациентка (74%). Во II и III триместрах наблюдались отечные гипертрофированные сосочки слизистой цервикального канала (физиологическая эктопия призматического эпителия) – 45 пациенток (80%). По результатам патоморфологического исследования: плоскоклеточный рак – 48 пациенток (85%), аденокарцинома – 8 (15%). По данным патоморфологического исследования в более чем 70% наблюдаются повышенная васкуляризация, отек, лимфоцитарная инфильтрация, децидуоподобная реакция стромы. Часто (до 40%) определялось смещение сквамозно-призматического стыка эпителия в направление эктоцервикса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До планирования беременности пациентка должна пройти лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. При постановки на учет в женскую консультацию – обязательно проводить взятие мазков на онкоцитологию. При постановке диагноза рак шейки матки лечение должно быть назначено незамедлительно после консилиума с участием: онколога, радиотерапевта, химиотерапевта, акушера-гинеколога, неонатолога, психолога. Для диагностики рака шейки матки у беременных целесообразно использовать жидкостную цитологию и биопсию шейки матки. Пациенткам с 0 стадией, 1а стадией можно пролонгировать беременность, роды – путем кесарева сечения. При Ia1 стадии – радиоволновая конизация шейки матки является достаточным объемом лечения, при отсутствии лимфоваскулярной инвазии, отсутствии опухоли по краю резекции и отсутствии опухоли в оставшемся цервикальном канале после конизации. При подозрении на микроинвазивный рак шейки матки у беременных выполняется «плоская» конизация шейки матки без кюретажа цервикального канала в сроке 12–

20 недель беременности. С целью профилактики кровотечения при выполнении конизации – рекомендовано наложение лигатур на 15 и 21 часах. Ложе конуса коагулируется биполярной коагуляцией. В первые 12 часов после операции применяется превентивный токолиз. Для исключения метастазов в л/узлы возможен не только лапароскопический доступ (золотой стандарт), но и лапаротомный в сроке от 12 до 24 недель беременности. Лимфаденэктомия (лапароскопическая и лапаротомическая) показана между 13 и 24 неделями беременности при стадии Ia2 и Ib1, если опухоль не превышает 2 см и не проникает в больше чем половину цервикальной стромы.

Таким образом, при раке шейки матки в сочетании с беременностью лечение планируется индивидуально с учетом желания женщины сохранить беременность, на консилиуме с участием онколога, акушер-гинеколога, химиотерапевта, радиотерапевта, неонатолога, психолога.

ТЕМАТИКА: РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАТУСА ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ РЕЦЕПТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМИ НЕЭФФЕКТИВНЫМИ ПРОТОКОЛАМИ ЭКО В АНАМНЕЗЕ

Богданова Н.О.[1], Лапина Е.Н.[1], Коган И.Ю.[2]

1. *Международный Центр Фертильности*
2. *ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта»*

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Повторные неэффективные протоколы экстракорпорального оплодотворения(ЭКО) представляют собой актуальную проблему современной репродуктологии. Последние несколько лет фокус внимания исследователей всего мира сместился с эмбриона на эндометрий. Определение статуса рецептивности эндометрия с помощью молекулярно-генетических технологий открывает перед нами новые перспективы в лечении пациентов с повторными неудачами в анамнезе.

ЦЕЛЬ

Оценить диагностическую значимость молекулярно-генетического анализа ERA-тест (Endometrial Receptivity Analysis) лаборатории Igenomix(Испания, г.Валенсия) в определении эндометриального статуса рецептивности у пациенток с повторными неудачами имплантации (ПНИ) в программах ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное исследование включено 105 пациенток с ПНИ, которые были разделены на 2 группы. Обе группы были однородны по возрасту, индексу массы тела и количеству неудачных переносов в анамнезе. В основную группу вошли 85 женщин, которым выполнен ERA-тест в целях определения индивидуального статуса эндометрия в период окна имплантации с последующим выполнением персонализированного переноса эмбриона (ПЭТ). В зависимости от результатов ERA-теста пациентки основной группы были поделены на 2 подгруппы -с рецептивным и нерецептивным эндометрием. Контрольная группа включала 20 пациенток, где ERA-тест не выполнялся и перенос эмбриона выполнялся в стандартные сроки. Проведено сравнение репродуктивных исходов внутри основной группы и между контрольной группой. Оценивались частота имплантации, клинической беременности, коэффициент потерь беременности и коэффициент живорождения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки основной группы в 49,4% (42 человека) случаев имели рецептивный эндометрий-(R) и в 50,6% (43 человека) эндометрий был нерецептивным (NR). Группа NR была подразделена на 2 подгруппы, где I подгруппа включала пациенток с ранне-/позднерецептивным эндометрием в 28,2% случаев и ПЭТ должен быть выполнен через ±12 часов по сравнению временными рамками проведенной биопсии и II подгруппа включала пациенток с пре-/пострецептивным эндометрием 22,4%, где ПЭТ должен быть выполнен через +24 часа в случае выявления пререцептивного эндометрия, а в случае выявления пострецептивного эндометрия-требовалась повторная биопсия с новым временем забора материала. Проанализировав репродуктивные исходы в основной и контрольной группе получены следующие данные: В основной группе отмечалось увеличение показателя клинической беременности 92%,а в группе контроля 67% (p=0,004). Коэффициент живорождения между группами сравним 71% и 71% соответственно (P=1,0). При анализе репродуктивных исходов между R и NR. Показатели имплантации,клинической беременности и коэффициент живорождения были сравнимы (p=1).При сравнении показателей между двумя подгруппами в группе NR намечена тенденция к увеличению коэффициента живорождения в подгруппе ±12 часов по сравнению с подгруппой +24 часа (p=0,06).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ERA-тест может быть рассмотрен в качестве дополнительного диагностического инструмента в обследовании пациенток с ПНИ для улучшения исходов программ ЭКО.

РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ И МАЛЫЕ НЕКОДИРУЮЩИЕ РНК

Гохберг Я.А., Тимофеева А.В., Федоров И.С., Калинина Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день бесплодие у супружеской пары является одной из важных медицинских и социальных проблем. Несмотря на оптимизацию протоколов программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), их эффективность за последние годы значительно не меняется и остается на уровне 30–40%. Нарушение механизмов имплантации эмбрионов является одной из причин отрицательных исходов программ ВРТ. В настоящее время активно изучается роль малых некодирующих РНК (мнкРНК) в имплантации эмбрионов, среди которых наибольший интерес представляют микроРНК (miRNAs) и пивиРНК (piwiRNAs). Преимущества мнкРНК в качестве диагностических и прогностических биомаркеров были продемонстрированы при изучении культуральной среды эмбрионов.

ЦЕЛЬ

Сопоставить исходы криопротоколов на основании количественного анализа двух классов мнкРНК (микроРНК и пивиРНК) в маточном аспирате в день переноса размороженного эмбриона в полость матки в естественном цикле (ЕЦ) и на фоне циклической гормональной терапии (ЦГТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведено полное клинико-лабораторное обследование 102 пациенток, как в стимулированном цикле, так и в последующем криоцикле (42 пациенткам перенос эмбрионов осуществлялся в ЕЦ, 60 пациенткам – на фоне ЦГТ). Количественную оценку мнкРНК в маточном аспирате в день переноса размороженного эмбриона осуществляли методом глубокого секвенирования на платформе NextSeq 500/550 (Illumina).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группах ЕЦ и ЦГТ были установлены статистически значимые отличия пациенток с наступившей беременностью от пациенток с отрицательным результатом программы ВРТ по базовому уровню прогестерона ($p<0,001$). В группе ЦГТ выявлены положительные корреляционные связи между толщиной эндометрия в день переноса эмбрионов и базовым уровнем прогестерона ($p = 0,04$, $r = 0,28$). Построены модели логистической регрессии прогнозирования наступления беременности по профилям экспрессии микроРНК и пивиРНК в маточном аспирате, которые с 95% чувствительностью и 74% специфичностью в случае комбинации молекул miR-34c-5p, miR-363–3p, miR-1180–3p, miR-361–3p, miR-183–5p (AUC = 0,91, $p < 0,001$) или с 74% чувствительностью и 87% специфичностью в случае комбинации молекул piR_004152, piR_020541, piR_001318, piR_014923, piR_017716 (AUC = 0,81, $p < 0,001$) определяют готовность эндометрия к имплантации эмбриона в криоцикле.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Было выявлено, что повышенный базовый уровень прогестерона у пациенток перед вступлением в программу ЭКО связан с группой наступления беременности, как в ЕЦ, так и в ЦГТ, что говорит о возможном влиянии на результаты программ ВРТ. Разработан прототип тест-системы оценки рецептивности эндометрия по содержанию мнкРНК в маточном аспирате в день переноса размороженного эмбриона.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ДО ВСТУПЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ ВРТ

Ермакова Д.М., Менжинская И.В., Ломова Н.А., Долгушина Н.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

На протяжении более чем двух лет население всего мира охвачено пандемией COVID-19, вызванной вирусом SARS-CoV-2. При этом у пациентов с COVID-19 обнаружена значительная распространенность аутоантител разной специфичности, включая антинуклеарные антитела, антитела к цитоплазме нейтрофилов, кардиолипину (КЛ) и β2- гликопротеину-I (β2-ГП-I). При постковидном синдроме найдено также образование антител к тиреоидной пероксидазе. Между тем показано, что аутоиммунные процессы у женщин, страдающих бесплодием, могут оказывать влияние на оплодотворение, имплантацию и развитие плаценты.

ЦЕЛЬ

Оценить профиль антифосфолипидных антител (аФЛ) у пациенток с бесплодием, перенесших COVID-19 разной степени тяжести, и их связь с исходами программ ВРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное обсервационное исследование были включено 240 пациенток, проходящих лечение с помощью методов ВРТ на базе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России: 105 пациенток, не болевших COVID-19 (группа 1) и 135 пациенток, перенесших COVID-19 (группа 2) за 12 и менее месяцев до программы ВРТ в легкой форме (подгруппа 2а, n=85) и среднетяжелой форме (подгруппа 2б, n=50). Были оценены показатели оогенеза, эмбриогенеза, частота наступления беременности, живорождения и самопроизвольных выкидышей. С использованием ИФА определены сывороточные антитела классов M и G к КЛ, β2-ГП-I, аннексину V (Ан V), фосфатидилэтаноламину (ФЭ), фосфатидилсерину и комплексу фосфатидилсерин/ протромбин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентки в группах 1 и 2 были сопоставимы по возрасту (34(30–36) и 34(31–37) лет), соматической и гинекологической заболеваемости, акушерскому анамнезу. Пациентки в группе 2 отличались более высоким ИМТ, чем в группе 1, чаще имели аллергические и ЛОР-заболевания. Использованные схемы и длительность овариальной стимуляции не различались в сравниваемых группах. Повышение содержания хотя бы одного аФЛ класса M или G выше референсных значений (РЗ) наблюдалось суммарно у 62,9% пациенток в группе 1 и у 60% пациенток в группе 2 (P=0,65), одновременное повышение уровня нескольких аФЛ наблюдалось, соответственно, у 17,1% и 24,4% пациенток (P=0,17). Наиболее часто в исследуемых группах отмечалось повышение уровня антител к ФЭ суммарно у 52,4% и 48,9% пациенток, реже наблюдалось повышение уровня антител к Ан V, соответственно, у 19% и 27,4% пациенток (P<0,001). Повышение уровня антител другой специфичности отмечалось значимо реже, чем антител к ФЭ и Ан V. Следует отметить, что средний уровень анти-ФЭ IgG-антител был значимо выше в группе 2, особенно у пациенток, перенесших COVID-19 в среднетяжелой форме, а доля пациенток с повышенным уровнем анти-ФЭ IgG-антител была более чем в 5 раз выше в группе 2 по сравнению с группой 1. Выявлена значимая слабая отрицательная корреляционная связь между уровнем анти-ФЭ IgG-антител и числом полученных зрелых ооцитов и зигот. Частота наступления клинической беременности (28,6% и 28,9%) и родов (25,7% и 22,2%) у пациенток в двух группах не различалась (P>0,05). Важно отметить, что у пациенток со среднетяжелой формой COVID-19 в анамнезе наблюдалась более высокая частота самопроизвольных прерываний беременности до 12 недель (у 12%), чем в группе 1 (у 2,9%) (P=0,002). При этом у половины пациенток с выкидышем наблюдался повышенный уровень IgM-антител к ФЭ и Ан V.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у пациенток с бесплодием, перенесших COVID-19 в среднетяжелой форме до наступления беременности, отмечается более высокая частота повышения уровня сывороточных антител к ФЭ и Ан V, чем у пациенток, не болев-

ших COVID-19. COVID-19 может приводить к получению меньшего числа ооцитов, зигот и, как следствие, эмбрионов в программах ВРТ, повышать риск самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках, что может быть связано с вовлечением аутоиммунных факторов, образованием антифосфолипидных антител, в частности к ФЭ и Ан V.

ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Ермакова Д.М., Менжинская И.В., Ломова Н.А., Вторушина В.В., Долгушина Н.В.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В условиях продолжающейся в течение более чем двух лет пандемии новой коронавирусной инфекции важное научное и практическое значение приобретают исследования влияния COVID-19 на репродуктивное здоровье и фертильность женщин, а также на исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Учитывая высокую экспрессию белковых рецепторов к SARS-CoV-2 (ACE2, TMPRSS2, CD147) в клетках фолликулов, поверхностного эпителия, теки и желтого тела яичников, матке и плаценте, предполагается, что женская репродуктивная система может быть мишенью для SARS-CoV-2. Показано, что COVID-19 способствует повышению риска возникновения самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов.

ЦЕЛЬ

Оценить исходы программ ВРТ у пациенток, перенесших COVID-19 разной степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 240 пациенток, проходящих лечение методами ВРТ на базе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Пациентки разделены на 2 группы: группа 1 – пациентки, не болевшие COVID-19 (n=105), группа 2 – пациентки, перенесшие COVID-19 (n=135) за 12 и менее месяцев до вступления в цикл ВРТ в легкой форме (подгруппа 2а, n=85) и среднетяжелой форме (подгруппа 2б, n=50). Критерии включения: возраст 18–40 лет, нормальный овариальный резерв. Критерии невключения: вакцинация от COVID-19 в анамнезе, противопоказания к ВРТ, донорские программы, программа суррогатного материнства. Оценивались уровень специфических антител к SARS-CoV-2 методом ИФА, параметры оогенеза, раннего эмбриогенеза, частота наступления беременности, живорождения и самопроизвольного выкидыша.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группы 1 и 2 были сопоставимы по возрасту, средний возраст составлял 34 (30–36) лет и 34 (31–37) лет. Пациентки в группе 2 имели более высокий ИМТ, более высокую частоту заболеваний ЛОР-органов и аллергических заболеваний, чем в группе 1. Пациентки групп 1 и 2 значимо не различались по среднему числу беременностей, родов и выкидышей в анамнезе, а также по частоте гинекологических заболеваний, за исключением аденомиоза, который чаще диагностировался в группе 1, чем в группе 2 (у 13,3 и 4,4%; P=0,013). Индекс позитивности специфических IgG-антител к SARS-CoV-2 был значимо выше в группе 2 (6,8±4,1), чем в группе 1 (0,16±0,13; P<0,0001). Использованные схемы и длительность назначения препаратов для овариальной стимуляции не различались в сравниваемых группах. Параметры оогенеза и эмбриогенеза были сопоставимы по абсолютным и относительным показателям у пациенток в двух группах, хотя в группе 1 отмечалась тенденция к более высоким показателям зрелых ооцитов. Доля ИКСИ была высокой в обеих группах из-за большого числа пар с патоспермией у партнера (68,6% и 63,7%; P=0,43). Выявлена значимая слабая обратная корреляционная связь между уровнем IgG-антител к SARS-CoV-2 и числом полученных зрелых ооцитов, зигот и бластоцист. Показано, что у пациенток, перенесших COVID-19 менее чем за 6 месяцев до ТВП, параметр отношения числа бластоцист плохого качества к общему числу бластоцист был значимо выше, чем у пациенток с большим временным интервалом до ТВП. Группы 1 и 2 значимо не различались по частоте клинической беременности (у 28,6% и 28,9%) и частоте родов (у 25,7% и 22,2%) (P>0,05). Однако важно отметить, что у пациенток, перенесших COVID-19 в среднетяжелой форме, отмечалась более высокая частота раннего самопро-

извольного выкидыша (у 12%), чем у не болевших (2,9%; P=0,002).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, COVID-19, перенесенный за 12 и менее месяцев до наступления беременности, особенно в среднетяжелой форме, может оказывать негативное влияние на репродуктивные исходы, повышать риск раннего самопроизвольного выкидыша, а в программах ВРТ может приводить к получению меньшего числа ооцитов, эмбрионов и снижению их качества.

КОЛИЧЕСТВО И МАРКЕРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ NK-КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОК С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ В ПРОТОКОЛАХ ВРТ

Загайнова В.А., Коган И.Ю., Соколов Д.И., Беспалова О.Н., Крихели И.О.

ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота повторных неудач имплантаций и репродуктивных потерь раннего срока в протоколах ВРТ остается высокой среди бесплодных пар, при этом в 15–20% случаев их причина остается неустановленной. В процессах имплантации и плацентации важная роль отводится иммунологическом фактору, в частности, маточным NK-клеткам, которые взаимодействуют с молекулами HLA трофобласта за счет активирующих и ингибирующих рецепторов на поверхности NK-клетки и регулируют его инвазию; синтезируют цитокины и проангиогенные факторы, способствуют ремоделированию спиральных артерий матки и поддержанию иммунологической толерантности в системе мать-плацента-плод. Показано, что повышение количества эндометриальных NK-клеток (eNK) и их цитотоксической активности ассоциированы с невынашиванием беременности (НБ) и бесплодием, однако отсутствуют общепринятые методы оценки показателей eNK, а результаты проведенных исследований противоречивы. Малоизученным остается рецепторный профиль eNK и его роль при репродуктивных нарушениях.

ЦЕЛЬ

Оценить количество и показатели функциональной активности eNK у пациенток с повторными неудачами ВРТ в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 75 пациенток с ⩾ 1 неэффективным переносом эмбриона хорошего качества в анамнезе, нормальным кариотипом обоих супругов, которые были разделены на подгруппы женщин с первичным (n=35) и вторичным бесплодием (n=40). Среди пациенток с вторичным бесплодием выделили подгруппы с НБ в анамнезе (n=15) и без (n=25). Группу контроля составили 15 здоровых фертильных женщин. Образцы эндометрия были получены во II фазу менструального цикла (19–22 день). Критерии исключения: возраст ⩾39 лет, ИМТ ⩾30 кг/м2, аномалии развития половых органов, миома матки (тип 0–3, FIGO 2011г.), наружный генитальный эндометриоз II-IV, патология эндометрия, сахарный диабет, инфекционные заболевания. Проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование с цифровой микроскопией и морфометрией, оценкой количества eNK по уровню экспрессии CD56+ и CD16+ (клеток в поле зрения при увеличении 400X), экспрессии активирующего рецептора NKG2D и маркера дегрануляции CD107a.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе пациенток с неудачами ВРТ по сравнению с группой контроля, уровень экспрессии CD56+ в строме эндометрия был повышен в 1,65 раз и составил 16,5 (12;31) vs 10 (6,7;14,5) соответственно ($p<0,01$), уровень экспрессии CD16+ был повышен в 1,5 раза и составил 15 (8;21) vs 10 (7,5;16,2) соответственно ($p<0,05$). У пациенток с первичным бесплодием и неудачами ВРТ по сравнению с вторичным, экспрессия CD56+ в строме эндометрия была выше и составила 23 (18;30) vs 15 (12;15) соответственно ($p<0,05$), экспрессия CD16+ не различалась между группами и составила 15(12;17,5) и 15(10;18) соответственно ($p>0,05$). При НБ в анамнезе уровень экспрессии CD56+ был ниже по сравнению с отсутствием НБ и составил 15,5 (10;16) vs 23 (14;40) соответственно ($p<0,01$). Экспрессия CD107a в строме эндометрия была выше у пациенток кон-

трольной группы по сравнению с группой неудач ЭКО (3,8 (2,8;4,6) vs с 2,8 (0,9;7,9) соответственно, p<0,05). Уровень экспрессии NKG2D в строме эндометрия не различался между пациентками с неудачами ВРТ и группой контроля (0,47 (0,02;2,6) vs 0,62 (0,03;1,43) соответственно, p>0,05). У пациенток группы неудач ВРТ была установлена обратная корреляция между количеством беременностей в анамнезе и экспрессией CD56+ (rs =-0,37, p<0,05) и CD16+ (rs =-0,41, p<0,01). По данным регрессионного анализа установлено, что при отсутствии наступлении беременности предполагается уровень экспрессии CD56+ eNK ⩾23 кл/п.з и CD16+ eNK ⩾21 кл/п.з при увеличении 400X, p<0,05.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндометрий пациенток с неэффективными протоколами ВРТ в анамнезе имеет функциональные нарушения, ассоциированные с увеличением количества CD56+ и CD16+ eNK и снижением экспрессии CD107a, что может быть связано с недостаточностью имплантации. Установленные изменения показателей eNK у пациенток с неэффективными протоколами ВРТ в зависимости от первичного или вторичного бесплодия, а также НБ в анамнезе, могут отражать иммунологические особенности нарушения механизмов имплантации или прерывания беременности на ранних сроках.

*Исследование выполнено в рамках фундаментальной темы №АААА-А20–120041390033-4, при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №20–315-90121.

«ДВОЙНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ» ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ И МИОМОЙ МАТКИ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТИМУЛЯЦИЕЙ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ ФАЗУ

Крутова В.А., Головко А.К.

Клиника ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Краснодар

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сопутствующая миома матки, требующая хирургического вмешательства, у женщин со сниженными показателями овариального резерва является важным вопросом при проведении программ ВРТ, так как стандартные протоколы стимуляции суперовуляции могут растянуть процесс получения яйцеклеток или эмбрионов для переноса. Десятилетняя работа специалистов в области сохранения фертильности у женщин с онкологическими заболеваниями, подвергающихся гонадотоксической терапии, показала возможность стимуляции яичников не только в фолликулярную фазу, но и в лютеиновую. В настоящее время имеются данные о том, что проведение «двойной стимуляции» яичников может привести к увеличению общего количества ооцитов и общего количества зрелых ооцитов, а также числа нормально оплодотворенных ооцитов, эмбрионов на стадии дробления, криоконсервированных эмбрионов и эмбрионов хорошего качества. В этом исследовании мы стремились провести сравнительный анализ эффективности индукции суперовуляции в различные фазы менструального цикла у пациенток со сниженными показателями овариального резерва перед оперативным вмешательством по поводу миомы матки.

ЦЕЛЬ

Повышение частоты наступления клинической беременности в программах вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток со сниженным овариальным резервом и миомой матки перед проведением хирургического лечения путем проведения стимуляции суперовуляции в различные фазы одного менструального цикла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное контролируемое рандомизированное исследование было проведено в Клинике Кубанского медицинского университета Минздрава России. В исследование были включены 100 пациенток со сниженными показателями овариального резерва и миомой матки. Пациенткам первой группы, (n=50) с миомой матки до 4 см проводилась стимуляция суперовуляции с антагонистами гонадотропин-рилизинг-гормона (антГнРГ) в фол-

ликулярную фазу менструального цикла. Пациенткам второй группы, (n=50), имевшим миому матки диаметром 4–6 см, проводилась «двойная стимуляция» и в фолликулярную, и в лютеиновую фазы менструального цикла. Всем пациенткам была проведена криоконсервация полученных эмбрионов. Перенос бластоцисты был проведен в криоконсервированном цикле. Пациенткам 2 группы перенос бластоцист был осуществлен после хирургической коррекции миомы матки. Основными результатами этого исследования были: количество ооцитов, количество зрелых ооцитов, количество бластоцист, частота клинической беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных эмбриологического этапа программы ЭКО/ИКСИ выявил увеличение числа полученных ооцитов, числа зрелых ооцитов, а также количества бластоцист в группе «двойной стимуляции», что было выше, чем в группе стимуляции суперовуляции в фолликулярную фазу менструального цикла (p = 0,183352, p = 0,368311 и p = 0,291538, соответственно).

Сравнение эффективности программ переноса криоконсервированных эмбрионов показало увеличение частоты наступления клинической беременности при проведении «двойной стимуляции» функции яичников (18,00% и 26,53% в 1 и 2 группе, соответственно p=0,30737), что подтверждает одинаковую эффективность стимуляции функции яичников, как в фолликулярной, так и лютеиновой фазах менструального цикла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стимуляция суперовуляции и в фолликулярную, и в лютеиновую фазы менструального цикла дает более высокие показатели наступления клинической беременности и является эффективной для пациенток со сниженным овариальным резервом и миомой матки перед проведением хирургического лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИН МАЛАТА (ЭТОКСИДОЛА) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА И АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ У МУЖЧИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Курашова Н.А., Дашиев Б.Г., Колесникова Л.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека»

Иркутск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблемы нарушения качества спермы занимают не менее 50% в общей структуре бесплодного брака, при этом на долю идиопатического мужского бесплодия приходится 30–40% случаев. Негативные особенности образа жизни и влияние окружающей среды приводят к накоплению различных токсических веществ, которые запускают механизмы оксидативного стресса и перекисного окисления липидов, к пониженной активности антиоксидантной системы. Все это является важным патогенетическим механизмом, ухудшающим качественные и количественные показатели спермограммы и приводящим к увеличению числа сперматозоидов с фрагментацией ДНК и нарушениями хроматина. В клинических рекомендациях последних лет для лечения идиопатического бесплодия рекомендовано использование антиоксидантных комплексов, направленных на снижение оксидативного стресса, вызванного активными формами кислорода. Одним из вариантов снижения уровня интермедиатов липопероксидации и пролонгации энергопродукции клеток считается использование промежуточных веществ цикла Кребса. Этим обусловлено включение в комплексное лечение антиоксидантов, химических соединений, механизм действия которых основан на торможении свободнорадикальных процессов в тканях. Этилметилгидроксипиридин малат сочетает в себе энергообеспечивающие и антиоксидантные свойства, легко проникает через гематоэнцефалический барьер. Установлено, что клетка не затрачивает энергию АТФ для переноса малата в митохондрию. Доказана способность малата повышать коэффициент дыхательного контроля митохондрий, восстанавливать цитохром b5 в присутствии никотинамидадениндинуклеотида, кофермента, участвующего в окислительно-восстановительных реакциях.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние этилметилгидроксипиридин малата на параметры сперматогенеза и активность супероксиддисмутазы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 25 мужчин с идиопатическим бесплодием, обратившиеся в ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ. Результаты, полученные после приема препарата, сравнивались с исходными данными. Исследование эякулята проводили согласно документу «Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию эякулята и сперм-цервикального взаимодействия» (2021 г., 6-е издание). Получение информированного согласия на участие в проводимом исследовании являлось обязательной процедурой при включении мужчин в одну из групп. Исследованы количественные и качественные показатели сперматогенеза и активность супероксиддисмутазы в эритроцитарном гемолизате крови. Забор крови производился в утренние часы, натощак, из локтевой вены в вакуумную пробирку с добавлением антикоагулянта ЭДТА-К3. Эякулят пациенты сдавали согласно общепринятым требованиям. Повторно забор эякулята и крови проводили сразу после месячного приема антиоксидантного комплекса. Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли согласно методу Misra H.P. (1972).

РЕЗУЛЬТАТЫ

После приема антиоксидантного препарата у мужчин с идиопатическим бесплодием установлено статистически значимое увеличение подвижности на 19% (p=0,039) и жизнеспособности сперматозоидов на 14,2% (p=0,046). Зафиксировано уменьшение выраженности морфологических нарушений сперматозоидов. Также у мужчин после приема антиоксидантного препарата выявлено значимое увеличение активности супероксиддисмутазы на 15,6% (p=0,021). Ни одного случая непереносимости препарата зафиксировано не было. Для оценки отдаленных результатов лечения следует продолжить наблюдение за пациентами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение этилметилгидроксипиридин малата приводит к увеличению активности супероксиддисмутазы и улучшению основных показателей сперматогенеза. Этилметилгидроксипиридин малат способствовал достоверному увеличению подвижности и жизнеспособности сперматозоидов без развития каких-либо нежелательных побочных эффектов. Показанная нами эффективность антиоксидантной коррекции и, соответственно, защиты структуры и функции клеточных мембран от свободнорадикального повреждения доказывает целесообразность применения исследованного антиоксидантного препарата у мужчин с идиопатическим бесплодием.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С НИШЕЙ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Курцер М.А., Савельева Н.А., Егикян Н.М., Синицына О.В., Шестакова Л.А.

ФГАОУ «ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тенденция к увеличению числа операций кесарева сечения привела к тому, что многие женщины чаще планируют повторную беременность с нишей рубца на матке. Согласно современным данным, планирование беременности с нишей может ассоциироваться с уменьшением вероятности успешной имплантации, являющейся следствием маточной формы вторичного бесплодия. В контексте изучения влияния застойного содержимого в проекции ниши на фертильность важно оценить распространенность хронического эндометрита и использовать новые знания для персонализации схем ведения пациенток в достижении репродуктивных задач

ЦЕЛЬ

Изучить распространенность хронического эндометрита по данным различных лабораторных методов диагностики в группе пациенток с вторичным бесплодием, ассоциированным с жидкостным образованием в области ниши, по сравнению с группой фертильных пациенток без застойного

содержимого в области ниши; оценить возможности цитологического и иммуноцитохимического метода исследования эндометрия по сравнению с гистологическим и иммуногистохимическим методом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включены 38 пациенток репродуктивного возраста с нишей рубца на матке после кесарева сечения. После исключения иных известных факторов вторичного бесплодия, выполнения ультразвукового исследования и/или магнитно-резонансной томографии органов малого таза, где оценивалось наличие/отсутствие застойного содержимого в проекции ниши, пациентки разделены на 2 группы: 1-я группа (n=30) – пациентки с вторичным бесплодием в сочетании с застойным содержимым в проекции ниши (основная группа), 2-я группа (n=8) – пациентки без клинических жалоб, без застойного содержимого в проекции клинически малозначимой ниши (контрольная группа). Всем пациенткам (n=38) на 7–10-й день менструального цикла выполнялись аспирационная пайпель-биопсия эндометрия (и, при наличии, жидкостного образования в области ниши) и последующее цитологическое, иммуноцитохимическое исследование (с использованием маркера CD138), гистологическое, иммуногистохимическое исследование эндометрия (с использованием маркера CD138). Статистическое исследование выполнено с помощью программы IBM SPSS Statistica v22 (IBM Corp., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе (n=30) распространенность хронического эндометрита по данным цитологического и иммуноцитохимического исследования составила 90% (n=27/30), нормальная цитологическая картина зафиксирована в 10% (n=3/30); распространенность хронического эндометрита по данным гистологического и иммуногистохимического исследования – 80% (n=24/30), из них в 37,5% (n=9/24) диагностирована неполная морфологическая картина хронического эндометрита, а в 62,5% (n=15/24) выявлена полная морфологическая картина хронического эндометрита, нормальная морфологическая картина зафиксирована в 20% (n=6/30) случаев. Во 2-й группе (n=8) распространенность хронического эндометрита по данным цитологического и иммуноцитохимического исследования составила 12,5% (n=1/8), нормальная цитологическая картина зафиксирована в 87,5% (n=7/8); по данным гистологического и иммуногистохимического исследования – хронический эндометрит не диагностирован, нормальная морфологическая картина зафиксирована в 100% (n=8/8) случаев. Выявлена высокая степень согласованности лабораторных данных для 2 групп (n=38), p=0,0001. Чувствительность цитологического метода по сравнению с гистологическим составила 95,83% (95% доверительный интервал – ДИ 79,76–99,26%), специфичность – 64,29% (95% ДИ 38,76–83,66%), положительное прогностическое значение – 82,14% (95% ДИ 64,41–92,12%), отрицательное прогностическое значение – 90% (95% ДИ 59,58–98,21%), точность цитологического метода по сравнению с гистологическим составила 84,21% (95% ДИ 68,06–93,03%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вторичное бесплодие у пациенток с жидкостным образованием в области ниши рубца на матке после кесарева сечения ассоциировано с хроническим эндометритом. Цитологическое исследование эндометрия, дополненное иммуноцитохимией является перспективным методом лабораторной оценки хронического эндометрита, учитывая высокую корреляцию с данными гистологического и имменогистохимического исследования.

НЕОБХОДИМОСТЬ ИНФОРМИРОВАНИЯ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Пароконная А.А., Петровский А.В., Мамедов У.Р., Краснопольская К.В., Новикова О.В.

ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина»

ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»

Клиника репродуктивного здоровья «Приор»

кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

С каждым годом отмечается рост пациенток молодого возраста с диагностированным раком молочной железы. До 17% из них не реализовали детородную функцию до начала лечения, не имеют детей, и не создали семью. Цитостатическая терапия, последующая гормонотерапия гонадотоксичны и снижают овариальный резерв пациенток. В этой связи актуальным становится информирование молодых женщин с онкологическим диагнозом о возможности применения методов ВРТ до начала лечения.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования явилось изучение информированности больных о современных методах ВРТ в онкологии и возможности консультации репродуктолога до начала комплексного лечения рака молочной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

30 пациенткам с начальными стадиями рака молочной железы в период госпитализации как в хирургическое, так и химиотерапевтическое отделения раздавались анонимные анкеты, которые они заполняли самостоятельно. 27 (90%) пациенток ответили на все поставленные вопросы. Средний возраст больных РМЖ составил 32.5 года (от 22 до 42 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При получении информации о вариантах сохранения фертильности до начала лечения 20 (74%) пациенток предпочли метод криоконсервации эмбрионов и яйцеклеток; 4 (14,8%) – подавление функции яичников аГнРГ; 2 (7,4%) пациентки заинтересовались возможностью поэтапного использования двух методов. Одна (3,7%) пациентка слышала ранее о методе забора и криоконсервации овариальной ткани. Лишь 5 пациенток (18,5%) знакомы с указанными методиками сохранения фертильности, но изучали этот вопрос самостоятельно. 2 пациентки из 27 (7,4%) были информированы химиотерапевтом о возможной потере фертильности и направлены к репродуктологу до начала лечения. Ни одна пациентка не имела информации от хирургов о возможности сохранения полового материала.

6 (22,2%) пациенток хотели бы использовать предложенные методики несмотря на то, что уже имеют детей. Стадия заболевания и возраст не влияли на желание использовать данные методы. Решающим фактором отказа от репродуктивных технологий явилась их стоимость.

Пациентки высказали пожелание иметь полную информацию о возможных методиках ВРТ до начала лечения как в письменной, так и в форме консультации. 20 (74%) пациенток были заинтересованы в консультации по вопросам сохранения фертильности на амбулаторном этапе обследования с возможностью обратиться к репродуктологу до начала лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, информирование молодых пациенток с начальной формой рака молочной железы о возможной потере фертильности после лечения и о способах сохранения полового материала необходимо еще на этапе постановки диагноза и обследования. Возможность консультации репродуктолога должна быть включена в программу подготовки молодых пациенток к основному лечению.

ВЛИЯНИЕ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ НА ТОЛЩИНУ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Селедцова Н.В., Власов В.В.

ЦНМТ, ФГБУ ИХБФМ СО РАН

Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из важнейших проблем, препятствующих наступлению беременности, является хронический эндометрит (ХЭ). ХЭ рассматривается как основная причина «тонкого эндометрия», что ассоциировано с плохими репродуктивными результатами, включая нарушение имплантации, ранние эмбриональные потери, в том числе в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Антибактериальная, противовирусная и гормональная терапия, применяемая при ХЭ, далеко не всегда эффективна для обеспечения регенерации клеток функционального слоя эндометрия, в связи с чем продолжается поиск новых путей воздействия на эндометрий.

В этом свете особый интерес может представлять использование плазмы аутологичной крови. На сегодняшний день применение аутологичной плазмы широко распространено в самых различных областях медицины, прежде всего как средство борьбы с хроническим воспалением. Достижение лечебных эффектов при введении аутологичной плазмы в зону воспаления преимущественно достигается тем, что концентрация тромбоцитов на этом участке повышается многократно, что способствует искусственной стимуляции тканей к пролиферации и дифференцировке клеток, а, следовательно, к инициированию процессов регенерации.

ЦЕЛЬ

Исходя из вышеперечисленного, целью нашей работы стало изучить влияние внутриматочного введения аутологичной плазмы на толщину эндометрия у пациенток с бесплодием и гипоплазией эндометрия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены пациентки с бесплодием и гипоплазией эндометрия (n=49). Возраст составил 31,8 ± 1,1 лет, длительность бесплодия 7,7 ± 0,7 лет. Критерии включения: возраст 18–45 лет, толщина эндометрия в предшествующих циклах менее 7 мм в фазу средней секреции, хронический эндометрит, подтвержденный гистологически. У пяти пациенток имели место внематочные беременности, у четырех – синдром потери плода, также еще 6 пациенток имели самопроизвольные выкидыши в анамнезе. В 100% случаев в спермограмме супругов пациенток регистрировались отклонения в виде астенотератозооспермии, вискозипатии. Таким образом, помимо гипоплазии эндометрия причинами бесплодия являлись мужской фактор, ановуляции (37% пациенток) и/или трубно-перитонеальный фактор (24%). Первичное бесплодие регистрировалось у 53% супружеских пар. 29 из 49 пациенток в анамнезе имели неудачные попытки ВРТ.

Введение аутологичной плазмы проводилось с информированного согласия пациенток. Мониторинг толщины эндометрия проводился с помощью динамического ультразвукового исследования. Производили забор венозной крови в специализированные пробирки для Plasmolifting. После центрифугирования в течение 5 мин аутоплазму вводили в полость матки в объеме 3–4 мл с помощью шприца и подключичного катетера. Процедуру проводили дважды на 6–7 день менструального цикла и 9–10 день менструального цикла. Аутоплазму вводили в протоколе индукции овуляции (n=8), в сочетании с искусственной инсеминацией (n=8), протоколе ЭКО (n=22) и естественных циклах (n=11). Статистическая обработка проводилась с использованием «STATISTICA 6.0». Сравнение вариационных рядов осуществлялось с помощью U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился методом ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Толщина эндометрия до введения аутоплазмы составила 3,6±0,5 мм, и варьировала от 2,1 до 5,0 мм. Через 2 суток после первого введения данный показатель составил 7,1±0,5 мм, что достоверно выше, чем до введения (pU<0,01). При этом толщина эндометрия варьировала от 5,0 до 10,4 мм. Измерение срединного М-эхо после второго введения препарата аутоплазмы показало, что толщина эндометрия составила 8,5 ±0,6 мм. При этом толщина варьировала от 7,7 до 12,0 мм. Сравнение толщины эндометрия в период «окна импла-

натации» у пациенток в цикле лечения показало достоверное отличие от аналогичного показателя в контрольном цикле (10,1±0,5 против 6,8±0,2 мм). Характерно, что не было выявлено значимых побочных эффектов. Из субъективных ощущений пациентки в 100% случаев отмечали небольшую болезненность в период введения и мажущие кровянистые выделения в течение 1–2 суток после введения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, аутологичная плазма при внутриматочном введении в фазу пролиферации у пациенток с гипоплазией эндометрия приводит к увеличению срединного М-эхо к периоду «имплантационного окна». Внутриматочное введение аутоплазмы характеризуется отсутствием выраженных побочных эффектов. Полученные результаты позволяют рассматривать внутриматочное введение аутоплазмы в качестве перспективного средства для лечения гипоплазии эндометрия у пациенток с бесплодием и ХЭ.

ПАТОБИОМ КИШЕЧНИКА КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Хомякова Т.И., Ерембетов К.Т., Магомедова А.Д., Хомяков Ю.Н.

НИИМЧ им. акад. А.П. Авцына

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Роль микробиома в функционировании всех без исключения систем организма человека в последние годы не подвергается сомнению. В последние годы была сформирована концепция роли патобиома как фактора предрасположенности к тяжелому течению воспалительных заболеваний, в том числе развитию кардиопатий, системного воспалительной реакции т.д. Репродуктивная система традиционно рассматривается как структура, обладающая собственным микробиомом, тогда как в целом она находится в динамическом равновесии с микробиомом желудочно-кишечного тракта. Наличие патобиома ЖКТ может приводить к изменению урогенитального микробиоценоза. Было обнаружено, что изменения состава микрофлоры у женщин с эндометриозом с повышение доли Atopobium и Gardnerella в микробиоте шейки матки коррелируют с повышением доли E.coli и Shigella в составе микробиома кишки. У женщин с неспецифическим вульвовагинитом обнаружено высокое содержание кишечной микрофлоры (Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus mirabilis, Morganella morganii и др.) в мазках из влагалища и шейки матки. В случае преждевременных родов было выявлено снижение уровня Clostridium кластеров XVIII и IV, субкластера XIVa и Bacteroides в фекальной микробиоте. Значение роли патобиома в течении беременности и ее исходе должно изучаться, в том числе в моделях жиовотных.

ЦЕЛЬ

Целью исследования является выявление степени влияния патобиома кишечника самок лабораторных мышей на исход беременности (вынашивание потомства) в зависимости от типа иммунной системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на двух линиях мышей C57Bl/6 с преимущественно клеточным и Balb/c с преимущественно гуморальным типом иммунитета, а также группе аутбредных белых мышей. Каждая группа состояла из 5 половозрелых мышей массой тела 18–30 г. Содержание и манипуляции с животным проводились в соответствии с Национальным стандартом Российской Федерации «Принципы надлежащей лабораторной практики», утвержденным и введенным в действие Приказом Ростехрегулирования от 02.12.2009 (№544-ст, ГОСТ Р53434–2009) и ГОСТ 33216–2014 «Правила работы с лабораторными грызунами и кроликами», в соответствии с Европейской Директивой 2010/63. Оплодотворение и беременность подтверждались цервикальными мазками. На 10–12 дни беременности (что соответствует второму триместру беременности у человека) всем животным перорально троекратно вводили цефотаксим в дозе, соответсвующей терапевтической дозе для чело-

века. Наступление дисбиоза подтверждалось микробиологически посевами на агар Лурия-Бертани и селективные среды (Лактобак-агар и среду Эндо) (производство HiMedia, Индия) и симптоматически (изменение структуры фекалий, частоты испражнений, состояния шерстного покрова и поведения животных). Проводили регистрацию рождения потомства и их жизнеспособности у отдельных животных в каждой группе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Дисбиотические изменения проявлялись в снижении уровня лактобацилл на два-три порядка у линейных животных и на один порядок у аутбредных мышей, увеличении в фекалиях доли E.coli и повышению количества стафилококков. У мышей линии C57Bl/6 доля стафилококков была наиболее высокой,в фекалиях был обнаружен протей и грибы при посевах на агар Лурия- Бертани.

У трех мышей C57Bl/6 произошла резорбция плодов, две мыши разрешились мертвым потомством на второй день после курса антибиотика (14 день беременности). У мышей Balb/C рождение потомства произошло на 18–20 дни беременности, но оно было нежизнеспособным и было съедено самками. У аутбредных мышей рождение потомства произошло в срок и в течение подсосного периода оно развивалось нормально, без нарушений поведения и каких –либо внешних признаков патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, патобиом матери может рассматриваться как фактор риска развития патологии беременности, в том числе невынашивания, преждевременных родов и внутриутробной инфекции потомства. Генетические особенности иммунной системы матери определяют вероятность реализации данного фактора, что необходимо учитывать при планировании и мониторинге беременности.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ (ХЭ) КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ)

Шумейкина А.О., Пасман Н.М.

Новосибирский Государственный Университет
Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Общим и ключевым в патогенезе СПКЯ и хронического эндометрита (ХЭ) является хроническое течение воспаления. Персистирующие повреждения эндометрия приводит к нарушению рецептивности эндометрия и создает условия для развития бесплодия.

ЦЕЛЬ

Выделить наиболее частую патологию эндометрия у женщин с СПКЯ и бесплодием и проанализировать эффективность лечения бесплодия у женщин с данной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 70 историй болезни пациенток с диагнозом бесплодие, СПКЯ. Средний возраст пациентов – 29,4 ± 5,13 лет. Длительность бесплодия – от 1 до 18 лет. Пациенты включены в исследуемую группу методом случайного последовательного отбора. Наличие избыточной массы тела и ожирения определяли путем расчета индекса массы тела (ИМТ). Была проанализирована частота встречаемости каждого из фенотипов СПКЯ, а также распространенность патологии эндометрия. Наиболее распространенная патология – хронический эндометрит (53,6%), поэтому помимо стандартных методов лечения бесплодия при СПКЯ дополнительно проводилось лечение ХЭ следующими методами: введение макрофагальной среды и проведение фотодинамической терапии (ФДТ).

В зависимости от метода лечения ХЭ пациенты разделены на две группы: группа 1 – 17 пациентов возрасте от 15 до 35 лет, у которых проводилось лечение с использованием введения макрофагальной среды и ФДТ, группа 2 – контрольная группа, 14 пациентов в возрасте от 19 до 32 лет, у которых данные способы лечения ХЭ не применялись. Эффективность оценивали по частоте наступления беременности и толщине эндометрия по УЗИ. Количественные данные исследования представлены с помощью описательной статистики: средних значений и стандартного отклонения, медианы и 1 и 3 квартиля распределения, качественные

данные – в виде частот и процентов, непараметрический критерий Манна-Уитни, Сравнение долей качественных показателей проводилось z-критерием равенства долей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В общей выборке наиболее распространенным генотипом СПКЯ – оказались следующие фенотипы: D (70,0%), C (17,1%), A (12,9%). Наиболее частые патологии эндометрия в выборке: ХЭ – у 45 женщин (53,6%), гиперплазия эндометрия – у 12 женщин (14,3%), полип эндометрия в 8,3% случаев. В группе 1 с дополнительным применением методов лечения ХЭ беременность наступила у 11 (64,7%) пациенток, в группе 2 (контрольная группа) – у 6 (42,9%) женщин. Толщина эндометрия в группе 1 увеличилась в среднем на 1,42 ± 1,06 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты говорят о высокой частоте встречаемости СПКЯ без гиперандрогении и ожирения. В 81% случаев была выявлена патология эндометрия, что указывает на необходимость диагностики состояния эндометрия у женщин с СПКЯ, а особенно перед применением ВРТ. Дополнительно используя такие методы лечения ХЭ, как ФДТ и введение макрофагальной среды, можно повысить эффективность лечения СПКЯ и бесплодия.

ТЕМАТИКА: НЕОНАТОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Агафонова А.В., Рогозина Н.В., Васильев В.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время сохраняется большое число нерешенных вопросов ранней диагностики врожденных инфекционных заболеваний (далее – ВИЗ) ввиду многообразия клинических проявлений, высокой частоты форм со скрытыми и минимальными проявлениями. Вместе с тем раннее выявление и своевременная терапия ВИЗ зачастую имеет решающее значение в исходе заболевания.

В условиях широкого распространения инфекционно-воспалительных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста большую практическую ценность для диагностики ВИЗ представляет морфологическое исследование плаценты, которое позволяет оптимизировать лечебно-диагностическую тактику ведения новорожденных и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности перинатального периода, гистоморфологические изменения и экспрессию маркера CD15 в плацентах детей с ВИЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 40 доношенных новорожденных с ВИЗ (I группа) и 10 здоровых доношенных детей (II группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования установлено, что патология беременности отмечалась у 29 (72,5%) матерей детей с ВИЗ и лишь у трети 3 (30%) матерей здоровых детей. Установлено, что матери детей I группы достоверно чаще переносили острые респираторные инфекции в период беременности ($p<0,05$), в остальном статистически значимых отличий в структуре неблагоприятных факторов течения беременности не выявлено ($p\geqslant0,05$).

При рождении дети I и II групп были статистически сопоставимы по гестационному возрасту, антропометрическим данным, оценке по шкале Апгар ($p\geqslant0,05$). У детей с ВИЗ клинические проявления при рождении отличались многообразием, однако преобладали нарушения со стороны ЦНС – 7 (17,5%), дыхательные расстройства – 9 (22,5%), гипербилирубинемия – 13 (32,5%), анемия – 9 (22,5%).

Дети с ВИЗ преимущественно переносили сочетанные инфекции (24 (60%)): у 14 (35%) имела место ассоциация CMV с герпес-вирусами (у 4 (10%) с HSV 1-го типа, у 9 (22,5%) детей 2-го типа, у 1 (2,5%) с HSV 1-го и 2-го типа), у 2 (5%) детей – ассоциация CMV с Chlamydia trachomatis, у 1 (2,5%) с Mycoplasma hominis. Сочетанные формы герпес-вирусной инфекции (HSV 1-го и 2 типа) выявлены у 5 (12,5%) детей, ассоциация HSV 1 и 2 типа с Chlamydia trachomatis – у 2 (5%). В 16 (40%) случаях регистрировалась моноинфекция: CMV – у 11 (27,5%), HSV1-го и 2-го типа – у 5 (12,5%) детей.

Анализ морфологических заключений последов показал отсутствие достоверной разницы в частоте встречаемости инволютивно-дистрофических изменений и нарушения созревания ворсинчатого хориона. Вместе с тем компенсаторно-приспособительные изменения выявлялись достоверно чаще в плацентах детей с ВИЗ в сравнении с плацентами здоровых детей (23 (57,5%) и 2 (20%) соответственно, $p<0,05$). Воспалительные изменения регистрировались в 17 (42,5%) плацентах детей с ВИЗ, что в 2 раза чаще, чем у здоровых детей (2 (20%), $p\geqslant0,05$)).

Иммуногистохимически в плацентах детей с ВИЗ определялся повышенный уровень экспрессии CD15 (коэффициент экспрессии в I группе составил 6,9±0,9, во II группе 0,7±0,5, $p<0,05$), что позволяет судить о сосудистой эндотелиальной незрелости в плацентах детей с ВИЗ, а, следовательно,

и о наличии хронической плацентарной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования установлено, что у детей с ВИЗ и здоровых детей структура неблагоприятных факторов течения перинального периода не имела статистически значимых различий, за исключением того, что матери детей с ВИЗ достоверно чаще переносили острые респираторные инфекции в период беременности, под маской которых могли «скрываться» инфекционные заболевания TORCH-комплекса. Морфологически плаценты детей с ВИЗ характеризовались более высокой частотой выявления компенсаторно-приспособительных изменений, что является проявлением механизма адаптации в ответ на действие инфекционного агента в антенатальном периоде. Избыточный уровень экспрессии маркера CD15 в плацентах детей с ВИЗ служит отражением патологической незрелости сосудов ворсинок хориона в условиях хронической плацентарной недостаточности инфекционного генеза.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА, У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Будалова А.В., Харламова Н.В., Фетисова И.Н., Ратникова С.Ю.

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

Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

В адаптации глубоко недоношенного ребенка к условиям внеутробного существования принимают участие все системы организма, в том числе и система гемостаза, состояние которой зависит не только от анатомо-физиологических, но и от морфофункциональных особенностей сосудисто-тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза и полиморфизма генов, контролирующих гемостаз. Отклонения в работе системы гемостаза нередко приводят к срыву адаптационных механизмов и возникновению геморрагических нарушений различной степени тяжести, которые обуславливают осложнённое течение раннего неонатального периода. Поэтому в настоящее время существует необходимость комплексной оценки работы системы гемостаза у недоношенных детей, с учетом вариантов полиморфизмов генов.

ЦЕЛЬ

Цель – установить особенности полиморфизмов генов, контролирующих систему гемостаза у глубоко недоношенных детей с геморрагическими нарушениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 100 недоношенных детей со сроком гестации до 32 недель. Наличие полиморфизмов генов системы гемостаза оценено при помощи метода ПЦР в режиме реального времени на анализаторе «DTpraim» с использованием набора реагентов «Кардиогенетика. Тромбофилия». Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь в объеме 0,1 мл. Выделялись полиморфизмы генов: F2 20210 G> A, F5 1691 G> A, F7 10976 G> A, F13A1 103 G> T, FGB -455 G> A, ITGA2-a2 807 C>T, PAI1–675 5G>4G. В зависимости от развития геморрагического синдрома все новорожденные разделены на 2 группы. Основную группу составил 51 ребенок, у которых зарегистрированы геморрагические нарушения (шифр по МКБ-Х – P26, P51, P52, P54). Группу сравнения составили 49 детей без геморрагических нарушений. Статистический анализ данных проведен с использованием программного пакета «Statistica». Для оценки статистической значимости различий использовался критерий $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Достоверных различий в генных и генотипических частотах по полиморфизмам F2G20210A, F51691A и F710976 A, выявлено не было. У детей с геморрагическими нарушениями и без таковых отмечена сходная частота встречаемости полиморфизма F13A1103T (9,8 и 8,3% соответственно) ($p = 0,729$). Генотип FGB(-455)A/A установлен у 7,8% детей с геморрагическими нарушениями и у 12,5% группы сравнения ($p = 0,396$). При анализе полиморфизмов генов PAI-1 5G(-675)4G и ITGB3-b3 1565 C у детей обеих групп статистической разницы в частоте

встречаемости негативных генотипов также установлено не было.

Однако анализ полиморфизма гена тромбоцитарного рецептора к коллагену (ITGA2 807 T/T) показал статистически значимую разницу между частотами встречаемости данного полиморфизма у детей с геморрагическими нарушениями и без таковых (p <0,02), данный полиморфизм зарегистрирован у 5 (9,8%) детей основной группы и у 13 (27,1%) детей группы сравнения, OR = 0,311 (0,111–0,869).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании представлены данные полиморфизмов генов, контролирующих звенья гемостаза у глубоко недоношенных новорожденных с геморрагическими нарушениями в популяции Ивановской области. У глубоко недоношенных новорожденных с геморрагическими нарушениями наблюдается меньшая частота встречаемости гомозиготного носительства аллеля 807 T в гене ITGA2, что вероятно обуславливает меньшее количество тромбоцитарных рецепторов к коллагену у данной категории новорожденных, что и приводит к развитию геморрагических нарушений.

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ АЛЛОАНТИТЕЛ И ИХ СПЕЦИФИЧНОСТИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ МАТЕРЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Гавровская С.В., Минеева Н.В., Сысоева Е.А.

ФГБУ «Российский НИИ Гематологии и Трансфузиологии ФМБА России»
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Неонатальная аллоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (НАТП) обусловлена несовместимостью матери и плода по представленным на тромбоцитах антигенам HPA-1a, -2b, -3a, -3b, -5b, -15a, 15b, отсутствующим у матери и унаследованным ребёнком от отца. Заболевание развивается, если в крови матери присутствуют аллоантитела, направленные против этих антигенов. Наиболее клинически значимыми являются анти-HPA-1a, анти-HPA-5b, анти-HPA-3a и анти-HPA-3b антитела. Частота возникновения НАТП составляет один случай на 1000 – 1500 новорожденных, хотя антигенные различия между матерью и ребёнком составляют один случай на 100 – 200 родов. Серьёзным осложнением тромбоцитопении являются внутричерепные кровоизлияния, развивающиеся в 20% случаев и приводящие к появлению неврологической симптоматики, а в 10% случаев к пренатальной или постнатальной гибели ребёнка. Диагностика тромбоцитопений новорожденных является весьма сложным процессом, грамотное проведение которого во многом предопределяет успех терапевтических мероприятий, которые кардинально различаются в зависимости от причины тромбоцитопении.

ЦЕЛЬ

Установить аллоиммунную природу тромбоцитопении новорожденного и определить вероятную специфичность антитромбоцитарных аллоантител, обнаруженных в крови матери.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования служили образцы крови матерей и отцов новорожденных с тромбоцитопенией, доставленных в ФГБУ «РосНИИТГ ФМБА России» из лечебно-профилактических учреждений г. Санкт-Петербурга. Тромбоциты отца инкубировали с плазмой крови матери, окрашивали их мечеными моноклональными антителами к CD41, IgG человека и анализировали с помощью проточной цитометрии. Показатель аллосенсибилизации вычисляли как процент IgG-позитивных клеток к числу клеток, фиксирующих анти-CD41 антитела. Аллели генов, кодирующих экспрессию антигенов HPA1, HPA2, HPA3, HPA4, HPA5, HPA6, HPA9, HPA15 определяли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени используя набор реактивов HPA-FluoGene (Inno-Train, Германия).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследована 21 пара родителей новорожденных с тромбоцитопенией. У 8 (38%) матерей в плаз-

ме крови обнаружены антитела, направленные против тромбоцитов отца ребенка. По результатам генотипирования в паре мать/отец выявлены следующие несовместимые сочетания антигенов тромбоцитов: HPA-1b/HPA-1a у 9 пар (на тромбоцитах матери нет антигена HPA-1a, на тромбоцитах отца присутствует), в данном случае только у 5 матерей (55%) были обнаружены антитела, вероятная специфичность которых может быть расценена как анти – HPA-1a; несовместимость HPA-1a/HPA-1b обнаружена у 4 пар, но только у 2 (50%) матерей обнаружены антитела с вероятной специфичностью анти – HPA-1b. Несовместимость HPA-3a/HPA-3b имели 4 пары, антитела (вероятно, анти-HPA-3b) были обнаружены только у 1 матери (25%). Обнаружена была несовместимость HPA-2a/ HPA-2b, HPA-5a/ HPA-5b, HPA-15a/ HPA-15b, HPA-15b/ HPA-15a (по 1 случаю из 21 пары), однако антител в крови матерей из этих пар обнаружено не было. Вероятная специфичность антител, обнаруженных у 8 из 21 матерей распределилась следующим образом: анти-HPA1a — 62%, анти-HPA1в — 25% и анти-HPA3a — 13%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом в 8 случаях из 21 подтверждена иммунная природа тромбоцитопении у новорожденных и установлена вероятная специфичность антитромбоцитарных аллоантител, обнаруженных в крови матерей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Галькевич Н.В., Калинина А.М.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врожденный токсоплазмоз (ВТ) является частой проблемой неонатального периода. Прогноз течения беременности при заражении женщины токсоплазмой зависит от многих факторов: срока инфицирования, степени инфицирования плода. ВТ может быть установлен уже внутриутробно, при рождении, но и даже в раннем возрасте со значительно отсроченными клиническими проявлениями.

ЦЕЛЬ

Изучить исходы беременностей у женщин с сероконверсией по токсоплазмозу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пары мать + ребенок (n=27), у которых впоследствии была доказана реализация ВТ. Проанализированы акушерский анамнез, результаты ультразвукового исследования (УЗИ) плодов на разных сроках беременности, данные серологического анализа матерей и детей (иммуноферментный анализ (ИФА) методом ELISA VIDAS с определением антител к T.gondii класса Ig M и IgG), УЗИ/ компьютерной томографии (КТ)/ магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, данные офтальмоскопии. Длительность наблюдения после рождения детей составила от 1 года до 7 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным акушерского анамнеза сероконверсия по токсоплазмозу выявлена в I триместре у 4 беременных женщин, во II-м триместре – у 11, и 7 случаев сероконверсии выявлено в III-м триместре. В 5 случаях серологического скрининга на токсоплазмоз во всех триместрах получен отрицательный результат. Отсутствие анти-toxo-Ig M/ anti-toxo-IgG во время беременности можно объяснить заражением токсоплазмой после проведения последнего анализа или накануне родов. При проведении УЗИ плода в 2-х случаях выявлены признаки гидроцефалии (в 28 и 36 недель), ни у одного плода не выявлено врожденных пороков развития. В 2-х случаях беременность закончилась преждевременно – в 32 и 36 недель.

Учитывая данные обменной карты родильницы с указанием на сероконверсию по токсоплазмозу, все дети обследованы на вероятность ВТ при рождении и далее на первом году жизни.

Исследования ЦНС (УЗИ, КТ, МРТ) в неонатальный период выявило только 2 случая поражения ЦНС в виде гидроцефалии. На первом году жизни гидроцефалия выявлена у 7 пациентов, в 8 случаях – кисты сосудистого сплетения, лобной доли и прозрачной перегородки. Очаги кальцификации в области базальных ядер, по контуру левого бокового желудочка обнаружены у 8 детей, асимме-

трия и расширение боковых желудочков – у 5 пациентов.

По данным офтальмоскопии в возрасте до 3-х месяцев у 3-х детей выявлен микрофтальм, в 6 случаях выявлен центральный атрофический.

хориоретинит. После 3-х месяцев поражение зрения выявлены у 8 детей. В динамике наблюдения за детьми имелись случаи выявления очагов хориоретинита впервые в 2, 3 и 4 года с последующими периодами ремиссий и обострений. Также выявлено вторичное сходящееся косоглазие (6 пациентов), миопический астигматизм (3 ребенка), горизонтальный нистагм (2 пациента). В 1 случае на МРТ была обнаружена двусторонняя гипоплазия зрительного нерва. Без поражения органа зрения были только 3 ребенка.

Общеклинические и биохимические лабораторные показатели не имели существенных специфических изменений. Анти-toxo-IgM в крови у детей при рождении были отрицательными, обнаружены в 1 месяц жизни только у 3 пациентов и в 3 месяца у 3 других пациентов. Сравнение титра анти-toxo-IgG у матери и ребенка при рождении показали практически одинаковые результаты у 90% пар, в 1 месяц жизни выявлены более низкие значения показателя у всех детей по сравнению с материнскими. В дальнейшем титры анти-toxo-IgG у детей с ВТ имели разнонаправленную динамику, но сохранялись положительными к концу первого года жизни и в последующие годы, что наряду с клиническими проявлениями послужило для окончательного установления диагноза врожденного токсоплазмоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Т.к. клиника ВТ не всегда проявляется при рождении, для своевременного установления диагноза дети от матерей с сероконверсией по токсоплазмозу требуют динамического наблюдения на первом году жизни врачей-специалистов и серологического наблюдения до полного исчезновения анти-toxo-IgG.

ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ НА ТРОМБОЦИТАХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Жукова А.С., Балашова Е.Н., Безнощенко О.С., Киртбая А.Р., Ионов О.В., Кречетова Л.В.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тромбоциты, являясь ключевыми эффекторами системы гемостаза, распознают нарушение целостности сосуда и формируют первичную гемостатическую пробку за счет прикрепления к месту повреждения, формирования агрегата и связывания фибриногена. Важное значение в вышеописанных процессах имеют поверхностные рецепторы тромбоцитов. У новорожденных детей снижен коагулогический потенциал по сравнению со взрослыми, что создает предпосылки для возникновения у них геморрагических осложнений, которые при тяжелых проявлениях гипокоагуляции нередко заканчиваются летальным исходом. У большинства детей с геморрагическими проявлениями количество тромбоцитов соответствует нормативным значениям, а результаты анализа плазменного гемостаза оказываются малоинформативными. Все вышеизложенное обусловливает необходимость изучения функционального состояния тромбоцитов у недоношенных новорожденных детей с целью определения его вовлеченности в реализацию геморрагического синдрома.

ЦЕЛЬ

Определить содержание активированных тромбоцитов и уровень экспрессии поверхностных активационных молекул на них у недоношенных новорожденных с кровотечениями в раннем неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследовали кровь 154 новорожденных детей: в основную группу (группа 1) вошли 63 недоношенных ребенка с геморрагическим синдромом, реализовавшимся в первые трое суток после рождения. Среди них у 23 детей отмечались кровотечения в кожу и слизистые, у 24 – желудочное и/или легочное кровотечение и у 16 – внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) различной степени. Группу 2 составил 61 недоношенный ребенок без кровоте-

чений, и 30 здоровых доношенных новорожденных вошли в группу 3. Кровь с цитратом натрия получали на 1 и 3 сутки жизни, у доношенных детей – только на 3 сутки жизни. Методом проточной цитометрии определяли содержание тромбоцитов, экспрессирующих Р-селектин (CD62P), фосфатидилсерин, рецептор к фактору фон Виллебранда (CD42b), PAC-1, интенсивность экспрессии поверхностных молекул и содержание плотных гранул в тромбоцитах в покоящемся состоянии и после активации АДФ и аналогами тромбина. Статистическую обработку проводили с использованием программного обеспечения MedCalc. Для сравнения независимых выборок применяли непараметрический критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при $P<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группы недоношенных детей статистически значимо не отличались по таким показателям как ГВ, масса и длина тела при рождении, оценка по Апгар на 1 и 5 минутах. В 1 сутки жизни у детей с ВЖК по сравнению с недоношенными детьми без кровотечений выявлено более высокое содержание покоящихся PAC-1 тромбоцитов в крови.

На 3 сутки жизни у недоношенных детей без кровотечений по сравнению со здоровыми доношенными новорожденными отмечается более низкое содержание тромбоцитов, экспрессирующих PAC-1 в покоящемся состоянии и CD62P в покое и после активации. Интенсивность экспрессии рецептора к фактору фон Виллебранда, Р-селектина и фосфатидилсерина покоящимися тромбоцитами и PAC-1 тромбоцитами после активации была выше у недоношенных детей по сравнению с доношенными. Содержание плотных гранул в тромбоцитах после активации у недоношенных детей без кровотечений выше, чем у доношенных. У детей с ВЖК обнаруживается более высокая экспрессия CD42b на тромбоцитах, содержание прокоагулянтных тромбоцитов и интенсивность экспрессии фосфатидилсерина на них после активации по сравнению с новорожденными с легочным и/или желудочным кровотечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тромбоциты недоношенных детей в раннем неонатальном периоде имеют существенные отличия в экспрессии поверхностных рецепторов и активирующих молекул по сравнению с доношенными. У новорожденных с ВЖК отмечаются признаки более высокой прокоагулянтной активности тромбоцитов по сравнению с недоношенными детьми без геморрагических нарушений и с желудочным и/или легочным кровотечением.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) является актуальной проблемой педиатрии в связи со значительной заболеваемостью и высокой инвалидизацией. В настоящее время не подлежит сомнению, что иммунная система играет ведущую роль в патогенезе, клиническом течении и исходе респираторных нарушений и формировании БЛД у детей.

ЦЕЛЬ

Целью было определение уровня воспалительных маркеров (СРБ), про- [интерлейкина-1-бета (ИЛ-1β), ИЛ-6 и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа)] и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов в образцах сыворотки крови и содержимом трахеи для прогнозирования последующего развития БЛД у недоношенных детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был изучен цитокиновый статус в сыворотке крови и трахеальном аспирате (ТА) у 47 детей с респираторным дистресс-синдромом (РДС), врожденной пневмонией и инфекцией, специфичной для перинатального периода (ИСПП) с преимущественным поражением легких. Все дети с дыхательными расстройствами были недоношенные с гестационным возрастом 28–35 недель, массой тела при рождении 890–2180 грамм. Из 47 недоношенных новорожденных, первоначально включенных в исследование, у 18 развилось БЛД, а у 29 – нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Дети, у которых развилось БЛД, имели значительно более низкий гестационный возраст и массу тела при рождении, чем новорожденные без БЛД в катамнезе. У новорожденных отмечался дисбаланс между пулами цитокинов в периферической крови и трахеальном аспирате (ТА). Уровни провоспалительных цитокинов на третьи сутки в сыворотке (ФНО-α (805.6 ± 279.2 против 198.2 ± 87.1, p <0.001), ИЛ-1β(2108.2 ± 569.3 против 1349.7 ± 567.7 в группе без БЛД, p=0.005), ИЛ-6 (4254.5 ± 2678.2 и 696.7 ± 523.6, p<0.001)) и СРБ (24.6 ±13.4 против 10.7 ±8.6, p<0.001) были значительно выше, а уровни противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10) были значительно ниже в группе БЛД по сравнению с теми, у кого БЛД не развилось в последующем. Средние концентрации провоспалительных цитокинов в образцах ТА, полученные в течение третьих суток жизни, были значительно выше, а концентрации противовоспалительных цитокинов, наоборот, были значительно ниже у пациентов, у которых развилось БЛД, по сравнению с теми, у которых БЛД не было (таблица 3). Не было обнаружено значительных различий ни в сыворотке, ни в концентрациях про- и противовоспалительных цитокинов в образцах ТА у недоношенных детей с БЛД с точки зрения тяжести БЛД. В нашем исследовании также были определены пороговые уровни цитокинов в образцах крови и ТА для прогнозирования БЛД. Наиболее значимые показатели были определены для уровней ИЛ-6 (⩾926 пг/мл)в сыворотке крови и ИЛ-6 (⩾763.5 пг/мл) и ФНО-α (⩾195.9 пг/мл) в образцах ТА. Мы предлагаем использовать эти пороговые значения для прогнозирования развития БЛД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уровни цитокинов как в сыворотке крови, так и в образцах ТА, которые были получены на третий день жизни у недоношенных детей, могут применяться для прогнозирования возникновения БЛД.

УРОВЕНЬ ПРЕСЕПСИНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфекционные заболевания – наиболее часто встречающаяся патология среди новорожденных детей, особенно недоношенных. Ранняя диагностика инфекционного процесса у недоношенных детей весьма затруднительна, поскольку его клинические проявления неспецифичны, а чувствительность и специфичность рутинных лабораторных анализов низки.

ЦЕЛЬ

Целью настоящего исследования явилось определение значения уровня маркеров воспаления (С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонин (ПКТ), интерлейкин -6 (ИЛ-6), пресепсин (ПСП)) у недоношенных новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы наблюдали 40 новорожденных детей с генерализованной инфекцией специфичной для перинатального периода (ИСПП), 54 новорожденных с врожденной пневмонией, группу сравнения составили 20 новорожденных без инфекционно-воспалительной патологии.Объектом исследования была сыворотка крови новорожденных детей. Для определения уровня пресепсина, СРБ, ИЛ-6, ПКТ мы производили забор венозной крови на 1–2 сутки и на 7–10 сутки жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ уровня ПСП в сыворотке крови, полученной в первые сутки жизни, позволил установить, что данный показатель был значительно повышен у детей с инфекционной патологией (398,4 [182,4 – 576]) и генерализованной ИСПП (754,4 [548,6 – 1558]), а у группы сравнения составил 142 [58–236]. При оценке уровня ПСП в сыворотке крови у пациентов с ИСПП нами было установлено значительное увеличение данного показателя к 7–10 сутками жизни. Данный фактор можно трактовать как элемент родового стресса и следствие усиленного воздействия антигенов внешних факторов на недоношенного ребёнка. При внутригрупповом анализе следует отметить тот факт, что дети с летальным исходом ИСПП (4 случая) имели

высокий уровень ПСП в сыворотке крови на 1–2 день жизни, чем у выздоровевших детей. Данный факт можно объяснить недостаточностью системы иммунитета, его врожденной или приобретенной поломкой, патогенетическим следствием усиления синтеза ПСП с подавлением местной системы иммунитета в очаге воспаления у недоношенных новорожденных. При анализе корреляционной взаимосвязи мы установили значительную ($p < 0,05$) положительную корреляцию между концентрацией ПСП в сыворотке крови на 1–2-й день и сроком нахождения ребенка на ИВЛ ($R = 0,34$; $p = 0,02$), а также между уровнем ПСП в 1–2-е сутки жизни и длительностью антибактериальной терапии ($R = 0,27$, $p = 0,002$). В случае эффективности проводимого лечения уровень ПСП прогрессивно снижался, повторяя в целом динамику изменения прочих маркеров воспаления (СРБ, лейкоцитоз сдвиг формулы влево). Высокий уровень пресепсина коррелировал со степенью тяжести инфекционного процесса: при тяжелом течении был равен $r=0,81$ ($p=0,001$), при среднетяжелом течении – $r=0,68$. Ложноположительные высокие уровни пресепсина наблюдались при остром почечном повреждении и олигоурии. Уровень пресепсина в сыворотке крови на 1–2 сутки у недоношенных новорожденных с ИСПП может служить диагностическим критерием генерализованной формы воспаления с чувствительностью и специфичностью 94,2% и 92% соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повышение концентрации пресепсина может служить ранним диагностическим маркером бактериальной инфекции у недоношенных, так как его уровень повышается раньше, чем уровень традиционных маркеров воспаления (СРБ, ПКТ, ИЛ-6), а его высокие уровни свидетельствуют о тяжелом развитии и течении инфекции у недоношенных. Динамика концентрации СРБ и ИЛ-6 не позволяет предложить их в качестве ранних маркеров инфекции, но они могут анализироваться вместе с традиционными маркерами воспаления в качестве дополнительных диагностических критериев воспалительной реакции.

СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА КЛЕТОК КЛАРА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – полиэтиологичное хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у недоношенных новорожденных, получающих кислородотерапию и находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Изучение течения и исходов бронхолегочной дисплазии – одно из значимых направлений современных исследований в педиатрии. БКК – это наиболее распространенный белок в содержимом трахеобронхиального дерева у новорожденных. БКК имеет противовоспалительную, иммуномодулирующую и регенераторную функции.

ЦЕЛЬ

Целью работы было определение уровней белка клеток Клара у недоношенных детей, у которых в последствии было диагностирована бронхолегочная дисплазия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 34 недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями, находящимся на ИВЛ более 1 недели (16 новорождённых были с врожденной пневмонией и 18 с РДС). Все дети с респираторной патологией были недоношенные с гестационным возрастом 27–35 недель, массой тела при рождении 930 –2120 грамм и длиной от 35 до 44 см. Объектом исследования была сыворотка и трахеобронхиальный аспират (ТА), забор осуществляли дважды на 1–2 сутки и на 10–12 сутки. В связи с целью исследования все дети были разделены на группы: в 1 группу вошли дети (n=13), у которых впоследствии была диагностирована БЛД, во вторую группу включены новорожденные без БЛД (n=21).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Дети с БЛД статистически достоверно имели меньшую массу при рождении и большую степень недоношенности. Уровень БКК в ТА у де-

тей на 1–2 сутки с последующим развитием БЛД был значимо ниже (1954,2 [1021,2–2673,8] пг/мл), чем у детей, не имевших ее признаков в последствии (2475,1 [1676,5–3,511] пг/мл). При исследовании уровня БКК в трахеальной аспирате на 10–12 день в группе детей с БЛД данный показатель был еще статистически ниже, чем у пациентов второй группы (без БЛД) и составил 1653,4 пг/мл [849,2–2187,4] пг/мл) и 2273,6 пг/мл [1348,4–3281,5] пг/мл соответственно). Также мы отмечали падение уровня БКК в обеих группах на 10–12 сутки. Это можно объяснить снижением пролиферативной активности клеток Клара и угнетением выработки данными клетками специфического противовоспалительного протеина, что связано с уменьшением воспалительной реакции в легочной ткани и развитием процессов фиброзирования. При внутригрупповом анализе мы не смогли установить корреляционную связь между определением степени тяжести БЛД (легкая, средняя и тяжелая) и степенью снижения БКК в трахеальном аспирате. Мы выявили статистически достоверную положительную корреляционную связь между концентрацией БКК в ТА и установлением диагноза БЛД как на 1–2 сутки, так и на 10–12 сутки (r = 0,6, p = 0,03 и r = 0,3, p = 0,01 соответственно). Мы выявили отрицательную корреляционную связь между тяжестью процесса, длительностью ИВЛ и уровнем БКК (r = -0,51, p = 0,04 и r = -0,63, p = 0,03). Был проведен анализ содержания БКК в сыворотке крови в те же дни наблюдения, что и забор ТА. Невысокое содержание БКК в ТА коррелирует с низким его содержанием и в сыворотке крови у детей с признаками БЛД и без БЛД. Однако, на 1–2 сутки уровень БКК в сыворотке крови у детей с БЛД (754,3 [398,4–1876,2] пг/мл) был значимо ниже, чем у детей, не имевших признаков БЛД в последствии (1476,5 [1163,9 – 2647,5] пг/мл). При исследовании уровня БКК в сыворотке крови на 10–12 день в группе детей с БЛД данный показатель был еще статистически ниже, чем у пациентов второй группы (без БЛД) и составил 548,6 [326,5–1524,6] пг/мл) и 1137,8 [679,7–2545,1] пг/мл соответственно).Также мы провели корреляционный анализ между концентрацией БКК в сыворотке крови и диагнозом БЛД, тяжестью заболевания и длительностью ИВЛ, но более выраженную зависимость мы получили между концентрацией БКК в ТА, чем в сыворотке. На десятые – двенадцатые сутки жизни недоношенного ребенка концентрация БКК менее 1432,6 пг/мл обладает чувствительностью 85,6% и специфичностью 79,0% для диагностики БЛД (площадь под кривой (AUC) составила 0,82 (95% ДИ 0,679 – 0,937 p<0.001). Прогностическая ценность положительного результата данного теста составила 84%, отрицательного результата – 69,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У детей с БЛД на 1–2 и 10–12 сутки жизни в ТА и сыворотке крови наблюдалась статистически более низкая концентрация БКК (p < 0,01) по сравнению с группой детей без БЛД. Концентрация БКК в трахеальном аспирате на десятые- двенадцатые сутки жизни недоношенного ребенка менее 1432,6 пг/мл является прогностическим и диагностическим критерием БЛД с чувствительностью 85,6% и специфичностью 79,0%.

НОВОРОЖДЕННЫЕ ОТ МАТЕРЕЙ С COVID-19

Зарянкина А.И.

Гомельский государственный медицинский университет

Гомель, РБ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Коронавирусная инфекция может быть причиной различных клинических состояний от бессимптомного вирусоносительства до тяжелого гриппоподобного заболевания и вирусной пневмонии, вызывая заболевание у людей всех возрастов, в том числе и новорожденных.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту развития COVID-19 у новорожденных от матерей, инфицированных COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ медицинской документации 90 пар: родильница-новорожденный. В исследование вошли родильницы, инфицированные SARS-COV-2. Обследование на COVID-19 проводили при поступлении беременных в родильное отделение методом ПЦР или ИХА на наличие IgM к SARS-COV-2. Новорожденных обследовали методом ПЦР на SARS-COV-2 через 24 часа после рождения.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора MSExcel

2019 и программы Statistica 10. За уровень статистической значимости принимался p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфицированные женщины с положительным результатом тестирования на коронавирусную инфекцию в 91,1% (n=82, N=90) случаев имели минимальные проявления острой респираторной инфекции или не имели клинических проявлений COVID-19, в 8,9% (n=8, N=90) переносили заболевание в состоянии средней степени тяжести. Дети от инфицированных матерей, в 70% (n=63, N=90) случаев имели отрицательный результат ПЦР через 24 часа после рождения, в 30% (n=27, N=90) – положительный результат теста на SARS-COV-2. Из 27 (30%) инфицированных детей 3 (11,1%) новорожденных не имели клинико-лабораторно-инструментальных проявлений заболевания. 24 (88,9%) ребенка имели клинические проявления инфекции разной степени тяжести: в 66,7% (n=18, N=27) случаев инфекция протекала в легкой форме, в 18,5% (n=5, N=27) – в среднетяжелой форме, 1 (3,7%) ребенок переносил COVID-19 в тяжелой форме. Основные клинические проявления коронавирусной инфекции у новорожденных: лихорадка наблюдалась в 95,8% (n=23, N=24) случаев, снижение или полное отсутствие аппетита – в 87,5% (n=21, N=24), кашель – в 54,2% (n=13, N=24), рвота – в 41,7% (n=10, N=24), диарея –в 29,2% (n=7, N=24), насморк – в 16,7% (n=4, N=24), тахипноэ – в 4,2% (n=1, N=24) случаев. Изменения на рентгенограмме выявлены у детей со среднетяжелым и тяжелым течением инфекции и характеризовались односторонним поражением – в 50% (n=3, N=6) случаев, двусторонним – в 33,3% (n=2, N=6), помутнением по типу матового стекла – в 16,7% (n=1, N=6) случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждый третий ребенок от женщины, инфицированной коронавирусом, имеет положительный результат ПЦР тест на SARS-COV-2 в первые сутки жизни. Практически у всех (88,9%) инфицированных новорожденных коронавирусная инфекция характеризовалась наличием клинических проявлений, ведущими из которых являлись лихорадка (95,8%), снижение/полное отсутствие аппетита (87,5%), кашель (54,2%), рвота (41,7%), у каждого третьего новорожденного – диарея. У новорожденных со среднетяжелым (18,5%) и тяжелым (3,7%) течением инфекции выявлены изменения на рентгенограмме в виде одностороннего (50%), двустороннего (33,3%) поражения, у 1 (16,7%) ребенка – по типу матового стекла.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В «ДОКОВИДНЫЙ» ПЕРИОД

Зарянкина А.И.

Гомельский государственный медицинский университет
Гомель, РБ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушение ритма сердца (НРС) может являться отдельной нозологической формой, может развиться на фоне других заболеваний и значительно осложнять их течение, представляя опасность для жизни ребенка.

Распространенность НРС по данным холтеровского мониторирования достигает 50% и в 5% случаев является показанием для госпитализации в отделения интенсивной терапии.

Жизнеугрожающие аритмии в педиатрической практике составляют около 1,5% всей сердечно-сосудистой патологии и 5,6% всех НРС.

ЦЕЛЬ

Изучить структуру нарушений ритма сердца и проводимости у новорожденных и детей первого полугодия жизни, проживающих в Гомельском регионе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована медицинская документация 130 новорожденных и детей первого полугодия жизни с нарушениями ритма сердца и проводимости за период 2017–2020 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Структура НРС. Нарушения функции возбудимости диагностированы в 49% случаев: экстрасистолия в 42% случаев (желудочковая – 33%, суправентрикулярная – 67%), пароксизмальная тахикардия – в 7%. Нарушения функции проводимо-

сти – в 21%: синдром WPW – 60%, АВ-блокада – 33%, удлинение интервала QT – 7%. Нарушения функции автоматизма – в 17%: 73% – синусовая тахикардия, 14% – синусовая брадикардия, 9% – миграция водителя ритма, 4% – синусовая аритмия. Комбинированные нарушения ритма сердца и проводимости – в 13%: 41% – нарушение возбудимости и проводимости, 29% – автоматизма и проводимости, 24% – автоматизма и возбудимости, 6% – нарушение автоматизма, возбудимости и проводимости.

Почти половина диагностированных НРС выявлены на первой неделе жизни (45%), на второй неделе жизни нарушения ритма сердца диагностированы в 22% случаев, на 3 неделе жизни – в 6%, в возрасте 1 месяца – в 7%, 2 месяцев – в 11%, 3 месяцев – в 5%, 4 месяцев – в 1,5%, 6 месяцев – в 2,5% случаев.

Мальчики в 1,4 раза чаще имеют НРС (58% мальчиков, 42% девочек), и эти нарушения прослеживаются по всем функциям: нарушения функции возбудимости (27% и 22%, соответственно), функции проводимости (11% и 10%), функции автоматизма (9% и 8%), комбинированные нарушения (11% и 2%).

Акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения беременности и родов: осложненный акушерско-гинекологический анамнез наблюдался у 89% женщин, дети которых имели НРС. В 31% случаев было проведено оперативное родоразрешение. Беременность, осложненная гинекологической патологий, отмечалась у 68% женщин. Кольпит был диагностирован в 19%, инфекции, передаваемые половым путем – в 9%, эрозия шейки матки – в 6% случаев.

За время беременности 33 (24%) женщины болели острой респираторной инфекцией в разные сроки, анемия диагностирована у 36 (26%) женщин. Многоводие и маловодие наблюдалось одинаково часто – в 4% случаев, хроническая плацентарная недостаточность – в 6%, преэклампсия и эклампсия – в 2% случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушения функции возбудимости – ведущие нарушения ритма сердца и проводимости у новорожденных и детей первого полугодия жизни в Гомельском регионе, которые регистрируются в 49% случаев всех нарушений ритма, почти половина из которых принадлежит экстрасистолии, преимущественно суправентрикулярной. Нарушения функции проводимости составили 1/5 всех нарушений ритма и представлены синдромом предвозбуждения желудочков (WPW синдром) и АВ-блокадами. Нарушения функции автоматизма регистрируются у каждого шестого ребенка, преимущественно в виде синусовой тахикардии. Комбинированные нарушения ритма сердца и проводимости – реже регистрируемые нарушения, преимущественно сочетающие в себе нарушения возбудимости и проводимости (41%), автоматизма и проводимости (29%), автоматизма и возбудимости (24%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 89% матерей. Течение беременности, осложненное гинекологической патологий, наблюдалось у 68% женщин. Каждой третье женщине проведено оперативное родоразрешение.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КРИТЕРИЕВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКЕ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Игнатко И.В., Пасечник И.Н., Завьялов О.В.

Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С. Юдина Департамента здравоохранения Москвы

Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Недоношенность – актуальная медико-организационная и социальная проблема современной перинатальной медицинской науки и мирового здравоохранения. Частота преждевременных родов составляет от 4,5 до 11,5%. Молниеносное развитие и/или прогрессирование синдрома дыхательного расстройства (СДР) новорожденного – ведущая патогенетическая клиническая нозология и опасное жизнеугрожающее состояние,особенно в первые часы и сутки жизни недоношенных детей. В последние десятилетия проведение ранней вентиляции легких у новорожденных основано на международной концепции минимальной инвазивности стартовой респираторной поддержки в раннем неонатальном периоде.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность формирования критериев перинатального скрининга при дифференцированном подходе к стартовой респираторной поддержке у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно-проспективное исследование выполнено в отделении неонатальной реанимации родильного дома Перинатального центра ГКБ имени С.С.Юдина г.Москвы в период с 2018 по 2021 год. Разработан дизайн, критерии включения и исключения. Клинический протокол НИР одобрен локальным этическим комитетом больницы. Проанализированы истории развития 90 пациентов, временной промежуток – ранний неонатальный период (первые 168 часов жизни).Средняя масса тела детей: 850+/-149 граммов,средний срок гестации: 28+/-4 недели. В каждой группе пациенты рапределены по сроку гестации в неделях:24–25,26–27,28–29,30–31. В родильном зале / операционной стандартное проведение стабилизации клин.состояния и/или выполнение реанимац. мероприятий всем пациентам проводилось согласно метод.писем и клин.рекомендаций Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) и Российского общества неонатологов (РОН). Сформированы 3 группы критериев перинатального скрининга (КПС): 1) анамнестический-оценка:курса проф-ки респиратор дистресс синдрома (РДС) плода: отсут,<30%,30–60%,>60%;-безводного промежутка(БП):<6 час,6–8 час,>12 час;хориоамнионита матери (ХМ): нет, признаки,выраженный; гестационного сахар диабета (ГСД):нет,диета,инсулинотерапия; показателей кровотока в системе «мать-плацента-плод»:норма,признаки нарушения; синдрома задержки роста плода (СЗРП): нет, невыраженный, выраженный;2) клинический-оценка: эффективности спонтанного дыхания (СД):отсут,пограничное,стабильное; степени тяжести дыхательной недостаточности (ДН) по шкале Сильверман-Андерсен (С-А):/=6 балл; предуктальной сатурации (SpO2):<88%,88–92%,>92%; респираторного индекса (PaO2/FiO2):<200,250–300,>300;3)инструментальный-оценка: ренгенкартины пневмонии:да,нет; степени внутрижелудочкового кровоизлияния:-нет,1,2,3; потребности допамина в стартовой дозе (мкг/кг/мин):<3,3–5,>5; Б/х показатели:С-реактив белок(СРБ) в мг/л:<5,5–10,>10;прокальцитонина (ПКТ) в нг/мл:<2,2–6,>6.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для каждой группы стартовой респираторной поддержки (СРП) выделены основные КПС: 1) группа СРП – искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в реж SIMV (Sinchronized inspiratory mandatory ventilation) через эндот.трубку (ЭТ-

Т):СД-отсутствует, оценка по шкале С-А>/= 6 балл,SpO2<88%, PaO2/FiO2<200; 2) группа СРП-неинвазив вентиляция легких (НВЛ) в реж DUOPAP (Duo positive airway pressure) через назал канюли (НК): СД-стабильное, оценка по шкале С-А 92%, PaO2/FiO2>300; 3 группа СРП – НВЛ в реж DUOPAP через НК / ИВЛ в реж SIMV через ЭТТ: СД- пограничное, оценка по шкале С-А 4–5 балл, SpO2 88–92%, PaO2/FiO2 250–300. При выполнении НИР разработаны «разрешающие» КПС СРП: НВЛ-DUOPAP: 30–60% курс РДС плода, БП<6 час, ХМ-отсут,ГСД-нет/диета, нормально допустим показатели кровотока в сис-ме «мать-плацента-плод»,СЗРП – нет и/или невыраженный, отсутствие рентгенкартины пневмонии, допамин<3 мкг/кг/мин,СРБ<5 мг/л,ПКТ<2нг/мл. В процессе НИР выявлены «ограничивающие» КПС СРП: НВЛ-DUOPAP: отсут и/или 30% курс РДС плода,БП>12 час, ХМ -наличие /выраженный, ГСД-инсулинотерапия, признаки нарушения маточ-плацентарно-плодов кровотока, выраженный СЗРП,рентгенкартина пневмонии, допамин >5 мкг/кг/мин,СРБ>5 мг/л,ПКТ>6 нг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сформированные критерии перинатального скрининга являются важным дополнительным клинико-прогностическим и организационно-тактическим инструментом при дифференцированном подходе к стартовой респираторной поддержке у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде, позволяющий эффективно совершенствовать первичный выбор наиболее оптимального режима дыхательной терапии в отдении неонатальной реанимации.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СРОКА ГЕСТАЦИИ И ПЕРВИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ

Игнатко И.В., Пасечник И.Н., Завьялов О.В.

Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С. Юдина Департамента здравоохранения Москвы

Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дети, рождающиеся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), составляют 0,5% всех живорожденных, 5% – среди недоношенных. В настоящее время ученым хорошо известна зона «предела жизнеспособности», соответствующая у новорожденных массе тела при рождении 500–600 граммов и гестационному возрасту 23–24 недели. Благодаря непрерывному внедрению в неонатальную реанимационную практику инновационных малоинвазивных респираторных технологий и современных методов выхаживания глубоконедоношенных новорожденных в отечественной перинатальной медицине удалось снизить раннюю неонатальная смертность детей с ЭНМТ до 45%, а младенческую смертность – до 49%. Повышение качества жизни и снижение степени тяжести заболеваемости в раннем грудном возрасте, дальнейшее совершенствование реабилитационной терапии и катамнестического наблюдения детей, родившихся с ЭНМТ- актуальная международная медико-организационная и социально-психологическая междисциплинарная проблема современного общества.

ЦЕЛЬ

Целью работы являлось проведение катамнестического анализа влияния срока гестации и первичной соматической патологии на заболеваемость глубоконедоношенных детей в раннем грудном возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) родильного дома и в кабинете катамнестического наблюдения Перинатального центра ГКБ им. С.С.Юдина г.Москвы в 2019–2021гг. Основа НИР-ретроспективный анализ клинических исходов 90 детей, находившихся при рождении на различной стартовой респираторной поддержке (СРП). Клинический протокол НИР добрен локальным этическим комитетом больницы. Средняя масса тела

детей: 850 +/-149 граммов, средний срок гестации: 28+/-4 недели. Сформировано 3 группы (гр.) СРП: 1)ИВЛ в реж SIMV (Synchronized intermittent mandatory ventilation) через интуб трубку;2) НВЛ в реж DUOPAP (Duo positive airway pressure) через назал канюли;3) НВЛ в реж DUOPAP / ИВЛ в реж SIMV. Пациенты в каждой группе дополнительно распределены по сроку гестации в неделях: 24–25,26–27,28–29,30–31.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе НИР выявлена вариабельность основной клин нозологии: синдром дыхательного расстройства (СДР): 1гр.-12(15%), 2гр.-22(27,5%),-3гр.-6(7,5%) и врожденной пневмонии (ВП): 1гр.-28(31,1%),2гр.-8(10,0%),3гр.-14(17,5%).Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) I-III степени (ст.):Iст.:1гр.-14(17,5%),2гр.-10(12,5%),3гр.-12(15,0%); IIст.:1гр.-12 (15,0%),2гр.-8(10,0%),3гр.-6(7,5%);IIIст.:-1гр.-14(17,5%),2гр.-6(7,5%),3гр.-8(10,0%). Средняя продолжительность лечения в ОРИТН (в часах.ч.) в группах СРП:1гр.-156ч.,2гр.-76,8ч.,3гр.-108ч. Среднее время проведения НВЛ в реж DUOPAP в зависимости от массы тела при рождении (в граммах,гр.):700–799гр.-3+/-1ч.;800–899гр.-12+/-3ч.;900–999гр.-28+/-7ч. Проведен катамнестический анализ ранней заболеваемости пациентов в 6 месяцев скорригированного возраста: гипоксически-ишемическое повреждение (ГИП) ЦНС:I-IIст. одинаково часто во всех группах, наименьшая частота ГИП ЦНС IIIст.-во 2 группе СРП (стартовой НВЛ-DUOPAP) у пац-тов 28–29,30–31 недель, наибольшая- в 1 группе (стартовой ИВЛ-SIMV) у пац-тов 24–25,26–27 недель. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) легкой и среднетяжелой степени одинаково часто во всех группах, но БЛД тяжелой степени чаще -в 1 группе СРП у пац-тов 24–25,26–27 недель, и значительно реже – во 2 группе СРП у пац-тов 28–29,30–31 недель. Ретинопатия недоношенных (РН) Iст. – одинаково часто во всех группах СРП, но IIст.РН – реже во 2 группе СРП у пац-тов 28–29,30–31 недель, а РН II-IIIст. и IIIст. – чаще в 1 группе СРП у пац-тов 24–25,26–27 недель.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация и тяжелое течение врожденной пневмонии и/или внутрижелудочковых кровоизлияний II-III степени у детей, родившихся с экстремально низкой массой тела значимо ограничивают первоначальный выбор неинвазивной вентиляции легких в режиме DUOPAP через назальные канюли в качестве стартовой респираторной поддержки в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Наиболее тяжелая первичная соматическая патология у детей с ЭНМТ достоверно чаще встречается у недоношенных новорожденных с наименьшим гестационным возрастом при рождении. Совокупность малого срока гестации и/или более выраженная первичная соматическая патология, несомненно, отягощают прогноз выживаемости в раннем неонатальном периоде и крайне отрицательно влияют на качество жизни и заболеваемость глубоконедоношенных детей в раннем грудном возрасте.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Рогова А.С., Мартынов А.А., Ахалова Е.С., Побединская О.С., Соловьёва И.В.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из основных факторов, определяющих состояние здоровья детей первого года жизни, является здоровье женщин во время беременности.

ЦЕЛЬ

Выделить основные перинатальные факторы риска в оценке состояния здоровья детей первого года жизни, родившихся у женщин с нарушениями свертывания крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Женщины (n=72) с сочетанными нарушениями свертывания крови – другая тромбофилия и другие уточненные нарушения свертывания крови (D68.6 и D68.8), находящиеся во время беременности на терапии НМГ, и их дети первого года жизни (n=72).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Протромботический анамнез семьи (тромбофилия) – перенесенные инсульты, инфаркты, варикозное расширение вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь и др., был выявлен у всех женщин. Особенностями соматического анамнеза у женщин были: СВД (87%), варикозное расширение вен нижних конечностей (61%), миопия (44%), аутоиммунный гипотиреоз (39%), антифосфолипидный синдром (37%), хронические заболевания ЖКТ (32%); гинекологического анамнеза – бесплодие (21%), воспалительные болезни женских тазовых органов (20%); акушерского анамнеза – несостоявшийся выкидыш (О02.1) (59%), самопроизвольный аборт (О03)(37%), угроза прерывания беременности (31%), угроза преждевременных родов (32%), умеренная преэклампсия (16%),ОРВИ (16%), анемия (12%) и внутриутробная гибель плода (О36.4) (11%). Каждая третья женщина (33%) с нарушениями свертывания крови была родоразрешена оперативно путём экстренного кесарева сечения в связи с острой гипоксией плода. Тяжесть состояния детей при рождении и в течение первого года жизни определялась диагностикой в 100% случаев ишемии мозга (Р91.0) как следствие перенесенной внутриутробной гипоксии (Р20), конъюгационной желтухой(52%) и функциональным нарушениями ЖКТ (54%) на фоне МФН, ЗВУР (20%) и недоношенностью (12%). У женщин и у их детей методом ПЦР в реальном времени были определены пять наиболее часто выявляемых генетических полиморфизмов системы свертывания крови (PAI-1 до 81%, FGB до 74%, ITGA2 до 56%, FXIII до 46%) и ферментов фолатного цикла (MTRR до 65%, MTHFR до 62%). По данным тромбоэластографического исследования у детей была чаще выявлена хронометрическая гиперкоагуляция (76%), структурная гиперкоагуляция (30%),повышение коагулянтной активности тромбоцитов (КАТ) (53%) и тромбоцитопатия потребления (42%). Важно, что у 100% детей к первому году жизни отмечались последствия перинатального поражения ЦНС в связи со стойко сохраняющимися ликвородинамическими нарушениями в виде нарушений психологического развития (F80-F89) (преимущественно задержка речевого развития, аутизм), доброкачественная внутричерепная гипертензия (G93.2) и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наличие определенного тромботического анамнеза в семье, выявленных особенностей соматического и акушерского анамнеза у матери, наличие клинических (церебральная ишемия, конъюгационная желтуха, нарушения ЖКТ, ЗВУР, недоношенность) и гемостазиологических эквивалентов по ТЭГ (хронометрическая и структурнация гиперкоагуляция, повышение КАТ, тромбоцитопатия потребления) при выявлении генетических полиморфизмов системы гемостаза, являются основными перинатальными факторами риска тромбогеморрагических осложнений у детей, родившихся у женщин с сочетанными нарушениями свертывания крови.

«АКТИВНАЯ» ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ

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

УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

«Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность проблемы определяется высокой частотой патологии в структуре заболеваемости в раннем неонатальном периоде, необходимостью выделения группы детей с риском развития тяжелой гипербилирубинемии в условиях совместного пребывания матери и ребенка, ранней выписки из роддомов.

ЦЕЛЬ

Целью внедрения тактики при гипербилирубинемии в первые сутки жизни у детей в сроке гестации 36 недель и более является совершенствование помощи новорожденным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа по разработке и внедрению тактики ведения новорожденных при гипербилирубинемии

проводилась в родильном доме №2 города Минска, являющегося перинатальным центром третьего уровня. Были выбраны клинико-лабораторные показатели, определены критерии, основные принципы ведения и лечения для предупреждения тяжелой гипербилирубинемии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разаботана тактика ведения новорожденных из группы высокого риска по развитию гипербилирубинемии в первые сутки жизни.

Выработанная тактика при гипербилирубинемии у новорожденных в сроке гестации 36 недель и более позволила совершенствовать помощь в:

- определении критериев своевременной диагностики и патологических факторов совместно с акушерами-гинекологами;
- определении основных принципов лечения: проведение фототерапии и инфузионной терапии по показаниям, предупреждение развития тяжелой гипербилирубинемии;
- поддержке и поощрении грудного вскармливания, совместного пребывания матери и ребенка, в том числе при необходимости проведения фототерипии;
- оценке риска развития тяжелой гипербилирубинемии перед выпиской из роддома для обеспечения раннего амбулаторного посещения, предусматривающее внимательное наблюдение.

При низком риске контроль уровня билирубина не нужен. В случае «контролируемого» риска надо проводить инвазивный контроль, фототерапию. При высоком риске необходимы инвазивный контроль, фототерапия, расчет почасового прироста, контроль эффективности лечения по показаниям.

Алгоритм мониторинга эффективности интенсивной терапии

- Контроль массы тела путем взвешивания 2 раза в сутки.
- Учет суточного диуреза.
- Учет энтерального и парентерального поступления жидкости.
- Контроль количества и качественных характеристик эвакуационной функции кишечника (консистенция, окраска стула, наличие патологических примесей).
- Лабораторное определение концентрации ОБ в сыворотке крови каждые 12 часов и измерение диагностическим аппаратом неинвазивного контроля уровня билирубина каждые 6 часов.
- Эффективность интенсивной терапии оценивается по уменьшению абсолютного уровня гипербилирубинемии, а также путем вычисления скорости снижения билирубина. И определяется как высокая при показателе 10–14 мкмоль/л/час.

Все показания для проведения наблюдения, лечения гипербилирубинемии должны оформляться в листе учета уровня билирубина. Необходимо наличие и использование единых установленных протоколов для оценки риска развития гипербилирубинемии во всех отделениях новорожденных. Такая оценка особенно важна у тех детей, которые выписываются в возрасте до 72 часов (ранняя выписка из роддома). При этом рутинное определение уровня билирубина должно осуществляться бескровным транскутанным методом.

Грудное вскармливание у всех детей поощряется и поддерживается. Для выявления детей, у которых из-за неадекватного поступления молока существует опасность обезвоживания и развития гипербилирубинемии, используют оценку адекватности грудного вскармливания.

Данная тактика внедрена в работу перинатального центра с 2016 г. и хорошо себя проявила. Для сравнения мы представляем показатели работы акушерско-неонатологической службы за 2016–2020 гг. За указанный период родилось в 2016 г. 5920 детей, в 2017 г. – 4982 детей, в 2018 г. – 4554, 2019 г. – 4510, 2020 г. – 3825, 2021 г. – 2873 ребенка. Общая заболеваемость при этом составляла 251,2‰ в 2016 г., 196,2‰ в 2017 г., 210,8‰ в 2018 г., 203,3‰ в 2019 г., 194‰ в 2020 г., 223,1‰ в 2021 г. С желтухой проведено в 2016 г. 147 детей, в 2017 г. – 81, в 2018 г. – 37, в 2019 г. – 75, в 2020 г. – 31, в 2021 г. – 21 ребенок. В переводах для дальнейшего лечения нуждались 38 детей в 2016г., 31 в 2017 г., 16 в 2018 г., 48 в 2019 г., 14 в 2020 г., 13 детей в 2021 г. Заболеваемость желтухами снижалась с 29,9‰ в 2015г., до 27,3‰ в 2016 г., 16,3‰ в 2017 г., 9,6‰ в 2018г., 16,6‰ 2019 г., 8,1‰ в 2020 г., 7,3‰ в 2021г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная тактика ведения детей при гипербилирубинемии в сроке гестации 36 недель и более дала возможность адекватно оценивать состояние ребенка и риск развития гипербилирубинемии,

проводить своевременную коррекцию патологии с поддержанием и соблюдением принципов грудного вскармливания, ранней выписки домой. Такая «активная» тактика ведения позволила улучшить показатели роддома по данной патологии в период новорожденности, грудному вскармливанию, совместному пребыванию матери и ребенка, снижению уровня тревожности и психологической нагрузки у родильницы.

ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Исмаилова И.В., Тулегенова Г.А., Калиева А.Т.

НАО ЗКМУ им. М. Оспанова

Актобе

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота гипербилирубинемии по данным российских авторов колеблется от 25 до 65% у доношенных и 70–90% у недоношенных детей.

В Актюбинской области (Казахстан) по данным официальной статистики родильных домов и детских больниц за 2021 год доля гипербилирубинемии у новорожденных в структуре общей заболеваемости выросла и составляет 34%.

ЦЕЛЬ

Изучение факторов, пролонгирующих гипербилирубинемию у новорожденных детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 56 новорожденных ребенка (основная группа), прошедших через отделение №1 ЦОМиД г. Актобе с клиническими проявлениями затянувшейся физиологической гипербилирубинемии. У всех детей иммунологический конфликт по резус – фактору и системе АВО был исключен. У 49 (87,5%) детей определялась только непрямая фракция билирубина, у 6 (10,7%) определялась непрямая и прямая фракции, но уровень прямой не превышал 10%, что указывало на физиологический генез гипербилирубинемии.

Распределение детей основной группы: доношенные – 33 (58,9%), недоношенные – 23 (41,1%). Группу сравнения составили 30 здоровых ребенка период новорожденности которых, протекал без особенностей – доношенные – 18 (81,8%), недоношенные – 4 (18,2%).

У всех детей определялась уровень общего билирубина и его фракций в сыворотке крови, УЗИ внутренних органов, ИФА на внутриутробные инфекции (хламидиоз, ЦМВИ, ВПГ).

Возраст на момент поступления детей основной группы в стационар – 15,3±0,37 дней. Прививка против гепатита В проведена в 100% случаев.

В обеих группах изучены состояние здоровья матери во время беременности и родов, состояние ребенка при рождении, сроки появление желтухи, ее длительность, уровень билирубина и определялись уровень общего билирубина, фракции в сыворотке крови, УЗИ внутренних органов, ИФА анализ на внутриутробные инфекции (хламидиоз, ЦМВИ, ВПГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение соматического статуса матерей показало, что 45 женщины (80,3%) имели хроническую экстрагенитальную патологию одной или нескольких систем. Частой патологией во время беременности как в основной, так и в контрольной группе были: анемия – 16,07%, хронические очаги инфекции: хронический гастрит – 2 (3,57%), хронический пиелонефрит в фазе обострение – 2 (3,57%) и хронический аднексит – 1(1,78%). Достоверно чаще в основной группе выявлено нарушение жирового обмена в виде ожирения – у 8,9% ($p<0,05$) и аллергические заболевание в виде поллиноза – 16,07% ($p<0,05$).

Процент беременности, осложнившейся гестозом диагностирован у 15 (26,7%) женщин, сочетание с отягощенным акушерско-гинекологический анамнезом (медицинские аборты, выкидыши)отмечено у 9 (16,07%).

Важнейшими составляющими в формировании здоровья ребенка является состояние детей при рождении, поскольку оно определяет нормальное течение адаптационного периода.

Оценка по шкале Апгар основной группы: 7 – 8 баллов – 41 (73,2%), 5 – 6 баллов – 7 (12,5%) детей.

Динамика снижения концентрации билирубина показала более быстрые темпы в группе доношенных детей поступивших после 20-го дня жизни – на 5-ые сутки (- 143,95) $p<0,02$. Поскольку сроки выписки у детей в группах были разные, концен-

трация билирубина при выписке не анализировалась. В группе недоношенных детей, поступивших в разные сроки, достоверной разницы в темпах снижения билирубина выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нарушение обменных процессов у матери во время беременности, аллергические заболевания, гестоз беременных, внутриутробная инфекция и перинатальное поражение ЦНС, достоверно чаще встречающиеся у детей с гипербилирубинемией, можно отнести к пролонгирующим факторам данного феномена.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Кадочникова П.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И., Гришкина А.А.

ФГБУ «НИИ ОММ»

Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Принципиальной особенностью младенческой смертности является её очевидная демографическая значимость, т.к. на первом году жизни летальный исход имеет место в 40,0% в раннем неонатальном периоде. Оценка причин неонатальной смертности является важным звеном для выявления факторов риска как материнских, так и неонатальных.

ЦЕЛЬ

Анализ причин неонатальной смертности новорожденных в перинатальном центре третьего уровня за период с 2017 по 2021 год.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы истории болезни и развития 88 детей, умерших в раннем неонатальном периоде, из них: рожденные в сроке гестации 22–27 недель – 54 человека (1-я группа), 28–31 неделя – 22 человека (2-я группа), 32–36 недель – 12 человек (3-я группа) и 20 детей, умерших в позднем неонатальном периоде, из них: рожденные в сроке гестации 22– 27 недель – 14 человек (4-я группа), 28–31 неделя – 6 человек (5-я группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенных исследований установлено, что в раннем неонатальном периоде у большинства детей наблюдалось развитие генерализованной инфекции – 38,9%, 27,3% и 25% в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно ($p>0,05$ во всех случаях). Респираторный дистресс синдром регистрировался в 2,3 и 3,8 раз чаще в группе детей 22–27 недель гестационного возраста (ГВ) (31,5% против 13,6% и 8,3%, $p1–3<0,001$). Врожденные аномалии и пороки развития достоверно чаще диагностировались у детей 32–36 недель (25%), в сравнении с новорожденными меньшего гестационного возраста (0% и 9,1%, соответственно 1-я и 2-я группы), однако значимые различия выявлены только с детьми 22–27 недель ($p1–3=0,003$).

Летальный исход в позднем неонатальном периоде также был связан с развитием генерализованной инфекции, статистически значимо чаще у детей 22–27 недель (100% против 33,3% новорожденных 28–31 недели, $p<0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, основной причиной ранней неонатальной смертности недоношенных детей вне зависимости от гестационного возраста является генерализованная инфекция. При этом в раннем неонатальном периоде развитие инфекционного процесса не зависит от гестационного возраста ребенка, а в позднем – коррелирует с меньшим гестационным возрастом (22–27 недель). Синдром дыхательных расстройств у детей 22–27 недель является второй по значимости причиной ранней неонатальной смертности у новорожденных 32–36 недель – врожденные аномалии и пороки развития.Таким образом, основной причиной ранней неонатальной смертности недоношенных детей вне зависимости от гестационного возраста является генерализованная инфекция. При этом в раннем неонатальном периоде развитие инфекционного процесса не зависит от гестационного возраста ребенка, а в позднем – коррелирует с меньшим гестационным возрастом (22–27 недель). Синдром дыхательных расстройств у детей

22–27 недель является второй по значимости причиной ранней неонатальной смертности у новорожденных 32–36 недель – врожденные аномалии и пороки развития.

ИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ БЕЛОК, СВЯЗЫВАЮЩИЙ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ (I-FABP) ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДУКТУС-ЗАВИСИМЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Каплина А.В., Каюмова Е.Е., Васильева Е.Ю., Петрова Н.А.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Некротизирующий энтероколит (НЭК) – это заболевание, поражающее преимущественно недоношенных новорожденных с массой тела при рождении <1500 г., патогенез которого связан с активацией рецепторов TLR4 кишечной стенки липополисахаридами грамотрицательных бактерий на фоне незрелости барьерной функции кишечного эпителия. Нарушение мезентериальной перфузии также может являться фактором риска НЭК, в связи с чем особую группу риска представляют доношенные новорожденные с дуктус-зависимыми врожденными пороками сердца (ВПС) Частота НЭК у детей с критическими ВПС составляет 3–10% (Lau P., 2018; Day T., 2019), при гипоплазии левых отделов сердца возрастает до 7,6–18% (McElhinney D., 2000). НЭК у детей с ВПС сопровождается высокой летальностью – 38–50% (Siano E., 2018).

Интестинальный белок, связывающий жирные кислоты (i-FABP) – это внутриклеточный белок, который содержится в энтероцитах тонкой кишки и участвует во всасывании и переносе жирных кислот. i-FABP попадает в кровоток при повреждении слизистой оболочки тонкой кишки, в связи с чем возрастает интерес к его изучению в качестве диагностического маркера при заболеваниях кишечника.

ЦЕЛЬ

Оценить уровни i-FABP у доношенных новорожденных с дуктус-зависимыми ВПС, у которых развился НЭК после кардиохирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 44 новорожденных с дуктус-зависимыми ВПС, перенесших кардиохирургическое лечение на 9 (от 2 до 16) сутки жизни, из них у 22 детей в послеоперационном периоде развился НЭК (основная группа). Уровни i-FABP у детей были определены перед оперативным лечением ВПС и на момент развития НЭК (в группе сравнения – в сутки после операции (п/о), соответствующие срокам развития НЭК основной группы). Группу сравнения составили 22 ребенка, подобранных по виду ВПС основной группе по типу «случай-контроль». Определение уровней i-FABP (пг/мл) сыворотки крови проводилось методом ИФА при помощи набора i-FABP, Human, ELISA kit (Hycult Biotech, Нидерланды). Статистическая обработка проводилась при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни, для анализа парных наблюдений применялся критерий Уилкоксона. Данные представлены в виде медианы (Q1-Q3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровни i-FABP перед операцией значимо не различались между детьми с НЭК и группой сравнения (1552 (1095–3069) vs. 1225 (766,9–2032) пг/мл соотв.). На момент развития НЭК также не выявлено значимых различий при НЭК и в группе сравнения (2102 (775,7–6272) vs. 1939 (606,3–11211) пг/мл соотв.).

Выявлена гетерогенность сроков развития НЭК, в связи с чем выделена подгруппа детей, у которых НЭК развился в 1 (1–3) сутки после операции («ранний НЭК», 11 детей) и подгруппа с НЭК после 5 суток после операции («поздний НЭК» – на 14 (5–30 сутки п/о); 11 детей). Уровни i-FABP на момент развития НЭК в группе «раннего НЭК» были значимо выше, чем при «позднем НЭК»: 4693 (2102–13818) пг/мл vs. 1672 (775,7–2285) пг/мл соотв., p=0,02. Уровни i-FABP в 1–3 сутки после операции были выше, чем перед операцией и значимо не различались между детьми с «ранним НЭК» (4424 (757,5–13818) пг/мл) и группой срав-

нения (3358 (990,4–23447) пг/мл). Однако, у новорожденных с «поздним НЭК» отмечена тенденция к большему уровню i-FABP, чем у детей без НЭК (1672 (775,7–2285) vs. 687,5 (388,9–1820) пг/мл соотв., p=0.06).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокие уровни i-FABP у новорожденных в 1–3 сутки после операции могут быть связаны с послеоперационным реперфузионным повреждением энтероцитов, в связи с чем значимые отличия i-FABP могут быть не выявлены при раннем дебюте НЭК после коррекции ВПС. i-FABP может быть полезен в качестве потенциального маркера «позднего НЭК» после кардиохирургического лечения.

ГИПОТЕРМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Караганова Е.Я., Дельсуз С.Ф.

«Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ежегодно во всем мире интранатальная асфиксия является причиной около 1,2 миллиона неонатальных смертей. Последствие острой гипоксии – гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) составляет 2,5 на 1000 живорождений (4–9 миллионов новорожденных ежегодно во всем мире). В настоящее время все большее распространение получает терапевтическая гипотермия для лечения новорожденных с ГИЭ. Гипотермия в комплексном лечении детей, перенесших гипоксию, способствует снижению скорости метаболизма и уменьшению интенсивности окислительного стресса.

ЦЕЛЬ

Определить влияние гипотермии на состояние детей, перенесших тяжелую интранатальную гипоксию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование 143 новорожденных, перенесших тяжелую гипоксию в родах. Новорожденные были разделены на 2 группы в зависимости от вида терапии: I группа – 97 новорожденных, у которых в комплекс лечения была включена гипотермия, II группа – 46 новорожденных, получавшие общепринятую комплексную терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ течения родов показал, что основными причинами острой гипоксии плода явились патология пуповины (тугое обвитие пуповиной вокруг шеи: I – 9,3% и II – 17,4%; истинный узел пуповины: I – 3,1% и II – 4,3% соответственно) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (I – 6,2%; II – 10,8%). У 35,0% и 41,3% соответственно группам острая гипоксия развилась на фоне хронической. По результатам исследования кислотно-основного состояния пуповинной крови в обеих исследуемых группах при рождении был выявлен декомпенсированный метаболический ацидоз. В раннем неонатальном периоде у всех детей I и II группы диагностированы проявления ГИЭ согласно оценке шкалы Sarnat H., Sarnat M. (1976) в модификации Stoll B., Kliegman R. (2004). На фоне проводимой гипотермии у новорожденных I группы отмечена положительная динамика в состоянии на 6,5 ± 0,5 сутки жизни (p=0,007), а во II – на 8 ± 0,5 (p=0,007), о которой судили по купированию неонатальных судорог (в I группе на 3,5 ± 0,5 сут.жизни, во II – на 4,5 ± 0,5 сут. жизни), длительности проведения ИВЛ (в I группе 4,5 ± 1,5 сут., во II 5,0 ± 1,5 сут.) (p<0,001), средней продолжительности лечения на 2 этапе выхаживания (в I группе 12,0 ± 1,5 сут., во II – 18,5 ± 2,5 сут.) (p=0,029). Исследование отдаленных результатов развития детей (в 3–5 лет жизни) показало, что в группе с гипотермией здоровых детей было в 1,4 раза больше, чем среди детей, не получивших этого лечения. Частота задержки психомоторного развития (ЗПР) в I группе не наблюдалась, в то время как во II группе она диагностирована у 1/3 детей. Однако, задержка развития речи (ЗРР), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) достоверно не отличались в обеих

исследуемых группах в зависимости от метода терапии и не отличались от общепопуляционных показателей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши данные подтверждают целесообразность использования гипотермии в раннем неонатальном периоде у детей, перенесших тяжелую интранатальную гипоксию, доказывают положительное влияние гипотермии на их состояние в ближайшем и отдаленном периодах жизни. Применение гипотермии способствует восстановлению когнитивных функций ЦНС.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА (СОТАЛОЛ И ДИГОКСИН) В РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПЛАЦЕНТАРНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПЛОДА ПО ТИПУ ТАХИАРИТМИИ

Киндышева С.В., Потапова А.А., Кукаев Е.Н., Стародубцева Н.Л., Новоселова А.В., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л., Чаговец В.В., Франкевич В.Е.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нарушения сердечного ритма и проводимости у плода встречаются с частотой от 0.1 до 5% всех беременностей и являются причиной антенатальной гибели, неонатальной и младенческой смертности. Своевременное начало трансплацентарной антиаритмической терапии в случае фетальной тахиаритмии способствует антенатальному восстановлению ритма, регрессу неиммунной водянки, снижая перинатальную заболеваемость и смертность.

ЦЕЛЬ

Получить данные по концентрациям антиаритмических препаратов (дигоксин и соталол) в сыворотке крови беременной, моче, околоплодных водах и сыворотке крови новорожденного в ходе проведения трансплацентарной антиаритмической терапии нарушений ритма у плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все измерения осуществлялись методом ВЭЖХ-МС/МС с предварительным извлечением аналита из образца методом жидкостно-жидкостной экстракции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 30 беременных женщин, с диагностированной фетальной тахиаритмией, проводилась трансплацентарная антиаритмическая терапия нарушения ритма сердца у плода, выполнены исследования концентрации дигоксина/соталола в четырех временных точках: 1-я – момент восстановления ритма плода, 2-я – проведение амниоцентеза через 24–48 часов после первой, 3-я – через 24–48 часов после второй и 4-я – момент родоразрешения. Концентрация дигоксина в крови беременной в 1-ой точке – 1.4(1.1, 1.9) нг/мл, во 2-ой – 1.7(1.4, 1.9) нг/мл, в 3-ей – 2.0(1.5, 2.1)нг/мл, в 4-ой – 0.8(0.6, 1.5)нг/мл. Концентрация соталола в крови беременной в 1-ой точке – 0.8(0.5, 1.2) мкг/мл, во 2-ой – 0.7(0.3, 1.3) мкг/мл, в 3-ей – 0.9(0.3, 1.9) мкг/мл, в 4-ой – 0.2 (0.0, 0.7) мкг/мл. Концентрация дигоксина в моче беременной в 1-ой точке – 522.1(375.2, 717.2) нг/мл, во 2-ой – 612.2(506.8, 854.8) нг/мл, в 3-ей – 703.7(461.2, 964.8) нг/мл, в 4-ой – 344.3(234.3, 473.1) нг/мл. Концентрация соталола в моче беременной в 1-ой точке – 163.8(59.2, 320.1) мкг/мл, во 2-ой – 163.2(63.9, 462.9) мкг/мл, в 3-ей – 161.9(75.8, 229.7) мкг/мл, в 4-ой – 53.1(20.4, 205.2) мкг/мл. Концентрация дигоксина и соталола в амниотической жидкости во 2-ой точке – 2.2(1.5, 3.5) нг/мл и 3.4(0.9, 4.7) мкг/мл, соответственно. Концентрация дигоксина и соталола в околоплодных водах в 4-ой точке –4.2(3.3, 4.5) нг/мл и 1.7(0.5, 4.3) мкг/мл, соответственно. Содержание дигоксина и соталола в крови ребенка на момент рождения – 0.40 (0.15, 0.65) нг/мл и 0.10 (0.00, 0.45) мкг/мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработан аналитический подход на базе ВЭЖХ-МС для определения концентраций антиаритмической препарата (соталол и дигоксин) у беременной и на территории плода в динамике с нижним пределом детектирования по дигоксину от 0.1 нг/

мл. Использование масс-спектрометрических методов позволяет определять концентрации соталола и дигоксина в крови и моче беременной, в околоплодной жидкости и сыворотке крови новорожденного не только в фазе насыщения, но и при снижении дозировки антиаритмических препаратов.

СОДЕРЖАНИЕ CD34+ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ПУПОВИННОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЁННЫХ У МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ

Косолапова Ю.А., Романов Ю.А., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Романов А.Ю., Дугина Т.Н., Сухих Г.Т.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Число детей, рождённых за время пандемии, составляет более 116 млн, что ставит проблему изучения беременности на фоне COVID-19 на одно из первых мест среди прочих проблем здравоохранения. Однако многие аспекты воздействия SARS-CoV-2 на организм беременной и последствий COVID-19 для плода остаются недостаточно изученными. А данные о влиянии перенесённого COVID-19 на показатели пуповинной крови новорождённого, в доступной литературе отсутствуют.

ЦЕЛЬ

Определить влияние COVID-19, перенесённой женщиной во время беременности в лёгкой и среднетяжёлой форме, на содержание CD34+ гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) в пуповинной крови (ПК) новорождённых.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено сравнительное ретроспективное исследование с участием 64 женщин, перенёсших COVID-19 во время беременности в лёгкой или средней степени тяжести в период с июня 2020 г. по декабрь 2021 г. и заключивших договор на заготовку и криогенное хранение ГСК в НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова. В контрольную группу вошли 746 здоровых рожениц, сохранивших клетки ПК в тот же период времени.

Пуповинную кровь собирали до отделения плаценты в мешки донорской системы с антикоагулянтом CPDA-1, транспортировали в лабораторию и обрабатывали в течение 24 часов с момента забора.

Относительное содержание ГСК определяли с помощью проточной цитофлюориметрии на приборе FACSCalibur (Becton Dickinson) с использованием программного обеспечения CellQuestPro по протоколу ISHAGE. В работе использовали FITC- и PE- конъюгированные моноклональные антитела к CD45 и CD34 (Beckman Coulter) в концентрации, рекомендованной производителем. В каждой из двух повторных проб анализировали 100 тыс. CD45+-клеток. Абсолютное количество ГСК рассчитывали путём умножения данных проточной цитофлюориметрии (доля ГСК среди лейкоцитов) на абсолютное число лейкоцитов по данным гематологического анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний объём заготовленной ПК (за вычетом объёма антикоагулянта) в группе переболевших составил 69,3±24,8 мл, в контрольной группе – 67,9±27,2 мл. Абсолютное содержание лейкоцитов в ПК до сепарации – 1018,0±482,9×106 и 991,7±498,6×106 соответственно. Достоверных различий ни в объёмах собранной ПК (p=0,70), ни в общем содержании лейкоцитов (p=0,69) выявлено не было. Содержание ГСК с фенотипом CD34+/CD45+ варьировало от 0,07 до 0,62% в основной группе и от 0,03 до 3,27% в контрольной группе и составило 0,29±0,15 и 0,28±0,19%, что соответствует данным, полученным другими исследователями. Проведённый статистический анализ не выявил достоверных различий по относительному и абсолютному (3,0±2,4×106 против 3,0±3,1×106) содержанию ГСК между группами (p=0,78 и p=0,93 соответственно). Более высокое содержание ГСК в некоторых образцах ПК контрольной группы (0,63% и более, n=22) было выявлено преимущественно при сроках беременности менее 38 недель (n=13) и/или при массе тела новорождённого более 3800 г (n=10), что практически не повлияло на результаты статистики. По-

иск возможных корреляций между показателями ПК и триместром беременности, в котором произошло инфицирование беременной вирусом SARS-CoV-2, не дал положительных результатов ни по одному из исследованных параметров (общее количество лейкоцитов: r=0,096, p=0,46; относительное содержание ГСК: r=-0,027, p=0,84; абсолютное содержание ГСК: r=0,034, p=0,79).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе проведённого предварительного исследования нам не удалось выявить каких-либо достоверных различий в содержании гемопоэтических стволовых клеток в образцах пуповинной крови новорождённых у здоровых рожениц и женщин, перенёсших COVID-19 во время беременности в лёгкой или среднетяжёлой форме.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ В РАЗНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Котик И.Е., Приходько Н.А., Пекарева Н.А., Дегтярева А.В., Павлова В.С.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Новая короновирусная инфекция Covid-19 в настоящее время является одной из актуальных проблем в неонатологии и педиатрии. Дети, рожденные у матерей, перенесших Covid-19 во время беременности, требуют дополнительного динамического наблюдения у врача. В настоящее время нет достаточной базы данных по соматической и инфекционной заболеваемости среди детей, родившихся у женщин, перенесших короновирусную инфекцию во время беременности.

ЦЕЛЬ

Оценить возможную взаимосвязь заболеваемости у детей в неонатальном и младенческом периоде и триместра беременности женщины, в котором была перенесена новая короновирусная инфекция (Covid-19).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в период с марта 2020 года по июль 2021 года в научно-консультативном педиатрическом отделении ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И.Кулакова». В него вошло 64 ребенка, все дети были разделены на 3 группы. Первая группа (I) – дети, матери которых перенесли новую короновирусную инфекцию в легкой или средне-тяжелой форме в I триместре беременности (n=22), вторая группа (II) дети, матери которых перенесли Covid-19 во II триместре беременности (n=21) и третья группа (III) – дети, матери которых перенесли Covid-19 во III триместре беременности (n=21). У всех детей при рождении был отрицательный анализ методом ПЦР (мазок из зева и кровь) на Covid-19. Проводилась оценка состояния здоровья детей в неонатальном периоде (во время пребывания детей в стационаре), а также в возрасте 3 месяцев жизни (амбулаторный этап). Статистическая обработка и анализ материала проведен с помощью теста Хи-квадрат для сравнения в 3 независимых подгруппах по категориальным (качественным) признакам, где p<0,05 – статистически достоверный признак.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам исследования гестационный возраст в 3х группах составил 37,9±2,4 недели, во всех 3 группах не было статистически достоверной разницы по гестационному возрасту (ГВ), массе (МТ) и длине тела при рождении: ГВ при рождении у детей в I группе (n=22) был 38,1±3 недели, МТ составила 3095,3±736гр, длина 50±4,5см, во II группе (n=21) ГВ был 37,7±2,2 недели, МТ при рождении составила 3144±760гр, длина 50±3,5см, в III группе (21ребенок) ГВ равен 38±2,0 недели, МТ при рождении составила 3376±474гр, длина 51,4±2,6см. Во всех 3 группах не было детей с внутриутробной задержкой развития плода. Количество детей, рожденных недоношенными (ГВ новорожденного до 37 недель) было сопоставимым во всех 3 группах: в I – 6 детей из 22, во II – 5 из 21, в III – 3 из 18 детей, p=0,09. Тяжелое состояние ребенка в раннем неонатальном периоде, требующее перевода в ОРИТН, отмечалось в I груп-

пе у 2 детей, во II группе у 6, в III у 4 детей, p=0,07. Диагноз «врожденная пневмония» был в I группе у 2 детей, во II – у 3, в III у 1 ребенка, p=0,68. Таким образом, тяжесть состояния новорожденного и течение инфекционного процесса в неонатальном периоде не были статистически значимыми показателями. Врожденная анемия у доношенных новорожденных отмечалась у 1 ребенка из 22 в I группе, у 1 из 21 ребенка во II, и у 1 из 21 в III группе, показатель p>0,05 не является статистически значимым признаком.

При обследовании детей в возрасте 3 месяцев жизни не выявлено отклонений в физическом развитии, средний вес мальчиков 6320±228 граммов и девочек 5715 ±157 граммов, рост мальчиков 60,9±0,7см, девочек 59,2±0,6см. Ни у одного доношенного ребенка не отмечалось гематологических нарушений (нейтропения, тромбоцитопения). Железодефицитная анемия присутствовала у 6 детей из 64 (9,4%), конъюгационная желтуха у 13 (20,3%), функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта: срыгивания, кишечные колики – у 33 детей (51,6%), лактазная недостаточность у 8 детей (12,5%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В течение периода наблюдения анализ данных по изучению влияния короновирусной инфекции у обследованных пар мать-ребенок, не дает возможности судить о влиянии на плод и новорожденного ребенка. Вероятно, это может быть связано с малой численностью групп сравнения или легким течением инфекции. Следует отметить, что на амбулаторном этапе в первые 3 месяца не было выявлено инфекционных осложнений, у части детей отмечались функциональные нарушения, характерные для младенческого периода жизни.

ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА НА РАЗВИТИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кулиева З.М., Рустамова Л.И., Исрафилбекова И.Б., Караханова М.С., Мухтаров М.М.

НИИ Медицинской Профилактики

Баку, Азербайджан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Учитывая тот факт, что в литературе имеются скудные данные о влиянии преморбидных факторов на развитие неотложных состояний при острых кишечных инфекциях у детей, представляется интересным определение роли этих факторов в зависимости от характера вскармливания.

ЦЕЛЬ

Изучение влияния преморбидного фона на развитие неотложных состояний детей раннего возраста в зависимости от характера вскармливания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Общеклинический, бактериологический, серологический.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С этой целью, из 338 наблюдаемых нами детей с острыми кишечными инфекциями неблагоприятный преморбидный фон выявлен у 259 (76,6%).

Наиболее часто наблюдалось поражение центральной нервной системы в 80,2% случаях в возрасте от 1-го мес. до 6 мес. – несколько меньше в возрасте 6–12 мес. (70,9%) и 1–2 года (51,2%), среди них энцефалопатия выявлена – у 17 (7,6%), гипоксическая форма – у 66 (25,4%), перинатальная – у 77 (34,3%), токсическая – у 49 (21,8%). Следует отметить, что поражение центральной нервной системы у 24 детей было в сочетанном виде: энцефалопатия перинатальная+гипоксическая, энцефалопатия гипоксическая+токсическая и др. Второе место по частоте встречаемости заболеваний преморбидного фона занимала анемия – в 43,2% случаях (0–6 мес. – 37,6%; 6–12 мес. – 41,8%; 1–3 года – 56,4%). Рахит диагностирован у 34,9% (0–6 мес. – 34,6%; 6–12 мес. – 38,2%; 1–3 года – 20,5%), гипотрофия у 28,1% (0–6 мес. – 36,6%, 6–12 мес. – 38,2%, 1–3 года – 14,5%). Значительно реже встречалось токсико-дистрофическое состояние – у 15 (5,8%) и аллергический диатез – у 6,5% больных.

Из 224 больных с поражением центральной нервной системы большая часть больных находилась на смешанном 99 (44,2%) и искусственном 95 (42,4%) вскармливаниях, значительно меньше получали грудной вскармливание – 30 (13,3%). Вто-

рое место по частоте заболеваний преморбидного фона занимала анемия при искусственном вскармливании – 66 (45,2%), меньше на смешанном – 61 (41,7%) и значительно реже при грудном вскармливании – 19 (13,0%). Что касается рахита, то наибольшая частота отмечена при смешанном вскармливании у 52 (44,1%), далее на искусственном у 49 (41,5%) и реже при грудном – у 17 (14,4%) детей.

Влияние смешанного вскармливания на развитие гипотрофии отмечено у 43 (45,3%) больных, при искусственном вскармливании она развивалась в 37 (38,9%) случаях, значительно реже на развитие гипотрофии влияло грудное вскармливание – 15 (15, 8%). В то же время выявлено, что на развитие аллергического диатеза тип вскармливания не оказывал значительного влияния: при грудном – 89 (36,4%), искусственном – у 89 (36,4%), смешанном – у 6 (27,3%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показали результаты наших исследований, у детей первых 3 месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании частота встречаемости острых кишечных инфекций значительно ниже по сравнению с детьми, находящихся на искусственном вскармливании.

ВНУТРИУТРОБНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Куликова М.М.

ООО «Вега-М»

Межрегиональное управление №1 ФМБА России
г. Сергиев-Посад; г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внутриутробное инфицирование вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ) сопряжено с развитием широкого спектра врожденной патологии, диагностические и профилактические стратегии которой в настоящий момент четко не определены.

ЦЕЛЬ

Цель – выявить связь между активной ВЭБ – инфекцией новорожденного и состоянием матери во время беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена оценка клинических проявлений и результатов лабораторно-инструментального обследования матери и ее новорожденного ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мать 27 лет, группа крови 3 положительная, роды первые на 40 неделе путем кесарева сечения. Беременность протекала с угрозой прерывания в первом триместре, гестационным пиелонефритом во втором, анемией в третьем. В третьем триместре обследована на маркеры ВЭБ. Серологический профиль: IgM VCA-, IgG EA+, IgG VCA+, IgG EBNA+.

Мальчик 21 день, вес при рождении 3480 г, вскармливание грудное. На протяжении трех недель сохраняется конъюгационная желтуха, сопровождающаяся превышением референсных значений билирубина (общий 81,3 мкмоль/л, прямой 7,9 мкмоль/л, непрямой 73,4 мкмоль/л), щелочной фосфатазы (469 Ед/л). АЛТ и АСТ в пределах возрастной нормы. С учетом анамнеза матери, ребенок на 18-й день обследован на маркеры ВЭБ. Серологический профиль: IgM VCA+, IgG EA-, IgG VCA+, IgG EBNA-.

Дополнительно на наличие ДНК ВЭБ методом ПЦР исследовано грудное молоко и слюна матери, генетический материал вируса не обнаружен.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие IgM VCA и IgG VCA при отсутствии IgG EA и IgG EBNA на 18-й день жизни ребенка, и выявление маркеров реактивации ВЭБ-инфекции у матери в третьем триместре беременности свидетельствует о внутриутробном инфицировании. Наличие затяжной коньюгационной желтухи у новорожденного, а также анемии в третьем триместре беременности могут быть патогномоничны для данного инфекционного процесса. Что требует дальнейшего изучения и наблюдения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА, ТРАНСФЕРРИНА И ГЕМОГЛОБИНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Лёнюшкина А.А., Пупышева А.Ф., Савельева Е.И., Никитина И.В., Бембеева Б.О., Припутневич Т.В., Крог-Йенсен О.А.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Некротизирующий энтероколит (НЭК) – тяжелое заболевание кишечника у недоношенных детей, своевременная диагностика которого до сих пор представляет значительные трудности ввиду низкой чувствительности и специфичности клинических признаков и общепринятых лабораторных показателей. Измерение уровня фекального кальпротектина (Ср), фекального трансферрина (Tf) и фекального гемоглобина (Hb) активно используется при диагностике воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта в педиатрической практике и у взрослых пациентов, однако в мировой литературе крайне мало исследований, посвященных изучению данных маркеров у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде.

ЦЕЛЬ

Оценить клиническую значимость динамического измерения уровня Ср, Tf и Hb в отношении НЭК у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пилотное проспективное когортное исследование, в которое были включены 29 недоношенных новорожденных гестационного возраста(ГВ) < 33 недель и/или массой тела ⩽ 1500г, родившихся в ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова в период с 1 сентября 2021 года по 1 апреля 2022 года и поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных №2 в первый час жизни. У всех детей на 3 и 7 сутки жизни (с.ж.) производился забор биологического материала(кал) для измерения уровней Ср, Tf, Hb анализатором NS-Prime методом коллоидной агглютинации золота. Все пациенты наблюдались в Центре до достижения ими 37 недель постконцептуального возраста. Сравнение значений изучаемых маркеров проводилось в двух группах пациентов в зависимости от реализации НЭК (I – НЭК(n=9), II – НЭК не было (n=20). Диагноз НЭК выставлялся на основании модифицированной шкалы Bell. Помимо абсолютных значений Ср, Tf и Hb, оценивали их динамику – разницу между величинами второй и первой пробы (ΔCp2-Cp1, ΔTf2-Tf1, ΔHb2-Hb1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Группы детей статистически не различались по своим антропометрическим данным, ГВ, полу, оценке по шкале Апгар, методу родоразрешения и частоте профилактики респираторного дистресс-синдрома. У 7/9 дебют НЭК произошел до 14 с.ж. Статистически значимых различий в уровнях Ср на 3 и 7 с.ж. между группами не было: Me=318 мг/кг, Q1-Q3 179–361,5 vs Me=249 мг/кг, Q1-Q3 190–400 (p>0,05) в 1 и 2 группах соответственно; на 7 с.ж. Me=2723 мг/кг, 1482–4313,5 vs Me=140 мг/кг, 73–245 (p>0,05) в 1 и 2 группах соответственно. Однако уровень Tf на 7 с.ж. был значительно выше в группе новорожденных, у которых развился НЭК: Me=10225 мкг/кг, 6079,5–32883 vs Me=12 мкг/кг, 6–311,5 (p=0,030). Также было отмечено, что у детей без НЭК отмечалось снижение уровня Ср и Tf ко второй пробе относительно первой пробы, в то время как у детей с реализацией НЭК, наоборот, происходило повышение этих значений (ΔCp2–1 Me=2370 мг/кг, 1268–3995,5 vs Me=−104 мг/кг, −297–8 (p=0,024) в I и II группах соответственно; ΔTf2–1 мкг/кг Me=10106, 5680–32709 vs Me=12 мкг/кг, −752–44 в I и II группах соответственно (p=0,012). Абсолютные значения Hb на 3 и 7 с.ж., а также ΔHb2–1не различались между группами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У недоношенных детей ГВ<33 нед и/или массой тела⩽1500 г отмечаются значительные колебания уровня Ср как на 3 с.ж., так и на 7 с.ж. Таким образом, однократное измерение Ср в раннем неонатальном периоде неинформативно в отношении предикции и диагностики НЭК, но однократное измерение уровня Tf на 7 с.ж. а также оценка динамики Ср и Tf на 7 с.ж. по сравнению с 3 с.ж. могут рассматриваться как перспективные клиниче-

ски значимые неинвазивные маркеры реализации НЭК у недоношенных новорожденных.

РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДА

Матвеева Е.А., Малышкина А.И., Харламова Н.В., Филькина О.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Состояние здоровья детей, родившихся от экстремально ранних преждевременных родов и влияние на его формирование задержки внутриутробного развития (ЗВУР) остаются недостаточно изученными в связи с низкой частотой встречаемости данной категории пациентов в детской популяции и относительно непродолжительным сроком наблюдения.

ЦЕЛЬ

Оценить состояние здоровья детей с задержкой внутриутробного развития, родившихся от экстремально ранних преждевременных родов, в неонатальном периоде и в раннем возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выкопировка данных из форм первичной медицинской документации, проспективное клиническое наблюдение 148 детей, родившихся от экстремально ранних преждевременных родов в неонатальном периоде (основная группа – 53 новорожденных с ЗВУР, контрольная – 95 новорожденных с нормальным физическим развитием при рождении). В катамнезе до 3 летнего возраста прослежены 77 детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Со ЗВУР, родившиеся в сроке гестации до 28 недель, отличались от детей с массо-ростовым показателям соответствующими сроку гестации более низкими показателями массы (p=0,001) и длины тела (p=0,001), а также окружности головы (p=0,001). В возрасте 1 месяца у новорожденных основной группы, по сравнению с контрольной группой, основные антропометрические показатели также были достоверно ниже (p=0,001), а в возрасте 1 года достоверно ниже показатели массы тела (p=0,001). В раннем возрасте нормальное физическое развитие определялось у 58% детей основной группы и у 73% контрольной группы (p>0,5). Недостаточность массы тела чаще выявлялась у детей основной группы, по сравнению с детьми контрольной группы (30% и 9%, p= 0,04).

Анализ заболеваемости в неонатальном периоде показал, что у детей основной группы, по сравнению с контрольной, выше частота ретинопатии недоношенных (68% и 49,5%, p=0,046), бронхолегочной дисплазии (79% и 40%, p=0,00001) и некротизирующего энтероколита (28% и 7%, p=0,001). Не смотря на сверхранний гестационный возраст и экстремально низкую массу тела при рождении большинство детей в обеих группах к 3 годам не имели инвалидизирующей патологии. Инвалидность установлена у 38% основной группы и у 31% контрольной группы (p>0,5). Выявлено, что у детей основной группы достоверно чаще устанавливалась инвалидность, обусловленная ретинопатией недоношенных (22% и 5%, p=0,02). У 70% детей основной группы и у 48% детей контрольной группы в раннем возрасте выявлена задержка нервно-психического развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, дети с ЗВУР родившиеся от экстремально ранних преждевременных родов, по сравнению с детьми с массо-ростовыми показателями, соответствующими сроку гестации, в неонатальном периоде характеризуются более высокой частотой ретинопатии недоношенных, бронхолегочной дисплазии, некротизирующего энтероколита. В раннем возрасте у 38% детей с ЗВУР установлена инвалидность, при этом, ретинопатия недоношенных, как заболевание ее обусловившее, у этих детей встречалась чаще. Физическое развитие детей с ЗВУР характеризовалось более низкими показателями массы тела как в неонатальном периоде, так и в раннем возрасте. Чаще у детей с ЗВУР диагностирована недостаточность массы тела. В раннем возрасте у детей с ЗВУР определялась высокая частота отклонений физического развития и задержки нервно-психического развития.

Учитывая сверхранний гестационный возраст в сочетании со ЗВУР, эти дети нуждаются в особо тщательном катамнестическом наблюдении, обеспечивающем преемственность и мультидисциплинарный подход к формированию здоровья.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ 32- 36 НЕДЕЛЬ, КИШЕЧНИК КОТОРЫХ КОЛОНИЗИРОВАН KLEBSIELLA PNEUMONIAE В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Маханёк А.А., Чистякова Г.Н., Устюжанин А.В., Ремизова И.И.

ФГБУ НИИ ОММ МЗ России

Екатеринбург

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние десятилетия считают, что формирование микрофлоры кишечника происходит с момента рождения и продолжается на протяжении всей жизни. Состояние здоровья ребенка в будущем зависит от структуры микробиоценоза кишечника, который начинает формироваться в неонатальном периоде. Учитывая, что недоношенные дети имеют физиологически незрелые органы и системы, то после рождения чаще всего проводят период адаптации на первом этапе трехэтапной системы выхаживания (отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных). В связи с большим количеством манипуляций, проведением респираторной поддержки, применением антибактериальных препаратов, длительного пребывания в условиях стационара создаются условия для формирования микробиоценоза кишечника с доминированием грамотрицательной микрофлоры. Одним из представителей грамотрицательной условно-патогенной микрофлоры, который формирует множественную лекарственную устойчивость, является Klebsiella pneumoniae.

ЦЕЛЬ

Изучить клинические особенности адаптации детей, рожденных в сроке гестации 32 – 36 недель, кишечник которых колонизирован Klebsiella pneumoniae.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы истории развития и болезни 40 новорожденных, подразделенных на две группы: 1 группа – дети, кишечник которых колонизирован Klebsiella pneumoniae (n = 22), 2 группа – дети, в кишечнике которых колонизация Klebsiella pneumoniae не выявлена (n = 18). Klebsiella pneumoniae была выявлена и идентифицирована в кале недоношенных детей бактериологическим методом. Бактериологический посев кала проводился на 7-е, 14-е и 28-е сутки жизни. В анализе использовался статистический метод – Хи-квадрат, критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнении новорожденных с Klebsiella pneumoniae и без Klebsiella pneumoniae достоверных отличий по половой принадлежности не выявлено. Антропометрические данные и оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й были сопоставимы у группы детей с Klebsiella pneumoniae и без Klebsiella pneumoniae. В связи с развитием дыхательных нарушений всем недоношенным детям проводилась респираторная поддержка. Дети, кишечник которых, колонизирован Klebsiella pneumoniae, в 59% случаев находились на респираторной поддержке методом BNCPAP, на ИВЛ – в 18,3% и дополнительной подаче увлажненного кислорода через ВПК – 22,7% соответственно. Дети, кишечник которых, не был колонизирован Klebsiella pneumoniae, в 77,8% случаев находились на респираторной поддержке методом BNCPAP, а на ИВЛ и дополнительной подаче увлажненного кислорода через ВПК в равном процентном соотношении – 11,1%. Более 50 часов на инвазивной вентиляции легких находилось 77,2% детей 1-й группы и 31,5% 2-й группы. Частота колонизации кишечника Klebsiella pneumoniae не зависела от выбора метода респираторной поддержки, однако увеличивалась при более длительном проведении инвазивной вентиляции (более 50 часов). У недоношенных новорожденных кишечник которых колонизирован Klebsiella pneumoniae, достоверно чаще наблюдались срыгивания и неонатальная желтуха (в 73,7% и 72% против 27,7% и 38,9% во 2-ой группе, $p<0,05$). Статистически значимых различий в частоте встречаемости метеоризма не выявлено (65,5% против 55,5%,

p>0,05). В структуре патологий у детей с Klebsiella pneumoniae достоверно чаще регистрировались инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная (71,4% против 11,1%, p<0,05) и пневмония (21,4% против 11,1%, p<0,05) в сравнении с новорожденными 2-й группы. В развитии септического процесса значимых различий не обнаружено (7,2% против 5,55%, p>0,05). При оценке характера вскармливания, дети рожденные преждевременно, кишечник которых колонизирован Klebsiella pneumoniae, достоверно чаще находились на смешанном вскармливании (68,1% против 27,8%, p<0,05) и в 2,4 раза реже на естественном вскармливании (18,2% против 44,4%, p<0,05). Искусственное вскармливание в обеих группах составляло 13,6% и 27,8% (p>0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у недоношенных новорожденных в сроке гестации 32–36 недель при проведении инвазивной вентиляции легких продолжительностью более 50 часов значительно повышается риск колонизации кишечника Klebsiella pneumoniae. Дети, кишечник которых колонизирован Klebsiella pneumoniae, чаще подвержены изменению клинической картины, характерных для развития инфекции, специфичной для перинатального периода, неуточненной этиологии (p<0,01). У детей, кишечник которых колонизирован Klebsiella pneumoniae, достоверно чаще преобладали такие клинические симптомы, как срыгивание и неонатальная желтуха (p<0,01). Колонизация кишечника Klebsiella pneumoniae чаще наблюдалась у детей со смешанным типом вскармливания (p<0,01).

КОМПЛЕКСНОЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПАРАХ МАТЬ-РЕБЕНОК: КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Никитина И.В.[1], Огаркова Е.А.[3], Ипполитов А.Л.[3], Савельева Е.И.[3], Крог-Йенсен О.А.[1,3], Припутневич Т.В.[1,2]

1. *ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России*
2. *ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия*
3. *ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия*

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфекционно-воспалительные заболевания остаются одной из основных причин летальных исходов у новорожденных. Комплексное микробиологическое обследование новорожденного при рождении и матери перед родами является единственным наиболее полным источником информации о предполагаемом спектре бактериальных и грибковых возбудителей врожденных инфекций. Однако в настоящее время в мировой литературе недостаточно данных, свидетельствующих о взаимосвязи наличия условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) в родовых путях матерей с последующим выявлением идентичных УПМ у новорожденных, развитием врожденных инфекций и их осложнений.

ЦЕЛЬ

Оценить диагностическую значимость комплексного микробиологического обследования (в парах мать-ребенок) среди пациентов отделения реанимации новорожденных (ОРИТН).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное ретроспективно-проспективное обсервационное исследование включало 271 новорожденного ребенка гестационного возраста (ГВ) 24–42 недели. Все дети поступили в ОРИТН из родильного блока в первые 2 часа жизни в период с 10.01.2020 по 10.04.2021 г. Всем новорожденным сразу после рождения собирался биологический материал из трёх локусов (образцы крови, отделяемое со слизистой оболочки зева и ануса) для микробиологического исследования (МИ) с использованием микроскопического и культурального метода, с видовой идентификацией микроорганизмов MALDI-TOF-MS анализом. Ретроспективно у каждого пациента оценивались данные обследования матери (МИ отделяемого цервикального канала или влагалища), проведенного до родоразрешения. Оценивалась взаимосвязь результатов комплексного МИ со следующими показателями: развитие раннего неонатального сепсиса (РНС) или пневмонии, осложнений неонатального периода и летальных исходов; необходимость про-

ведения искусственной вентиляции лёгких, антимикробной и кардиотонической терапии и их длительность. Также оценена взаимосвязь со значениями оценки тяжести состояния по шкалам NEOMOD и nSOFA; и значениями лабораторных маркёров системной воспалительной реакции на 1 и 3 сутки жизни новорожденных (СРБ, лейкоцитоз, лейкопения, нейтрофилёз, нейтропения, тромбоцитопения).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам ретроспективного фрагмента МИ у матерей до родоразрешения проведено в 47% случаев (127/271). Соответственно, в окончательный анализ было включено 127 пациентов, у матерей которых МИ проведено в полном объеме. Медиана ГВ новорожденных составила 35 недель (Min-Max 24–42), массы тела – 2398 гр (Min-Max 397–4404). Обнаружение УПМ отмечено у 63% (80/127) матерей. Совпадение УПМ матери и новорожденного отмечено в 7% (9/127) случаев. Положительный результат гемокультуры выявлен только у 2 новорожденных данного исследования, при этом МИ их матерей показало отсутствие роста УПМ. Статистически значимой взаимосвязи наличия УПМ у матерей с развитием ранних неонатальных инфекций и их осложнений обнаружено не было. Однако, по данным регрессионного анализа совпадение УПМ у матери и ребенка (обнаруживаемое лишь в 7% пар мать-ребенок) является независимым статистически значимым фактором развития РНС и пневмонии (p=0,03, ОР=6,1, ДИ 1.2–30,2). Видовой состав УПМ, выявленных в парах мать-ребенок при их совпадении, был представлен E. coli (n=3), Candida sp (n=3) Enterococcus sp. (n=3), Enterobacter aerogenes (n=1), Streptococcus agalactiae (n=1). При этом обнаружение E. coli и/или Candida sp и у матери, и у ребенка, явилось независимым статистически значимым фактором реализации некротизирующего энтероколита у недоношенных пациентов (p=0,038, ОР=12,6, ДИ=1,8–42,8).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное микробиологическое обследование в парах мать-ребенок среди пациентов ОРИТН имеет диагностическую значимость в отношении РНС и НЭК при условии выявления идентичной флоры у матери и ребенка. Сам факт наличия роста УПМ при МИ матери в случае отрицательных результатов МИ у ребенка не является прогностическим фактором развития ранних неонатальных инфекций и не влияет на тяжесть состояния новорождённых, частоту осложнений и показатели летальности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АСФИКСИИ И ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ С РАЗВИТИЕМ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В.Е.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Достижения современной медицины и появление высокотехнологичных видов помощи позволяют выхаживать недоношенных новорожденных, имеющих различную патологию. За последние годы процент выживаемости глубоко недоношенных новорожденных детей прогрессивно увеличивается. Именно эти дети входят в группу повышенного риска высокой заболеваемости и смертности. Недоношенность усугубляет физиологический дефицит некоторых факторов естественного и специфического иммунитета, что обусловливает повышенную восприимчивость к инфекциям этих детей в сравнении с доношенными детьми.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту и характер анемии у недоношенных новорожденных детей, рожденных в асфиксии и с внутриутробной инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 50 недоношенных детей в сроке гестации до 31 недели. Всем детям было проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, согласно клиническим протоколам МЗ РБ. Статистический анализ результатов исследования был произведен и использованием аналитического пакета Statistica 10.0 (фирма Statsoft Inc.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование показало, что матери в 100% случаев имели соматические заболевания, наличие урогенитальных инфекций отмечено в 35% случаев. Все дети родились в состоянии асфиксии средней степени тяжести или тяжелой с оценкой по шкале Апгар 1 – 4 балла на первой минуте жизни. 94% детей исследуемой группы в течении первых пяти минут жизни были переведены на ИВЛ.

Выявленный широкий спектр микробной флоры, выделенной у детей. Антибактериальную терапию получали 30 пациентов. 5 детей получали два антибактериальных препарата. В ходе исследования определяли антибиотикорезистентность выделенной микрофлоры. Выявлена высокая резистентность условно-патогенной микрофлоры к аминогликозидам II поколения, цефалоспоринам II поколения.

Среди детей с перинатальным поражением ЦНС (без зафиксированного факта врожденной инфекции) отмечены гематологические нарушения в виде анемии средней и тяжелой степени у 72% новорожденных, респираторные нарушения у 62% пациентов. Анемия у детей, рожденных в асфиксии, возникала впервые на 10 – 38 день жизни, характеризовалась тяжелым течением и ранней (до 15 – 17 дня жизни) необходимостью в гемотрансфузии в 87% случаев. После гемотрансфузии течение анемии принимало волнообразный характер, что можно объяснить угнетением эритропоэза данной манипуляцией.

Среди новорожденных с инфекционной патологией те же изменения в крови определялись в 51,4% случаев, замедление роста и развития – в 29,4%, респираторные нарушения – в 47%.Анемия у этих детей развивалась в более ранние сроки (7 – 15 дни жизни), сопровождалась значительными клиническими проявлениями и, несмотря на проводимую терапию, имела затяжное течения.

Морфологически анемия в обеих группах характеризовалась ранним анизоцитозом, снижением показателей среднего объема эритроцита и средней концентрации гемоглобина в эритроците. Данные показатели не имели достоверных статистических различий между группами детей с перинатальной асфиксией и врожденной инфекцией. Клиническая картина анемии не была специфичной, так как данное заболевание развивалось на фоне основной комбинированной патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1.Уровень выживаемости детей с ЭНМТ определяется в большей степени их гестационным возрастом, нежели массой при рождении. Имеется прямая связь неблагоприятного соматического, неврологического и функционального исхода у детей с экстремально низкой массой тела при рождении с критическими состояниями раннего неонатального периода, специфической соматической патологией.

2.Изучение микробного пейзажа у недоношенных новорожденных с инфекционной патологией показывает, что имеет место преимущественное выявление условно-патогенных микроорганизмов, обладающих высокой резистентностью к антибактериальным препаратам цефалоспоринового ряда, это требует коррекции стартовых схем антибактериальной терапии. Сравнение локализации выявленной микрофлоры у новорожденных указывает на диагностическую значимость верхних дыхательных путей как клинически обоснованного источника для забора исследуемого материала.

3.Основными гематологическими нарушениями у недоношенных с перинатальной асфиксией и врожденной инфекцией являются среднетяжелая и тяжелая анемия. Результаты исследования красной крови показали, что концентрация гемоглобина и количество эритроцитов в крови достоверно снижены по сравнению с референтными значениями, при этом анемия средней и тяжелой степени выявлена чаще среди пациентов, рожденных в асфиксии.

КОМОРБИДНОСТЬ БЕЛКОВОГО ДЕФИЦИТА И АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В.Е.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Физическое развитие детей, родившихся раньше срока с низкой и экстремально низкой массой тела, при динамическом наблюдении за ними в первые месяцы их жизни существенно ниже показателей, характерных для здорового плода во внутриутробном периоде в аналогичные гестационные сроки. В настоящее время, по данным большинства зарубежных клиник, к моменту выписки из стационара количество недоношенных детей, имеющих антропометрические показатели ниже 10-го центильного коридора, составляет 35% – 90%. Доля детей, отстающих от нормальных темпов физического развития, нарастает даже при скорости роста 19 г/кг массы тела в сутки. Обычно увеличение интенсивности основного обмена растущего организма связывают с увеличением метаболических трат на рост. Имеется несоответствие темпов роста ребенка и возрастных изменений интенсивности основного обмена.

ЦЕЛЬ

Изучить соответствие веса и роста недоношенных детей с анемическим синдромом, рожденных в сроке гестации 30 недель и менее их норме, а также скорость роста этих пациентов при различных вариантах питания и терапевтического сопровождения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явились недоношенные новорожденные дети со сроком гестации 26 – 30 недель (28,92±0,26) (n=102), обследование которых проводилось согласно протоколам МЗ РБ. Анализ развития новорожденного включал определение массы, роста, окружности головы и грудной клетки при рождении, динамику антропометрических показателей, оценку по шкале Апгар на первой и пятой минутах жизни новорожденного, оценку состояния недоношенных по шкале Сильвермана. Клиническое наблюдение за пациентами включало оценку неврологического и соматического статусов. Статистический анализ результатов исследования был произведен и использованием аналитического пакета Statistica 10.0 (фирма Statsoft Inc.). Статистически значимыми считались различия и корреляция при значениях $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ антенатального развития детей обследованной группы показал, что у всех из них имело место осложненное течение внутриутробного периода. Пациенты исследуемой группы при рождении имели вес 810 – 1870 г (1212,52±60,00), рост 30 – 43 см (38,12±0,67), окружность головы 24 – 31 см (27,27±0,36), окружность груди 20 – 28 см (24,46±0,40), оценку по шкале Апгар на первой минуте жизни от 1 до 7 баллов. Всем 100% детям с рождения проводилась ИВЛ, длительность которой варьировала от 12 часов до 23 суток. Анемия встречается у 100% недоношенных детей, рожденных в сроке гестации менее 31 недель, и имеет тенденцию к тяжелому течению, в связи с чем возникает необходимость в ее коррекции. Имеется прямая корреляционная зависимость ее от гестационного срока. Степень тяжести анемии влияет на задержку роста недоношенного новорожденного краткосрочно в течении всего неонатального периода. При назначении ранней (после 7-х суток жизни) плановой профилактикой анемии у недоношенных детей, а при развитии тяжелой анемии – проведении гемотрансфузий и восстановлении уровня гемоглобина более 130г/л скорость роста увеличивалась до 18, 6 (20,1±1,6) г/сутки. Подавляющее большинство детей (82%) соответствовали гестационному возрасту. Дети, соответствующие сроку гестации по массе и росту к моменту рождения, в неонатальном периоде имели плоскую или положительную весовую кривую, в то время как дети не соответствующие – чаще отрицательную.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У всех глубоко недоношенных новорожденных имеет место белковый дефицит, подтверждающийся биохимическими маркерами (общий белок, альбумин, мочевина). Наличие пренатальной гипотрофии I и II степени не влияет на течение белково-энергетической недостаточности в постнатальном периоде. Недоста-

точность белка достоверно не влияет на скорость развития и тяжесть течения анемии.

2. Грудное молоко является оптимальным продуктом для вскармливания ребенка. При грудном вскармливании необходимо проводить обогащение молока с использованием фортификаторов, для повышения белкового компонента питания. При смешенном вскармливании, наряду со смесями для недоношенных необходимо более длительное применение парентерального питания, под контролем белкового статуса организма, для максимального исключения энергетической недостаточности.
3. Все глубоко недоношенные новорожденные должны получать парентеральное питание, с постепенным увеличением энтерального объема. Дотация белка, рассчитанная исходя из потребности: в 1-е сути от 2,5 до 3 г/кг/сутки, темп роста скорости 0,5 – 1 г/кг/сутки, максимальная доза 4 г/кг/сутки не ранее 5-х суток, является оптимальной. Продолжительность парентерального питания должна быть около 14 дней, максимальная среди пациентов с пренатальной гипотрофией.

НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЕНОЛАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В.Е., Прищепенко О.А., Юзупчик М.Р.

ВГМУ

Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Нейронспецифическая енолаза (NSE) является диагностически значимым маркером гипоксически-ишемических, инфекционных и опухолевых повреждений центральной нервной системы как у взрослых, так и у детей, не зависящим от пола и возраста пациента. Гипоксия у недоношенных детей проявляется выраженным угнетением дыхательной активности митохондрий и снижении активности аэробных ферментов. Повреждение мембран нейронов приводит к повышению NSE, концентрация которой коррелирует со степенью тяжести поражения ЦНС. В то же время уровни нейронспецифических биомаркеров повреждения головного мозга при гемолитической болезни новорожденных мало изучались.

ЦЕЛЬ

Изучение уровней нейронспецифической енолазы сыворотки крови у детей с гемолитической болезнью новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 36 пациентов с ГБН в возрасте от 6 до 14 дней, 10 пациентов с неонатальной желтухой в возрасте от 6 до12 дней, 10 пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией в возрасте от 5 до 10 дней и 14 человек контрольной группы – практически здоровых новорожденных в возрасте от 2 до 3 дней.

Исследование концентрации NSE выполнялось методом твердофазного ИФА с использованием набора Human NSE Elisa Kit (Elabscience ©). Статистическая обработка выполнялось с помощью программного обеспечения Statistica 10, с использованием непараметрических методов статистики. При описании данных использовались следующие условные обозначения: Me – медиана, LQ – нижний квартиль, HQ – верхний квартиль. Оценка статистической значимости различий выполнялось с помощью критерия Краскела-Уоллиса, различия признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Было установлено, что у пациентов с ГБН и гипоксически-ишемической энцефалопатией уровень NSE статистически значимо выше, чем в группе практически здоровых новорожденных ($p=0,030896$, $p=0,008304$, соответственно). У пациентов с ГБН концентрации нейронспецифической енолазы выше, чем в группе неонатальной желтухи ($p=0,000262$). В то же время не выявлено статистически значимых различий концентраций NSE в сыворотке крови у пациентов с ГБН и гипоксически-ишемической энцефалопатией ($P>0,05$), у пациентов с энцефалопатией и неонатальной желтухой ($p>0,05$) и пациентов с ненатальной желтухой и контрольной группой ($p>0,05$).

Поскольку различными авторами подтверждено повышение уровня NSE при гипоксически-ишеми-

ческой энцефалопатии и наши данные согласуются с этим, можно сделать вывод, что у пациентов с гемолитической болезнью новорожденных также имеется повреждение головного мозга. Статистически значимые различия концентрация NSE в группах ГБН и неонатальной желтухи могут свидетельствовать о повреждении головного мозга у пациентов с ГБН факторами, не связанными исключительно с повышением билирубина. Однако, это требует подтверждения на большей выборке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлено статистически значимое повышение уровня нейронспецифической енолазы сыворотки крови у пациентов с гемолитической болезнью новорожденных по сравнению с практически здоровыми новорожденными и пациентами с неонатальной желтухой. Уровни нейронспецифической енолазы статистически не отличаются у новорожденных с гемолитической болезнью и пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ НЕОКОРТЕКСА И ГЕРМИНАТИВНОГО МАТРИКСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА 22-40 НЕДЕЛЬ

Проценко Е.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

С точки зрения нейроморфолога, диагностировать и оценивать морфологический субстрат перинатальных поражений ЦНС у новорожденных невозможно без знания основных закономерностей гестационных преобразований головного мозга человека. Однако в литературе в основном представлены биологические, а не морфологические аспекты дифференцировки и миграции нейро- и глиобластов (Letinic K. et. al., 2009), противоречивы сведения о сроках формирования борозд и извилин головного мозга (Савельев С.В., 2005; Боголепова И.Н., 2013), научные исследования в области нейроморфологии, как правило, носят экспериментальный характер.

ЦЕЛЬ

Цель настоящего исследования – изучение морфогенеза неокортекса и герминативного матрикса у новорожденных гестационного возраста 22–40 недель.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследовано 40 объектов головного мозга мертворожденных и умерших живорожденных детей гестационного возраста 22–40 недель без каких-либо патологических изменений со стороны мозговой паренхимы и вентрикулярной системы (ширина рогов боковых желудочков не более 0,5 см). Для изучения динамики гестационных преобразований мозговых структур весь материал разделили на подгруппы по гестационному признаку: 22–27, 28–32, 33–37 и 38–40 недель. Проводилось комплексное морфологическое исследование герминативного матрикса в проекции центральных отделов боковых желудочков и неокортекса поля №6 в сочетании с изучением динамики гирификации головного мозга. Кроме общеморфологических методов использовали трансмиссионную микроскопию и иммуногистохимическую идентификацию глиального белка S100, рилина, MMP9, виментина и десмина.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что гестационные преобразования герминативного матрикса (ГМ) и неокортекса, а также гирификация больших полушарий мозга осуществляются в определенной последовательности на фоне сбалансированной экспрессии глиального белка S100 и MMP9 в глиобластах перивентрикулярной зоны и рилина в нейронах Кахаля – Ретциуса. Основными структурными компонентами ГМ являются глиобласты и капилляры-синусоиды. С 22 по 27 н.г. ГМ имеет максимальную ширину, мономорфную клеточную структуру и субэпендимальное расположение капилляров. На 28–32 неделях сосуды равномерно распределяются по территории ГМ, а преобладающими клетками становятся гиперхромноядерные. С 33 по 37 недели происходит визуально заметное ремоделирование зоны с формированием «клеточных дорожек». С 38 по 40 недели ГМ перестает существовать как целостная зона. Экспрессия виментина в сосудах перивентрикулярной области увеличивается пропорционально гестационному возрасту новорожденных уже с 22 н.г., дес-

мин обнаруживается не ранее 33 н.г. Гирификация головного мозга с разделением его на основные доли осуществляется последовательно и завершается в основном на 25 неделе. Дифференцировка нейронов и цитоархитектонических слоев неокортекса максимально реализуется к 33 н.г.: на 22 н.г. дифференцированы I и II цитоархитектонические слои; на 28 н.г. формируется IV слой, структурно соответствующий второму – с вертикальной ориентацией нейронов и формированием нейрональных модулей; с 33 н.г. начинают дифференцироваться V и VI слои, отличающиеся плотностью расположения дистанцированных клеток, а в слое V появляются гигантские клетки Беца (мотонейроны), заметно увеличивается количество ядерного хроматина, органелл в цитоплазме клеток и профилей дендритов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гестационные преобразования ключевых структур головного мозга с 22 по 40 недели пренатального онтогенеза осуществляются последовательно благодаря сбалансированной экспрессии ряда белков и ферментов в структурах мозга.

КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Рогов А.В.

ОГКУ «Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» Северск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы тенденции к снижению заболеваемости ДЦП не отмечается. В России детский церебральный паралич (ДЦП) составляет 30,0–70,0% структуре детской инвалидности.Одной из наиболее сложных проблем является разработка средств и методов коррекции двигательной активности для больных ДЦП в форме спастической диплегии, так как методы и средства физического развития детей с ограниченными возможностями основываются на специфике заболевания и исходного состояния организма. Рекомендуемые в специальной литературе комплексы ЛФК для больных ДЦП со спастическими формами выполняются в основном в исходном положении лёжа или сидя. Отсутствие способности поддерживать вертикальную позу больных ДЦП со спастической диплегией нарушает формирование естественных статокинетических рефлексов и развитие движений ребенка на самых ранних стадиях развития. Сложность применения костюмов и тренажёров требует разработки простых и экономичных методов реабилитации.

ЦЕЛЬ

Разработать новую технологию комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом со спастической диплегией на основе разработанных и усовершенствованных тренажёров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больные разделены на группы (основная, группа сравнения). Рандомизация сравниваемых больных осуществлялась по полу, возрасту, тяжести заболевания, основным клиническим показателям: 1–ая (основная) группа – 30 детей, получали базовую терапию в виде физиолечения (тепловые процедуры в виде парафино-озокеритовых аппликаций температурой 45–48°С, на спастичные мышцы нижних и верхних конечностей, время воздействия 10–15–20 минут ежедневно, 10 процедур; общего массажа с дифференцированными приёмами, учитывающими тонус мышц, ежедневно, до 10 процедур на курс). Больным к базовой терапии были добавлены занятия ЛФК с развитием навыков вертикализации с использованием созданных и усовершенствованных тренажёров, которые позволяли уменьшать двигательные ограничения у больных ДЦП.

2–ая (группа сравнения) – 30 детей, получали базовую терапию (тепловые процедуры, массаж). Применялись новые занятия ЛФК с развитием навыков вертикализации с использованием вновь созданных и усовершенствованных тренажёров. Занятия проводились в зале лечебной физкультуры 5 раз в неделю в первой половине дня, в течение 15–30 минут, на курс до 20 процедур.

Курс реабилитации составлял 20 дней. После курса реабилитация продолжались в домашних усло-

виях. Оценочный интервал к проводимым процедурам составил: 1мес, 6 мес.

Для оценки функциональных возможностей нижних конечностей применялись следующие тесты:

– «удержания равновесия»,

– длина шага.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Непосредственные и отдалённые результаты доказали эффективность применяемой терапии. Больные ДЦП со спастической диплегией имели выраженные ограничения жизнедеятельности по таким критериям как обучение, игровая деятельность, самообслуживание. Уменьшение степени ограничения жизнедеятельности ребёнка зависело от восприятия применения дифференцированных схем лечения, периодичности посещения, тяжести заболевания. Эффективность терапии, в основной группе по категории общения составила 89,7%, что было в 1,4 раза больше, чем в группе сравнения. После терапии игровая деятельность улучшилась у детей основной группы у 80,1%, что в 1,8 раза больше, чем в основной группе. Лучше стали контролировать своё поведение 81, 1% детей, что в 1,4 раза больше группы сравнения.

Через 6 месяцев, после курса реабилитации в основной группе сохранился объём активных и пассивных движений в тазобедренных, голеностопных, лучезапястных, локтевых суставах у 78,5% больных.

Тест на удержание равновесия проведён 60 детям. Через 6 месяцев после реабилитации у больных основной группы увеличилось время удержания равновесия на 10,0%, в группе сравнения на 5,5%. Оценивая длину шага у детей основной группы, обращает внимание прирост показателя на 2,6 см, в группе сравнения прирост показателя составил 0,9 см.

При оценке изменения количества шагов в минуту через 6 месяцев обращает внимание увеличение количества шагов в основной группе на 2, 2 шага, в группе сравнения на 1 шаг. Полученные данные позволяют предположить, что положительная динамика, после курса реабилитации с применением авторских тренажёров, позволяет развивать двигательную активность у больных ДЦП со спастической диплегией в дальнейшем. детей, в группе сравнения у 60,0% больных ДЦП со спастической диплегией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, доказана эффективность разработанного метода комплексной реабилитации, которая сохраняется в течение 6 месяцев у большинства больных детским церебральным параличом со спастической диплегией.

ФУНКЦИОНИРУЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ – КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Сарыева О.П., Харламова Н.В., Кулида Л.В., Фисюк Ю.А., Проценко Е.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В мире ежегодно более 15 миллионов детей рождается недоношенными с морфо-функциональной незрелостью органов и систем, наиболее уязвимыми среди которых являются сердечно-сосудистая и дыхательная системы. Наличие функционирующего артериального протока (ФАП) у таких детей приводит к гемодинамическим нарушениям и усугубляет течение неонатального периода.

ЦЕЛЬ

Цель исследования – установление клинико-морфологических параллелей функционирующего артериального протока у глубоконедоношенных новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели проведены ретроспективный анализ медицинской документации и обследование 105 недоношенных новорожденных 22–32 недель гестации, из которых 38 умерли в неонатальном периоде. В 1 группу вошли 32 новорожденных с ФАП, во 2-ую – 73 ребенка без ФАП. У погибших новорожденных проводилось комплексное морфологическое исследование артериального протока с иммуногистохимиче-

ским определением экспрессии рецептора простагландина Е2 (PTGER2), который обладает вазодилатирующим действием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ данных проведенного исследования показал, что у новорожденных, родившихся у матерей с возрастом 35 лет и старше, риск функционирования артериального протока значительно увеличивался (OR=2,95). Из осложнений беременности значимыми факторами риска функционирования артериального протока являлись угроза прерывания беременности (OR=2,67) и дородовое излитие околоплодных вод (OR=2,65). Курс стероидной терапии с целью антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома в 1 группе проводился достоверно реже, чем во 2-ой. В 1 группе дети достоверно чаще рождались в состоянии тяжелой асфиксии, им чаще требовалась интубация трахеи и проведение традиционной искусственной вентиляции легких. Также дети 1 группы достоверно чаще требовали дополнительного кислорода в кислородо-воздушной смеси при проведении респираторной терапии. У умерших детей 1-ой группы артериальный проток характеризовался малой толщиной стенки, увеличением площади просвета и периметра, однорядным расположением эндотелиоцитов, недоразвитием эластических и коллагеновых волокон и умеренной экспрессией PTGER2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, факторами, способствующими функционированию артериального протока у недоношенных новорожденных, являются: возраст матери 35 лет и старше, угроза прерывания беременности, дородовое излитие околоплодных вод, тяжелая асфиксия при рождении, отсутствие/неполная антенатальная профилактика стероидами, а также применение искусственной вентиляции легких и потребность в дополнительном кислороде. К морфологическим параметрам функционирующего артериального протока у недоношенных новорожденных можно отнести малую толщину стенки, увеличение площади просвета и периметра протока, однорядное расположение эндотелиоцитов, недоразвитие эластических и коллагеновых волокон и умеренную экспрессию PTGER2. Полученные данные можно использовать при разработке персонифицированного подхода к профилактике функционирования артериального протока.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Сергейчик Л.С., Зарянкина А.И.

Гомельский государственный медицинский университет
Гомель, РБ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Новый коронавирус (SARS-CoV-2) вызывает заболевание у детей всех возрастных групп, включая новорожденных. В литературе все больше появляется клинических случаев заболевания коронавирусной инфекцией у новорожденных.

ЦЕЛЬ

Изучить особенности течения коронавирусной инфекции у недоношенного ребенка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована история новорожденного мальчика. Ребенок от 1 беременности, 1 преждевременных родов в сроке 29,5 недель, с экстремально низкой массой тела при рождении (960 грамм).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При рождении состояние ребенка тяжелое за счет проявлений внутриутробной инфекции, синдрома дыхательных расстройств, асфиксии (оценка по шкале Апгар 5/6 ИВЛ баллов), недоношенности, незрелости, нарушении функции центральной нервной системы (ЦНС) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). После рождения по тяжести состояния находился в отделении интенсивной терапии. В возрасте 16 суток переведен в педиатрическое отделение для недоношенных, где находился с мамой. При переводе состояние ребенка тяжелое. Сохранялась кислородозависимость, нарушения функций ЖКТ, ЦНС. На 3 день совместного пребывания у мамы появились признаки респираторной инфекции, в связи с чем мать покинула стационар. Амбулаторно у матери методом ПЦР обнаружена РНК COVID-19. Через неделю после последнего контакта с мамой у ребенка повышается температура тела до 38 ˚С, падает Sp O2 до 86%, появляется бледность кожных покровов; в общем анализе крови: лейкоциты – 7,4×109/л, эритроциты – 2,87×1012/л, гемоглобин – 90 г/л, ге-

матокрит – 0,25, тромбоциты – 256×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 26%, эозинофилы – 3%, моноциты – 8%, лимфоциты – 62%. Общий анализ мочи – без особенностей. Проведена коррекция терапии. Состояние ребенка стабилизировалось: температура нормализовалась, Sp O2 98–99%. Через 4 дня у ребенка в области коленных суставов и голеней появились линейные геморрагические высыпания. В общем анализе крови: лимфоциты 68%, гемоглобин – 104 г/л; в биохимическом анализе крови: С-реактивный белок – 3,6 мг/мл; в коагулограмме: АЧТВ – 31,2 с, протромбиновое время – 14,3 с., D-димеры – 681,91 нг/мл. ПЦР на Covid-19: РНК Covid-19 – не выявлена. ИФА на Covid-19: Ig M – положительные, Ig G – отрицательные. Выставлен клинический диагноз: Коронавирусная инфекция, средней степени тяжести, период реконвалесценции. В дальнейшем состояние ребенка с положительной динамикой (геморрагические высыпания рассосались). Ребенок выписан домой под наблюдение участкового врача-педиатра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что большинство авторов сходится во мнении, что COVID-19 у детей протекает легче и зачастую бессимптомно, мы можем наблюдать не только поражение органов дыхания, но и полисистемность поражения. Неопределенность исходов и последствий болезни требует динамического наблюдения за детьми, перенесшими новую коронавирусную инфекцию, особенно новорожденными/недоношенными, в том числе имевшими внутрисемейный контакт с COVID-19.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ, ДОСТИГШИХ 5-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Суворов И.А., Суворова Д.Ю., Ушакова Л.В., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н., Левин А.С., Албегова М.Б., Пекарева Н.А., Быкова Ю.К., Джуккаева М.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Усовершенствование перинатальной помощи в России способствует ежегодному росту рождаемости и выживаемости недоношенных детей с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела при рождении (ОНМТ). Недоношенные дети составляют группу риска по формированию неврологических нарушений. Задержка психо-речевого развития и снижение когнитивных функций может быть прослежено у детей различного возраста, однако, их прогнозирование является сложной задачей и требует проведения дополнительных исследований.

ЦЕЛЬ

Оценить неврологические нарушения и показатели психо-речевого развития недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 грамм, достигших 5-летнего возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено динамическое наблюдение с момента рождения и до 5-летнего возраста 35 пациентов, родившихся на сроке гестации 32 и менее недель, с массой тела менее 1500 грамм. Состояние всех детей при рождении оценивалось как тяжелое. Всем детям (n=35) в неонатальном периоде в динамике осмотрены неврологом, проведены нейросонография (НСГ), амплитудно-интегрированная электроэнцефалография (аЭЭГ); по показаниям проводились многоканальная электроэнцефалография (ЭЭГ) (n=17) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (n=19). После выписки из стационара все пациенты динамически наблюдались неврологом, осмотры проводились в скорректированном возрасте (СВ) 6, 12, 24, 36, 48 и 60 месяцев. Все дети в СВ 12, 18, 24, 36 и 48 месяцев консультированы логопедом. Оценка показателей моторного и психо-речевого развития в СВ до 24 месяцев проводилась с использованием шкалы ментального развития Гриффитс. В СВ 36, 48 и 60 месяцев оценка показателей психо-речевого развития проводилась с использованием второй версии Денверского теста.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В неонатальном периоде синдром угнетения диагностирован у 18 пациентов (51,4%), нарушения

мышечного тонуса – у 11 пациентов (31,4%), неонатальные судороги – у 8 пациентов (22,8%). Среди обследованных пациентов в неонатальном периоде эпилептиформная активность зарегистрирована по данным аЭЭГ у 10 детей (28,6%), по данным ЭЭГ – у 5 детей (29,4%). По результатам НСГ у 4 детей (11,4%) диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) 1 степени, у 6 пациентов (17,1%) – ВЖК 2 степени, у 3 пациентов (8,6%) – ВЖК 3 степени, у 3 пациентов (8,6%) – перивентрикулярная лейкомаляция, у 11 пациентов (31,4%) расширение наружных и/или внутренних ликворных пространств. МРТ головного мозга проведена 19 пациентам, из них у 3 пациентов (15,7%) диагностированы кровоизлияния в мозжечок, у 4 пациентов (21%) – паренхиматозное кровоизлияние в области больших полушарий. В возрасте 5 лет по результатам неврологического осмотра, установлено, что у 18 пациентов (51,4%) неврологический статус соответствовал возрастной норме, у 10 пациентов (28,6%) выявлены невротические нарушения, у 7 пациентов (20%) диагностирован ДЦП, у 8 пациентов (22,8%) – задержка речевого развития, у 2 пациентов (5,7%) диагностированы локальные моторные тики, у 2 пациентов (5,7%) – структурная эпилепсия. По результатам оценки моторного и психо-речевого развития с использованием Денверского теста в возрасте 5 лет у 23 пациентов (65,7%) диагностировано нормальное психо-речевое развитие, у 12 пациентов (34,3%) диагностирована задержка развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В сравнении с популяцией доношенных детей у недоношенных с ЭНМТ и ОНМТ при рождении чаще диагностируются неврологические нарушения. Задержка психо-речевого развития диагностирована у 34,3% обследованных пациентов.

ВНУТРИВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ESCHERICHIA COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Сужаева Л.В., Макарова М.А.

ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера
Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) одни из самых распространенных бактериальных инфекций в детском возрасте, от них страдает около 7% детского населения планеты. Возбудителем ИМВП в 80% случаев является Escherichia coli – облигатный представитель микробиоты кишечника, обнаруживаемый в нем в первые часы после рождения. Структура вида Escherichia coli представлена семью филогенетическими группами, четыре из которых являются основными (A, B1, B2, D). Представители вида, обладающие факторами вирулентности (адгезинами, токсинами, сидерофорами и др.) способны вызывать заболевания внекишечной локализации (ИМВП, сепсис, менингит новорожденных и др.). Заселение кишечника ребенка штаммами, обладающими различным потенциалом патогенности, может быть сопряжено с видом вскармливания.

ЦЕЛЬ

Сравнить потенциал внекишечной вирулентности штаммов Escherichia coli, выделенных из микробиоты кишечника детей, находящихся на разных видах вскармливания (грудном, смешанном, искусственном).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом ПЦР с электрофоретической детекцией со специфическими праймерами к генам, кодирующим факторы вирулентности (пиелонефрит-ассоциированные пили, S-фимбрии, афимбриальный адгезин, аэробактин, альфа-гемолизин, цитонекротический фактор) и маркеры филогенетических групп, исследовано 104 штамма Escherichia coli, выделенные из микробиоты кишечника детей в возрасте от 1 до 6 месяцев. На грудном вскармливании находились 67 детей, на смешанном – 16 детей, на искусственном – 21 ребенок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследуемые штаммы принадлежали к четырем основным филогенетическим группам: A – 34,6%, B1 – 4,8%, B2 – 32,7%, D – 27,9%. Гены вирулентности были обнаружены у 64,4% штаммов. Они с разной частотой встречались у Escherichia coli различных филогенетических групп. Гены, кодирующие пиелонефрит-ассоциированные пили были

выявлены у 13,9%, 0%, 41,2% и 41,4% ($\chi2$=10,440; df=3; p=0,015), S-фимбрии у 8,3%, 0%, 41,2% и 13,8% ($\chi2$=14,434; df=3; p=0,002), афимбриальный адгезин у 2,8%, 0%, 2,9% и 3,4% ($\chi2$=0,183; df=3; p=0,98), аэробактин у 27,8%, 0%, 20,6% и 10,3% ($\chi2$=4,398; df=3; p=0,222), альфа-гемолизин у 11,1%, 0%, 50,0% и 24,1% ($\chi2$=15,734; df=3; p=0,001), цитонекротический фактор у 8,3%, 0%, 41,2% и 10,3% ($\chi2$=15,959; df=3; p=0,001) штаммов филогенетических групп A, B1, B2 и D соответственно. Сочетанное присутствие генов вирулентности чаще выявляли в группе B2 (52,9%) по сравнению с другими группами (A(11,2%); B1(0%); D(24,4%)).

У детей, находящихся на разных видах вскармливания, выявлены различия в структуре популяции Escherichia coli по филогенетическим группам ($\chi2$=14,564; df=6; p=0,024). Штаммы группы A обнаружены у 46,3% детей, находящихся на грудном вскармливании, и у 12,5% и 14,3% детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании соответственно ($\chi2$=11,312; df=2; p=0,004). Штаммы группы B2 (наиболее нагруженные генами вирулентности и их сочетаниями) обнаружены у 23,9% детей находящихся на грудном вскармливании и у 56,3% и 42,9% детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании соответственно ($\chi2$=7,386; df=2; p=0,025). Доли групп B1 и D значимо не отличались.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность детерминант внекишечной вирулентности неодинакова у Escherichia coli различных филогенетических групп. У представителей филогенетической группы B2 значимо чаще встречаются гены вирулентности и их сочетания. Доля штаммов филогенетической группы B2 в структуре популяции Escherichia coli, выделенных из микробиоты кишечника детей, находящихся на грудном вскармливании, статистически значимо ниже по сравнению с другими видами вскармливания. Это является дополнительным аргументом в пользу грудного вскармливания, как естественного и простого способа профилактики ИМВП.

РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

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

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие пандемии COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) привело к поражению всех групп населения с выраженным повышением уровня летальности. У детей и особенно у новорожденных заболевание диагностировалось намного реже и протекало в более легкой форме по сравнению с взрослыми и особенно пожилыми пациентами. Вместе с тем, отмечено увеличение количества преждевременных родов и частоты поступления новорожденных в отделения реанимации.

ЦЕЛЬ

Анализ причин ранней неонатальной смерти в Российской Федерации в период пандемии COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании анализа статистических форм А-05 Росстата за 2019–2021 гг проведен сравнительный анализ показателей и причин ранней неонатальной смерти в федеральных округах и Российской Федерации в целом в 2019 г. и в 2020–2021 гг (период пандемии COVID-19). Показатели ранней неонатальной смертности рассчитывали как отношение количества новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, к общему числу детей, родившихся живыми, умноженное на 1000. Сравнение полученных количественных данных проводили при помощи критерия Хи-квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2019 г. в целом по Российской Федерации было зарегистрировано 2475 случаев смерти новорожденных в первые 168 часов жизни, при этом показатель ранней неонатальной смертности составил 1,671‰. В 2020 и 2021 гг (в период пандемии COVID-19) по сравнению с 2019 г. установлено уменьшение абсолютного количества новорожденных, умерших в первые 7 суток жизни, на 7,6% и 12,0% соответственно. В свою очередь значения показателя ранней неонатальной смертности понизились на 4,7% и 6,7% соответственно.

Наиболее выраженное уменьшение количества умерших новорожденных в 2020 г. по сравнению

с 2019 г. отмечено в Северо-Западном (на 22,7%) и Уральском (на 7,6%) федеральных округах. В то же время в Южном и Дальневосточном федеральных округах зарегистрировано увеличение случаев ранней неонатальной смерти на 17,2% и 5,4% соответственно. В 2021 г. по сравнению с 2019 г. увеличение числа наблюдений ранней неонатальной смерти отмечено только в Южном федеральном округе – на 23,4%. Во всех остальных округах зарегистрировано снижение количества умерших в первые 168 часов жизни, наиболее выраженное уменьшение наблюдалось в Уральском и Сибирском федеральных округах на 26,5% и 22,2% соответственно.

При этом показатели ранней неонатальной смертности в 2020 и 2021 гг повысились относительно уровня 2019 г. только в Южном (на 20:% и 28,5% соответственно) и Дальневосточном (на 4,7% и 6,5% соответственно) федеральных округах Наиболее выраженное снижение показателей ранней неонатальной смертности в 2020 г. зарегистрировано в Северо-Западном (на 18,8%), а в 2021 г. – в Уральском федеральном округе (на 23,1%).

Основными причинами ранней неонатальной смерти в целом по Российской Федерации в 2019 г. являлись респираторные заболевания и врожденные аномалии развития, которые составляли 37,3% и 17,5% от всех наблюдений. В 2020 и 2021 гг отмечено увеличение доли респираторных нарушений среди причин смерти на 7,7% и 1,5% соответственно. Однако на второе место по частоте выявления заняли инфекционные заболевания, доля которых повысилась на 1,6% в 2020 г. и на 15,2% в 2021 г. Наиболее выраженное увеличение доли респираторных нарушений как первоначальной причины смерти в 2020 (на 43,4%) и 2021 гг (на 15,2%) зарегистрировано в Приволжском федеральном округе. Наибольшее увеличение доли инфекционных заболеваний в 2020 г. отмечено в Центральном федеральном округе (на 45,8%), а в 2021 г. – в Северо-Кавказском федеральном ок руге. В то же время наиболее выраженное повышение показателей ранней неонатальной смертности в результате респираторных нарушений в 2020 и 2021 гг по сравнению с 2019 г. установлено в Южном федеральном округе (на 51,3% и 49,1% соответственно). Наибольший рост показателей ранней неонатальной смертности от инфекционных болезней зарегистрирован в 2020 г. в Центральном федеральном округе (на 36,2%), а в 2021 г. – в Северо-Кавказском федеральном округе (на 65,7%). Полученные данные согласуются с данными литературы об изменении структуры причин смерти новорожденных в период пандемии COVID-19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 2020 и 2021 гг, в период пандемии COVID-19, в Российской Федерации установлено уменьшение по сравнению с данными 2019 г. абсолютного количества новорожденных, умерших в первые 7 суток жизни, и значений показателей ранней неонатальной смертности. В структуре причин ранней неонатальной смертности в 2020 и 2021 гг отмечено увеличение доли респираторных нарушений и инфекционных заболеваний, что отражает прямое и опосредованное негативное влияние SARS-CoV-2 на состояние плода и новорожденного.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ МИКРОБИОТА И БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Тягушева Е.Н., Негоднова Е.В., Науменко Е.И.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Медицинский институт
Саранск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – это хроническое заболевание легких недоношенных детей, приводящее к пожизненным ограничениям функции легких у младенцев. Заболевание, в основном, провоцируется пред- и послеродовыми инфекциями, механической вентиляцией легких и кислородной токсичностью. Гестационный возраст и вес при рождении являются наиболее изученными факторами риска развития БЛД. Растет интерес к описанию других факторов, которые могут предполагать развитие БЛД. Микробиота кишечника у недоношенных детей с очень низкой массой тела следует другой схеме колонизации по сравнению со здоровыми доношенными и может играть определенную роль в модуляции восприимчивости ребенка к тяжелому развитию БЛД.

ЦЕЛЬ

Провести анализ публикаций, посвященных исследованиям микроэкологии дыхательных путей у недоношенных новорожденных детей при БЛД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен обзор научных статей с глубиной поиска 5 лет. Поиск производился в электронных ресурсах medRxiv, PubMed.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комменсальные бактерии в кишечнике и легких необходимы для нормального развития иммунного гомеостаза, поэтому микробный дисбактериоз может привести к аномальным воспалительным реакциям, которые относят к патогенезу БЛД. Дыхательные пути здорового новорожденного колонизируются различными микроорганизмами, такими как Moraxella, Dolosigranulum, Corynebacterium, Streptococcus и Staphylococcus. Исследования показали, что основными колонизированными бактериями в дыхательных путях новорожденного являются стафилококк и стрептококк. Дыхательные пути новорожденного развиваются во время беременности под влиянием околоплодных вод, плаценты и влагалища с собственным микробиомом, что в настоящее время вложено в понятие «новая» форма БЛД, которая характеризуется нарушением развития легких, остановкой альвеобаризации и патологической васкуляризации. В ходе анализа секреции дыхательных путей в первый день жизни у недоношенных детей преобладали Firmicutes и Proteobacteria, а также наблюдались Actinobacteria, Tenericutes, Fusobacterium, Cyanobacteria и Verrucomicrobia. В трудах было изложено о перекрестных помехах между легкими и кишечником, которые предлагают концепцию оси кишечник-легкое как важный фактор, способствующий здоровью и заболеваниям легких у детей. Развитие кишечной микробиоты также влияет на микробиоту легких, что приводит к легочным заболеваниям. Ряд научных статей утверждают, что на уровне типа бактерий не выявлено существенных различий в составе микробиома дыхательных путей у младенцев с БЛД, без БЛД и с тяжестью БЛД. Imamura и соавторы обнаружили более высокое присутствие Corynebacterium spp. у младенцев с тяжелым БЛД, особенно у детей, получавших более длительную инвазивную вентиляцию легких. Младенцы, у которых развилось более тяжелое БЛД, присутствовало меньше стафилококка в первые дни после рождения и имели более высокий показатель уреаплазмы. Сообщалось, что уреаплазмы являются «захватчиками» амниотической полости, связанными с интраамниотической инфекцией и преждевременными родами, и были сопряжены с развитием БЛД. В ходе работы Lal и соавторы изучали микробиом дыхательных путей младенцев после постановки диагноза БЛД и сравнивали с микробиомом доношенных новорожденных, соответствующих постменструальному возрасту. Анализ показал увеличенное число бактерий типа Proteobacteria и уменьшенное Firmicutes и Fusobacteria в связи с диагностикой БЛД. Учеными было подтверждено, что микроэкологическое разнообразие дыхательных путей уменьшается у недоношенных детей с БЛД по сравнению с детьми без БЛД. Lohmann и соавторы показали, что в течение 24 ч после эндотрахеальной интубации количество видов дыхательной микрофлоры и индекс разнообразия Шеннона снижаются у новорожденных с БЛД при сравнении с новорожденными без БЛД. Было предположено, что снижение разнообразия микробного сообщества, а не различия в медиаторах воспаления, может быть значительным фактором возникновения БЛД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микробиом дыхательных путей у недоношенных детей находит большой интерес у исследователей, однако работы, изучающие колонизацию требуют критического подхода. До сих пор не существует идеального лечения заболевания БЛД, и единственным методом облегчения тяжести и улучшения прогноза является ранняя профилактика. Богатое сообщество видов бактерий необходимы для поддержания стабильности внутренней среды, но статус болезни может влиять на количество микробных видов.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО УПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Улуханова Л.У., Омариева Р.М.

Дагестанский государственный медицинский университет
Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

После девятилетнего благоприятного меж. эпидемического периода отмечается ухудшение эпид. обстановки по кори с 2013 года; по эпидемическому паротиту в 2016–2018, а так же увеличилась заболеваемость коклюшем с 2017.

ЦЕЛЬ

Показать уровень заболеваемости по управляемым инфекциям в результате отказов от профилактических прививок.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Снижение показателей заболеваемости по управляемым инфекциям – это результат проводимой вакцинопрофилактики в республике. Случаи дифтерии не регистрируются с 1997; с 2010 – нет регистрации случаев полиомиелита, вызванного диким вирусом; столбняк регистрируется только спорадически; на низком уровне заболеваемость гепатитом В.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики в республике Дагестан за 2021 г. эпидемическая ситуация стабилизировалась. Отмечено снижение заболеваемости эпидемическим паротитом на 42,6%, зарегистрировано 212 случаев против 368 за аналогичный период 2020 г. Привито контактных по эпидемическим показаниям 2916, в т.ч. детей – 2791 чел. За 12 месяцев 2021 года зарегистрировано 96 случаев коклюша; отмечен рост заболеваемости в 1,8 раза по сравнению с аналогичным периодом за 2020 год (53 случаев). Стабилизировалась ситуация и по кори. За 12 мес. 2021 года случаи кори не зарегистрированы, за аналогичный период в 2020 году выявлено 507 случаев. Менингококковая инфекция имела место у 4 больных против 8 в 2020 году, снижение в 2 раза. Зарегистрирован 1 случай вакциноассоциированного полиомиелита (ВАПП) в Бабаюртовском районе у ребенка в возрасте 1 года 4 мес. Рост заболеваемости гриппом и ОРВИ в 2021 году увеличен на 26%.За 2021г. зарегистрирован 1 случай столбняка у взрослого пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате отказов от профилактических прививок отмечается рост заболеваемости по некоторым управляемым инфекциям, в связи с чем для снижения уровня заболеваемости привиты против кори, эпидемического паротита (дети и взрослые) не только по национальному календарю, но и по дополнительной и подчищающей иммунизации, а также проводится сан.просвет работа с привлечением средств массовой информации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Улуханова Л.У., Омариева Р.М.

Дагестанский государственный медицинский университет
Махачкала

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции на территории Республики Дагестан остается напряженной. В 2021 году выявлено 367 новых случаев ВИЧ-инфекции (в том числе выявлено за пределами – 32, иностранцев – 19, жители других регионов – 5) что на 107 случаев больше, чем за аналогичный период 2020 года (260). Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в 2021 году увеличился и составил 10,95 (в 2020 году – 8,4). По РФ – 46,8, по СКФО – 12,3.

ЦЕЛЬ

Проанализировать эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ -инфекции у детей и взрослых в республике Дагестан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Из общего количества ВИЧ-инфицированных пациентов в стадии первичных проявлений находятся 1 192 (55,8%), в стадии вторичных проявлений – 944 (44,2%). В последние годы отмечается тенденция выявления пациентов в стадии вторичных проявлений ВИЧ-инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За весь период от ВИЧ-инфицированных матерей на 01.01.2022 года родилось 471 детей с перинатальным контактом (в 2019 году – 33 ребенка, в 2020 году – 27 ребенка и в 2021 г. – 51 ребенка). Из общего количества детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей снято с диспансерного учета 298 детей, 18 (3,8%) переведены в статус ВИЧ-инфицированных. В настоящее время 155 детей состоят на диспансерном учете по перинатальному контакту (код R-75) до исполнения 18 месяцев (согласно приказу Минздрава России от 19.12.2003 г. №606). На территории Республики Дагестан трехэтапная химиопрофилактика начала применяться с 2004 года и было охвачено 420 пар «мать и дитя». В 2021 году полной трехэтапной химиопрофилактикой вертикаального пути передачи охвачены 49 (96,1%) из 51 пар мать и дитя; одна пара не получила 1-й этап химиопрофилактики в связи с поздним выявлением ВИЧ-инфекции у матери, 2-й и 3-й этапы были получены. Другой паре не проведены все три этапа химиопрофилактики в связи с выявлением ВИЧ-инфекции у матери после родов. За весь период взято на диспансерный учет 74 ВИЧ-инфицированных детей. Умерло – 15 детей, 7 детей переведены во взрослую группу (старше 18 лет), на диспансерном учете с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» состоят 51 живых ребенка. В 2021 году на Д-учет взято 6 детей, все они были инфицированы вертикальным путем. Из 51 ВИЧ-инфицированных детей, антиретровирусную терапию получают 50 детей, один ребенок находится в эпидемиологическом розыске. Охват АРВТ у детей составил 98%. Из 50 детей, получающих АРВТ, у 42 (84%) детей на конец отчетного периода достигнут неопределяемый результат вирусной нагрузки, что свидетельствует об эффективности проводимой АРВТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диспансерное наблюдение ребенка по перинатальному контакту с ВИЧ-инфицированной матерью осуществляется на основании алгоритма диагностики ВИЧ-инфекции с соблюдением порядка и сроков обследования детей, включая подтверждение диагноза или снятие с учета. В 2021 году в соответствии с целевыми показателями Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2030 года не был достигнут индикатор по обследованию населения республики: вместо плана на 2021 год – 30%, достигнуто – 25,7%; показатель заболеваемости по РД превышает индикаторный. Также не достигнут показатель проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку новорожденному: вместо плана 99,1%, достигнуто – 98%.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ В АКУШЕРСТВЕ

Хаджилаева Ф.Д., Хубиева А.Х-А., Пономарева Е.Б., Хаджилаев И.Д.

ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»
Черкесск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В наше время, в условиях ухудшения состояния здоровья женщин репродуктивного возраста, значимую актуальность заслуживает сохранение здоровья и жизни каждого появившегося ребенка.

ЦЕЛЬ

Провести анализ основных причин рождения недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (до 1000,0 г.) и очень низкой массой тела (до 1500,0 г), РГБ ЛПУ «республиканского Перинатального центра», Карачаево-Черкесской республики, за 2019 год.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Истории родов детей с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела на базе архива, РГБ ЛПУ «республиканского Перинаталь-

ного центра», Карачаево-Черкесской республики, за 2019 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее количество родов в 2019 – 3112. Из них количество недоношенных с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела – 1,35% и 1,48% соответственно. В исследование вошли женщины репродуктивного возраста: женщины с новорожденными экстремально низкой массой тела: 18 – 25 лет – 1,34%; 26 – 35 лет – 2,26%; 36–45 лет – 0.62%; женщины с новорожденными очень низкой массой тела: 18–25 лет – 1,34%; 26–35 лет – 1,74%; 36–45 лет – 0,78%. Социальный статус: женщины с новорожденными экстремально низкой массой тела: работающие – 30(71,43%), домохозяйки – 12(28,57%), (от общего числа детей, родившихся с экстремально низкой массой); женщины с новорожденными очень низкой массой тела: работающие -28(60.87%), домохозяйки -18(39,13%), (от общего числа детей, родившихся с очень низкой массой).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социологический портрет беременных женщин представляют преимущественно в возрасте 26–35 лет, работающие. Наиболее частой причиной рождения маловесных детей является акушерская патология матери (гемодинамические нарушения, длительный гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, истмико-цервикальная недостаточность).

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Харламова Н.В., Будалова А.В., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

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

Иваново

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) утяжеляет течение неонатального периода у глубоконедоношенных новорожденных, часто приводит к инвалидизирующим последствиям и летальному исходу. Геморрагические поражения центральной нервной системы (ЦНС) являются одной из ведущих причин смертности в раннем неонатальном периоде. Поэтому поиск новых способов прогнозирования этих состояний будет способствовать оптимизации ведения данной категории пациентов.

ЦЕЛЬ

Выявить новые предикторы формирования внутрижелудочковых кровоизлияний, в том числе тяжелых, у глубоко недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 140 новорожденных детей, родившихся при сроке гестации до 32 недель. Все глубоко недоношенные новорожденные разделены на две группы: в основную группу вошло 93 ребенка с ВЖК в течение раннего неонатального периода, группа сравнения сформирована из 47 глубоко недоношенных новорожденных без ВЖК. Для уточнения прогноза ВЖК использовались клинические методы исследования, лабораторные (особенности тромбоцитарных индексов, исследование нейромодулина в крови на 1 сутки жизни).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уточнены факторы риска формирования ВЖК у глубоконедоношенных новорожденных: тяжелая асфиксия при рождении, отсутствие антенатальной профилактики РДСН, принудительные режимы ИВЛ.

Выявлены особенности показателей гемостаза у глубоконедоношенных новорожденных с ВЖК в раннем неонатальном периоде: у данной категории детей наблюдаются более низкое количество тромбоцитов в крови и более высокие показатели гранулярности тромбоцитов при более высоких значениях АЧТВ и снижении протромбинового индекса. У глубоконедоношенных новорожденных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями в раннем неонатальном периоде наблюдаются более высокие концентрации общего кальция в крови. На основании полученных данных предложен новый способ прогнозирования формирования внутрижелудочковых кровоизлияний у глубо-

конедоношенных новорожденных основанный на определении в крови концентрации общего Ca2+ и средней концентрации компонентов тромбоцитов (MPC).

Формированию тяжелых ВЖК (3 степени и выше) у глубоконедоношенных новорожденных кроме того способствуют: дородовая кровопотеря, необходимость проведения ИВЛ в родильном зале с повышенной концентрацией кислорода во вдыхаемой смеси, повышение концентрации СРБ крови в первые сутки жизни, а также следующие особенности тромбоцитарных индексов: более высокие значения ширины распределения тромбоцитов, повышенная концентрация компонентов тромбоцитов, большее количество больших по объему тромбоцитов.

На основании полученных данных разработана интеллектуальная программа «Прогнозирование риска развития тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний у глубоконедоношенных новорожденных (нейронная сеть)», которая на основе программной реализации многослойной когнитивной искусственной нейронной сети с учетом данных о состоянии здоровья ребенка при рождении и в раннем неонатальном периоде, особенностях проведения реанимационных мероприятий в родильном зале, лабораторных показателей крови (всего 14 показателей) осуществляет прогноз риска развития тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний (III и IV степени) у глубоконедоношенных новорожденных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования могут быть использованы для персонализации подхода к тактике ведения глубоконедоношенных новорожденных с целью прогнозирования и профилактики развития у них внутрижелудочковых кровоизлияний.

ТЕМАТИКА: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

МОЖЕТ ЛИ СЛУЖБА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ РЕШАТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИИ (НАБЛЮДЕНИЕ НА ПРИМЕРЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Гридчик А.Л., Дуб Н.В.
ГБУЗ МО МОНИИАГ
Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Статистические обзоры с изменениями показателей демографии и работы учреждений службы родовспоможения позволяют объективно оценить организацию оказания медицинской помощи женщинам и детям, наметить мероприятия по улучшению её качества, а также позволяют состязательно сравнить имеющиеся статистические показатели с таковыми из других субъектов страны.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность работы службы родовспоможения Московской области на протяжение 30 лет за период с 1992 по 2021 годы путём анализа динамики основных показателей из форм статистических наблюдений Росстата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён анализ динамики основных показателей демографии, работы службы родовспоможения Московской области в 1992 – 2021 годах. Анализировались показатели: число родов, число рождённых детей, коечный фонд службы родовспоможения, кадровые ресурсы службы родовспоможения, частота экстрагенитальных заболеваний у беременных и осложнений в родах, акушерских операций, динамика и структура репродуктивных потерь населения, причины материнской смертности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В Московской области за 30 лет число родившихся детей возросло на 41%. Количество производимых абортов сократилось в 3,64 раза. Вместе с тем все 30 лет общая смертность превалировала над рождаемостью, что выражалось в отрицательном приросте населения в диапазоне от – 0,1 до – 10,9. Репродуктивные потери давно не являются основными в структуре смертности населения региона. Так в 2018 году материнская и перинатальная смертности вместе составили 401 случай, а в результате ДТП погибло 1058 человек, самоубийств – 862, убийств- 470.

Возросло на 29% количество физических лиц врачей акушеров-гинекологов, на 112% врачей неонатологов, а численность акушерок сократилась на 40%. На фоне неоднозначных кадровых перемен суммарно число акушерско-гинекологических коек снизилось на 52% В структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин достоверно ($P > 0,05$) увеличилась доля заболеваний эндокринных органов (поджелудочной и щитовидной желез) и заболевших ВИЧ-инфекцией, как ответ вызовам современного образа жизни и питания. За 30 лет наблюдений зарегистрирован рекордный рост сахарного диабета у беременных – в 123 раза с 0,1% до 12,3%.

Несмотря на все достижения медицины, организационные и образовательные мероприятия, в регионе не удалось принципиально сократить число преждевременных родов 3,6–5,6%. Стабилизировалась на высоком уровне частота гестоза (преэклампсии) – 3–4%, при снижение в 2,4 раза акушерских кровотечений. Зарегистрирован достоверный рост оперативных родов, частота кесарева сечения увеличилась в 3,6 раза, исчезли плодоразрушающие операции. Материнская смертность снизилась в 6,3 раза, младенческая – в 4,4 раза, перинатальная в 3,3 раза, ранняя неонатальная смертность в 11,2. Самым инертным показателем оказалась мертворождаемость, её снижение составило всего 1,9 раза.

Среди причин материнской смертности первое место принадлежит экстрагенитальным заболеваниям, причем в период с 2012 по 2021 годы в первый ряд встали нарушения мозгового кровообра-

щения различного генеза и тромбоэмболические осложнения.

Низкий индекс здоровья беременных женщин определяет высокую заболеваемость новорожденных в акушерских стационарах без отчетливых тенденций к её снижению. При этом общая заболеваемость детей с массой тела от 500 до 999 грамм была в 3,2 раза больше заболеваемости детей с массой тела свыше 1000 грамм. Принципиально и желаемо не снижался, что настораживает, показатель рождения детей с врожденными пороками развития: в период 1992–2001 годов частота ВПР составила 2,99%; в 2002–2011 – 2,47%; в 2012–2021 – 2,05%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Модернизация материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений родовспоможения Московской области и совершенствование организации их работы в сочетание с улучшением профессиональной подготовки кадров закономерно привели к повышению качества акушерско-гинекологической помощи женщинам и новорожденным детям в Московской области, что нашло подтверждение в динамике показателей официальной статистики. Однако это не решает глобальных демографических проблем региона.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ В ПОДГОТОВКЕ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Гридчик А.Л.[1], Дуб Н.В.[2], Хапий Н.Х.[1], Крупская М.С.[1], Гридчик М.А.[3]

ГБУЗ МО МОНИИАГ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врачебные кадры – интеллектуальный потенциал отрасли, который требует постоянного развития. Признано, состояние кадровых ресурсов определяет результативность работы системы здравоохранения. Современный кадровый кризис в медицине – это проблема международного масштаба, касающаяся большинства стран мира, в том числе и России. Наличие серьезных кадровых проблем в системе отечественного здравоохранения делает отрасль неэффективной, снижает доступность и качество медицинской помощи населению. Для повышения эффективности кадровой политики и улучшения управления персоналом медицинских организаций необходима система отбора кандидатов путем тестирования на пригодность работы в выбранной специальности.

ЦЕЛЬ

Изучить личностные характеристики врачей и формирующиеся у них преференции по окончании первого года обучения в клинической ординатуре по специальности «акушерство-гинекология».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено тестирование 26 клинических ординаторов прошедших обучение в течение одного года специальности «акушерство и гинекология». Из числа тестируемых мужчин – 3, женщин – 23. Обучались на бюджетной основе 13 и 13 на коммерческой. До поступления в ординатуру ни один из ординаторов стажа и опыта практической работы не имел. Для оценки склонностей к той или иной специальности использовался опросник на определение стадии профессионального становления (О.М. Кокун, 2010). Опросник позволяет оценить вхождение специалиста в новую социальную роль, обретение опыта самостоятельного выполнения профессиональной деятельности, формирование индивидуального уровня достижений. Для диагностики учебной мотивации использовалась методика, предложенная А.А. Реан и В.А. Якуниным в модификации Н.Ц. Бадмаевой (2004).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследования показали, что только 5 (19,2%) из 26 ординаторов были отнесены по результатам теста к специалистам «акушер-гинеколог», в подавляющем числе были «педиатры» – 15 (57,7%), далее «онколог» – 3 (11,5%) и даже 3 (11,5%) –«ветеринар». Степень сродства к своей специальности у акушеров-гинекологов не была высокой и составила 1,79 балла из 5 возможных, у педиатров – 4,17, у онкологов – 2,14, у ветеринаров – 1,67. Среди акушеров-гинекологов мужчина был 1 из 3 тестируемых, женщин 4 из 23.

Важным мотивом к обучению 65% ординаторов считают перспективы получения высокооплачиваемой работы в частной (коммерческой) клинике

и возможный размер будущей заработной платы в государственной медицине.

В ходе анкетирования ординаторы оценили по 10 бальной шкале качество подготовки в клинической ординатуре на базе ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» в 7,56 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в ходе исследования результаты определяют необходимость перехода на персонифицированные методы учебы специальности «акушерство-гинекология» с использованием одушевлённых форм проблемного, развивающего и дистанционного обучения, с увеличением сроков обучения в начальном периоде освоения специальности в ординатуре до 3 лет. Основным предназначением клинической ординатуры должно стать интенсификация процесса получения специалистом знаний и практических навыков, которые ему будут крайне необходимы в первые 5 лет самостоятельной трудовой деятельности, что сократит продолжительность периода «допрофессионализма» в специальности, приведет к уменьшению числа врачебных ошибок в этот период работы, будет способствовать творческой профессиональной деятельности врача, потенциалу проектирования своей карьеры, достижению вершины профессионального развития.

ПРИЧАСТНОСТЬ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДАМ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Гридчик А.Л., Гридчик И.Е., Аксёнов А.Н., Дуб Н.В.

ГБУЗ МО МОНИИАГ

Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врачебные ошибки всегда представляли собой сочетание проблем врачевания и права. Несмотря на развитие медицины, появление новых методов диагностики и лечения заболеваний, внедрение цифровых технологий, В России замечается тенденция к увеличению случаев ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Так по данным следственного комитета число возбужденных уголовных дел по врачебным ошибкам в период с 2012 по 2021 годы увеличилось в 6,7 раз с 311 до 2095!

ЦЕЛЬ

Определить частоту и структуру ненадлежащего оказания медицинской помощи врачами акушерами-гинекологами и анестезиологами-реаниматологами в акушерской практике по результатам судебно-медицинской экспертизы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён анализ результатов 53 судебно-медицинских экспертиз, назначенных по происшествиям в родовспомогательных учреждениях в 1992–2021 годы. При сборе материала был использован метод выкопировки сведений из материалов СМЭ с последующим занесением в разработочную карту программы Statistica 10.0 с помощью которой выполнялись все расчёты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В качестве экспертных учреждений по «врачебным делам» в 2012–2021 годы наряду с традиционными Бюро СМЭ появились новые участники в лице частных компаний и созданного в 2020 году ФГКУ «Судебно-экспертный центр следственного комитета Российской Федерации» на которые за анализируемый период пришлось 13,3% от всех экспертиз. Среди инициаторов СМЭ первое место занимали органы следствия и дознания в системе МВД России и следственный комитет – 58,5%, на долю судебных решений о назначение СМЭ приходилось 41,5%. Чаще всего фигурантами по происшествиям в родовспомогательных медицинских учреждениях были акушеры-гинекологи – 60,3%, второе место заняли неонатологи – 22,4%, на третьем анестезиологи-реаниматологи – 10,4%, доля хирургов, урологов, терапевтов и других специалистов оказалась наименьшей – 6,9%. Возраст специалистов на момент совершения «врачебной ошибки»: группа 25–29 лет – 27%, группа 30–44 лет – 9% группа 45 и старше – 64%. Смерть женщины была причи-

ной назначения СМЭ в 34 (64,2%) случаях, родовая травма матери в 2; смерть ребёнка в 15 (28,2%), родовая травма ребенка в 2 случаях. Число СМЭ проведено по постнатальной смерти ребенка – 53,3%; антенатальной – 33,3%, интранатальной – 13,3%. При случаях материнской смертности, по которым проводилась СМЭ: акушерские кровотечения различной этиологии составили – 30,2%, преэклампсия+эклампсия – 7,5%, экстрагенитальные заболевания у беременных и родильниц инициировали 28,3% экспертиз. Пальма первенства в причинах смерти женщин у анестезиологов досталась трудной интубации – 3,8%. Выводы экспертов «Имелась прямая причинная связь между допущенными врачебными ошибками и наступлением неблагоприятного исхода» составили 18,9% от всех сделанных выводов, причём такой вывод был в 1,8 раза чаще по объекту экспертизы «ребенок». Другие выводы разделились так: «При оказании медицинской помощи не было допущено врачебных ошибок – 9,4%»; «Имелись некоторые недостатки в организации медицинской помощи, которые не могли повлиять на исход случая – 28,3%»; «Имелись недостатки в медицинской помощи, которые при определенных условиях могли повлиять на исход случая – 43,4%».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из-за роста в стране «врачебных дел» требуется единообразие понимания и трактовки законодателем и правоприменителем статуса такого процессуального документа как «рецензия специалиста» и необходимы их чёткие разъяснения по неоднозначному выводу СМЭ: «Имелись недостатки в медицинской помощи, которые при определенных условиях могли повлиять на исход случая», дающий повод пациентам для длительного сутяжничества с медицинскими учреждениями. Внедрение данных изменений позволит не только повысить качество проводимых судебно-медицинских экспертиз, существенно снизить их количество и оградить суды от принятия ошибочных решений, а врачей от назначаемой роли преступников.

РАБОТА ГОРОДСКОЙ КОМИССИИ ПО ОТБОРУ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ БЕСПЛАТНОГО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОДНОЙ ПОПЫТКИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Дражина О.Г., Савицкая В.М., Пацеев С.В., Басалай Т.К., Карпович О.Н., Матюшкова С.А., Заренок Е.А., Коротких О.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска

Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Региональные комиссии по отбору пациентов для бесплатного предоставления одной попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в Беларуси начали действовать с начала 2021 года. Необходим анализ их работы для оптимизации оказания помощи бесплодным парам, определения нуждаемости региона в «бюджетных» ЭКО, правильного распределения средств и усилий государства на решение демографической проблемы. Сложность состоит в четкой работе согласно законодательству и документов, утвержденных Министерством здравоохранения республики, адекватном отборе пар с установленным диагнозом бесплодие, прошедших обследование и лечение на предыдущих этапах.

ЦЕЛЬ

Провести анализ результатов работы городской комиссии по отбору пациентов для бесплатного предоставления одной попытки ЭКО, выявить возможные недостатки для оптимизации деятельности службы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ документации Минской городской комиссии по отбору пациентов для бесплатного предоставления одной попытки ЭКО за 2021 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комиссией было принято более 87% положительных решений, пары направлены в учреждения здравоохранения для выполнения ЭКО.

Выявлено, что супружеские пары при обращении в комиссию обследованы и пролечены на предыдущих этапах не в полном объеме. Чаще всего отсутствовали данные обследования на эндометрит, как возможную причину бесплодия. При наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии обследование у специалистов было проведено не в полном объеме. При изменениях в спермограмме мужья не были обследованы или пролечены у уролога. Не предлагались доступные консервативные методы лечения. Не были предложены другие методы преодоления бесплодия, прежде всего внутриматочная инсеминация спермой супруга. Отсутствие согласно регламентирующим документам обследований и лечения по поводу бесплодия явилось причиной повторных обращений в комиссию супружеских пар. Ретроспективно выявлены случаи наступления беременности (3% обратившихся) после выполнения рекомендаций комиссии без использования ЭКО.

В городскую комиссию по отбору пациентов для бесплатного предоставления одной попытки ЭКО обратилось в два раза меньше пар, чем было запланировано на 2021 год. Возможно, низкое число обращений связано с эпидемиологической ситуацией по новой короновирусной инфекции и относительной доступностью ВРТ у столичных жителей (наличие различных медицинских центров и их успешной деятельностью в течение более 25 лет). На основании проведенного анализа откорректировано количество пар, возможно планируемых к направлению на региональную комиссию в 2022 году.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение анализа позволяет выявить недостатки работы по отбору пациентов для бесплатного предоставления одной попытки ЭКО, установить обратную связь с амбулаторным звеном для улучшения ведения бесплодных пар, сокращении времени обследования и лечения. По данным работы комиссии возможно оценить нуждаемость региона в «бюджетных» ЭКО для расчета необходимых средств на перспективу.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ COVID-19 НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Михайлова Ю.В., Чепурченко Н.В., Обрядина А.П.

ООО «НПО «Диагностические системы»
Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тромбозы у больных COVID-19 могут быть обусловлены появлением антифосфолипидных антител (аФЛ), которые также являются маркерами антифосфолипидного синдрома (АФС). Одними из основных лабораторных критериев АФС являются антикардиолипиновые антитела (аКЛ), антитела к β2-гликопротеину 1 (аβ2-ГП1), а также к фосфотидилсерину/протромбину(аФС-ПТ).

Вместе с тем, беременность увеличивает риск тромбоэмболических осложнений, а COVID-19 может усилить гиперкоагуляцию у беременных, подвергая их еще большему риску тромбоэмболии.

ЦЕЛЬ

Разработать ИФА-тесты для определения маркеров АФС и определить частоту выявления трех типов аФЛ у женщин репродуктивного возраста на разных стадиях COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 112 женщин в возрасте 19–46 лет с диагнозом COVID-19: 68,5% со среднетяжелой; 26,2% с легкой; 3,0% с тяжелой и 2,3% с бессимптомными формами заболевания. Больные в острой фазе COVID-19 проходили лечение в стационаре ПОМЦ (Н.Новгород). Реконвалесценты (доноры ООКСПК, Оренбург) были обследованы трижды с интервалами в 2,5–3 мес. Контрольная группа – образцы сыворотки крови доноров, собранные до ноября 2019 г. (n=60). Предшествующего диагноза АФС в анамнезе всех обследованных лиц не было.

Для определения аКЛ, аβ2-ГП1, аФС-ПТ классов IgA, M, G на базе ООО «НПО «Диагностические системы» были разработаны и валидированы в соответствии с российскими и международными рекомендациями наборы реагентов на основе непрямого двухстадийного ИФА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В контрольной группе отмечена одинаково низкая встречаемость различных аФЛ (1,7–3,3%). У больных COVID-19 в острой фазе обнаружен, по крайней мере, один маркер АФС. У 20,8% пациентов выявлено более одного, у 25,0% – более двух типов аФЛ. Так, около 1/3 женщин, больных COVID-19, имели высокую вероятность возникновения тромбозов. Мониторинг профиля выявляемых аФЛ у реконвалесцентов показал смену доминирования аФС-ПТ IgG и аКЛ IgM в первые 6 месяцев на аКЛ IgG в дальнейшем (28,3% от всех аФЛ). Отмечен резкий рост аКЛ IgA через полгода от постановки диагноза. Доля больных с наличием аФС-ПТ и отсутствием других аФЛ составила 6,7%. Не установлено достоверных различий во встречаемости каких-либо аФЛ в зависимости от тяжести COVID-19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наравне с другими инфекциями COVID-19 является триггером выработки аФЛ. У 57,6% обследованных обнаружен как минимум один тип аФЛ. Большинство аФЛ могут являться транзиторными и циркулировать кратковременно, не исключая риск развития тяжелого тромбо-воспалительного поражения у женщин при COVID-19 и в постковидном периоде.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОК 3-ГО И 5-ГО КУРСА СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Свидинская Е.А., Калан Ю.А., Огадерова Н.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Репродуктивное поведение молодежи значительно изменилось в последние десятилетие, всё чаще рождение первого ребенка откладывают до 30 – 35 лет, вместе с тем средний возраст начала половой жизни в России – 16 лет. Таким образом большинство девушек нуждается в надежной контрацепции как минимум 15–20 лет своей жизни.

ЦЕЛЬ

Определить предпочитаемые методы контрацепции среди студенток 3 и 5 курса ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) и оценить уровень информированности в вопросе планирования беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено анонимное онлайн анкетирование среди девушек 3 и 5 курсов Сеченовского Университета. Проанализировано 360 анкет (заполненных на платформе «Яндекс.Формы») студенток в возрасте от 19 до 24 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучены анкеты 176 студенток 3-го курса и 184 студенток 5-ого курса. Большинство студенток 3 курса (72,2%) и 83,8% 5 курса имели опыт сексуальных отношений; у 60% девушек был постоянный половой партнер, 4,5% девушек 3 курса и 13,5% студенток 5 курса состояли в зарегистрированном браке, у 17,6% постоянного полового партнера не было. Беременность в течение ближайшего года планировали только 15(4%) девушек, для остальных актуален вопрос надежной контрацепции. При выборе метода контрацепции в паре совместное решение с половым партнером принимали около половины девушек, более 20% девушек выбирали метод контрацепции самостоятельно. Информацию о подходящем контрацептиве 27% девушек 3 курса и 34% студенток 5 курса искали самостоятельно (интернет-ресурсы, форумы и т.д.), около 20% консультировались с врачом, 15% прислушивались к советам подруг, 15% изучали специальную медицинскую литературу. Наиболее популярным методом контрацепции у студенток 3 оказался – барьерный метод, им пользуется 39,6% пар, также 16,7% пар предохраняется посредством прерванного полового акта, 10,8% используют гормональную контрацепцию. Основным способом предохранения от нежелательной беременности у студенток 5 курса также был барьерный метод – 46% девушек и прерванный половой акт -20,3% пар; 15,3% использовали гормональную контрацепцию. При анализе уровня знаний о подборе контрацептивов 11,4% опрошенных 3 курса не владеют информацией о методе контрацепции, использующейся в данный момент; 48,3% девушек считают, что им нужна дополнительная информация в выборе оптимального метода контрацепции. Среди студенток 5 курса подавляющее боль-

шинство владеет всей необходимой информацией, и только 5% опрошенных нуждаются в дополнительных знаниях. Большинство студенток (60%) оказались довольными выбранным методом предохранения от нежелательной беременности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными методами контрацепции среди студенток 3 и 5 курса являются барьерный метод и прерванный половой акт, гормональные методы контрацепции используются редко (около 10% опрошенных), опыта использования внутриматочных контрацептивов и спермицидов не было. Учитывая то, что опрос проводился среди студенток медицинского вуза, нас удивил выбор прерванного полового акта в качестве популярного метода контрацепции Необходимо отметить, что 75% студенток 5 курса владеют необходимой информацией о методах контрацепции, среди студенток 3 курса около половины опрошенных (48,3%) нуждаются в дополнительной информации. Мы связали это с тем, что студенты на 4–5 курсах проходят курс по акушерству и гинекологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ СИСТЕМЫ НМО ДЛЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЗА 2021–2022 ГГ

Серов В.Н., Баранов И.И., Нестерова Л.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) входит в состав Координационного совета по развитию НМО (Совет НМО) и осуществляет экспертную оценку поданных в комиссию по оценке соответствия учебных мероприятий и материалов для НМО установленным требованиям заявок на все образовательные мероприятия по специальности – акушерство- гинекология для присвоения им определенного количества зачетных единиц (баллов, кредитов). Непрерывность и преемственность повышения квалификации акушеров-гинекологов определена требованиями интеграции непрерывного медицинского образования (НМО) и непрерывного осуществления профессиональной врачебной деятельности. Акушеры-гинекологи продолжают обучение в системе НМО, участвуя в конгрессах, форумах, конференциях, семинарах и других образовательных мероприятиях, получивших экспертную оценку рецензентов Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ).

ЦЕЛЬ

Провести анализ рецензирования экспертами РОАГ образовательных мероприятий для НМО за период сентября 2021 по сентябрь 2022 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все заявки по акушерству – гинекологии и ее субспециальностям, поступившие в Совет НМО, проходят рецензирование экспертами РОАГ. Рецензирование проводится на основе требований, установленных Советом и осуществляется в системе рассмотрения заявок на сайте Совета НМО. Критерии оценки делятся на основные и факультативные. Основными критериями оценки образовательных мероприятий являются: научная достоверность и сбалансированность программы; отсутствие признаков ангажированности; соответствие программы образовательным целям; соответствие программы мероприятия указанной целевой аудитории; соответствие опыта лекторов тема; соблюдение этических требований; использование методов активного обучения; наличие механизмов контроля присутствия. И факультативный критерий – наличие механизмов контроля полученных знаний. Вся процедура оценки проводится исключительно на безвозмездной основе для всех участников.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С сентября 2021 года по август 2022 экспертами РОАГ была рассмотрены 743 заявки на аккредитацию форумов, конференций, конгрессов, семинаров, вебинаров, лекций, школ, мастер-классов, сессий и др. При том, что ранее, в среднем, ежегодно рассматривалось более 200 заявок, что может объясняться активным, более доступным и менее затратным для широкой аудитории врачей использованием онлайн – технологий.

При анализе проведенных рецензирований были отклонены 8 заявок (1,6%) на образовательные мероприятия (ОМ) из-за отсутствия образовательного содержания и несоответствия опыта лекторов, непрофильных мероприятий. 15 заявок (2,1%) возвращались на доработку, в основном, из-за неправильного оформления программы, несоответствия программы заявленной специальности, целевой аудитории, образовательной цели и др. Отмечались следующие проблемы рецензирования: возможность объективной оценки мероприятий по представленным программам, соблюдение сроков рецензирования; в ряде случаев наблюдалось отсутствие конфликта интересов, реальный учет присутствия и контроль знаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ прошедших рецензирование экспертами РОАГ образовательных мероприятий по НМО за период с сентября 2021 по сентябрь 2022 г., показал почти троекратное увеличение ежегодно проводимых образовательных мероприятий по специальности, прошедших рецензирование РОАГ и определил необходимость дальнейшего совершенствования существующей системы рецензирования ОМ.

ИЗМЕНЕНИЕ БРАЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В ТЕЧЕНИЕ ВТОРОГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ XXI ВЕКА

Талипова И.Р.

Казанский Государственный Медицинский Университет
Казань

АКТУАЛЬНОСТЬ

В современном обществе наблюдается значимое изменение брачного поведения жителей России, о чем свидетельствуют имеющиеся демографические данные. Меняются репродуктивные установки молодежи: желание получить образование, построить карьеру, заниматься саморазвитием и самореализацией выходят на первый план, тем самым отодвигая планы о создании семьи – на второй. За последние десятилетия происходит значительное преобразование отношения общества к брачному поведению в целом. Так, происходит увеличение возраста вступления в брак и возраста матери при рождении детей, а сожительство без регистрации брака, рождение детей вне брака, разводы, а также повторное вступление в брак становятся все более распространенными.

ЦЕЛЬ

Целью нашего исследования стало изучение особенностей семейной организации общества в России на примере многонациональной республики Татарстан в динамике десяти лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На официальных сайтах федеральной службы государственной статистики, республиканского медицинского информационно-аналитического центра и управления записи актов гражданского состояния кабинета министров республики Татарстан были изучены статистические показатели, связанные с брачным поведением населения: общий коэффициент брачности, общий коэффициент разводимости, соотношение браков и разводов, а также возраст вступления в брак жениха и невесты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За проанализированный период времени в республике произошли значительные изменения в показателях, связанных с формированием семей. Так, в 2010 году на 1000 жителей республики приходилось 8,3 зарегистрированных браков, тогда как в 2019 году этот показатель значительно снизился – до 6,2 ‰. В общем коэффициенте разводимости наблюдалась небольшая положительная динамика: в 2019 году на 1000 жителей стало приходилось 3,4 развода по сравнению с 3,7 разводами десятилетием ранее. Для более наглядной картины можно привести следующий показатель – соотношение браков и разводов. В Татарстане в 2010 году на 1000 браков приходилось 444 развода, а в 2019 году это значение выросло до 551 разводов на 1000 браков. Иными словами, распадается более половины семей, что, конечно же, является негативной тенденцией, ведь разводы являются индикатором нестабильности семей.

Также сдвиги имеются и в возрасте вступления в брак как мужчин, так и женщин, то есть можно говорить о так называемом «взрослении браков». В начале 2010-х годов девушки чаще выходили замуж в возрастном промежутке от 18 до 24 лет,

тогда как к концу десятилетия преобладающий возраст заключения брака переместился в более возрастной промежуток: от 25 до 34 лет. Среди мужчин на протяжении всего десятилетии преобладали браки в возрасте от 25 до 34 лет, однако наблюдалось явное уменьшение к концу десятилетия интенсивности заключения браков молодыми людьми в возрасте от 18 до 24 лет и значительное его увеличение в возрасте от 25 до 34 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного анализа мы можем предполагать, что если выявленная тенденция к сдвигу возраста заключения браков в сторону более позднего возраста, снижение общего коэффициента брачности и рост соотношения браков и разводов будет продолжаться, то это может повлечь за собой серьезные демографические и социальные проблемы. Ведь именно от брачного поведения населения зависит уровень рождаемости в стране, снижение которого, в свою очередь, может привести к старению нации и дисбалансу между работающими людьми и пенсионерами. Кроме того, от уровня брачности и разводимости напрямую зависит семейная структура населения, распространенность одиночества в средних и старших возрастных группах. Таким образом, для более детального анализа требуются глубокие исследования с изучением репродуктивных установок и репродуктивного поведения современной молодежи с последующим принятием мер государственными органами по расширению программ по поддержке и стимулированию молодых семей.

ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ

ТЕМАТИКА: АКУШЕРСТВО

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Андреева М.В., Неклюдова А.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Операция кесарева сечения (КС) относится к числу самых распространенных хирургических вмешательств, и частота ее растет. За период с 2016–2020 г. частота КС в России увеличилась на 9% (2016 г. – 27,9%; 2020 г.- 30,4%). Родоразрешение путем операции КС не является физиологическим для женского организма и вызывает у родильниц нарушения психической сферы, процессов адаптации, снижение реактивности организма, в том числе, нервной системы, особенно вегетативной регуляции, что в конечном итоге может привести к снижению качества жизни пациенток.

ЦЕЛЬ

Оценить влияние комплексной профилактики послеоперационных осложнений после КС на качество жизни женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 100 родильниц после КС в раннем послеоперационном периоде. Они были разделены на 2 клинические группы. В 1 группу (основную) вошли 50 пациенток. Им проводилась традиционное ведение послеоперационного периода в комплексе с квантовой терапией (КТ). Группу сравнения (2 группа) составили 50 родильниц с традиционным ведением послеоперационного периода, без применения КТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования выявлено, что среди осложнений беременности в группах исследования преобладали: угроза преждевременных родов (1 группа – 12,0%; 2 группа – 13,5%); гипертензивные расстройства во время беременности (1 группа – 8,0%; 2 группа – 15,4%) и гестационная анемия (1 группа -15,4%; 2 группа – 13,5%). Основным показанием к КС в 1 и 2 группах был несостоятельный рубец на матке после одной/двух операций КС. Нормализация показателей крови - количества лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, уровня СРБ, СОЭ, свидетельствующих о воспалительном процессе в организме, происходила к 3 дню послеоперационного периода в основной группе, в группе сравнения – к 5 дню ($p<0,05$). На основании результатов анкетирования у родильниц основной группы на фоне КТ ко дню выписки произошло статистически значимое улучшение показателей качества жизни по 4 основным категориям: физическая активность (1,7 балла, $p<0,05$), психическое состояние (2,1 балла, $p<0,05$), социальное функционирование (1,3 балла, $p<0,05$), ролевое функционирование (1,21 балла, $p<0,05$). В группе сравнения улучшение показателей качества жизни у родильниц выявлено только по первым двум основным категориям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показали, что комплексная профилактика послеоперационных осложнений с включением КТ у родильниц с первых суток после КС приводит к более благоприятному течению послеоперационного периода и улучшению качества их жизни.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Дражина О.Г., Гайдаленок А.А., Раевская Ж.Г., Григорьева Н.Н., Варлыго О.К., Волчок Н.В., Савицкая В.М.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Изменение подходов в ведении послеродового периода требует на современном этапе ранней выписки пациенток. Однако проблема осложнений этого периода остается актуальной. Предложен ультразвуковой скрининг для выявления патологии и донозологических форм с целью профилактики гнойно-воспалительных заболеваний.

ЦЕЛЬ

Определить эффективность проведения ультразвукового исследования органов малого таза в послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты ультразвукового (трансабдиминального) исследования органов малого таза и мягких тканей передней брюшной стенки у родильниц в акшерском физиологическом отделении перинатального центра третьего уровня на 3 сутки после родов и 4 сутки после операции Кесарево сечение за последние три года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из акушерского физиологического отделения в 2019 г. выписано 3666 пациенток, 2020 г. – 3068, 2021 г. – 2228. Снижение количества родильниц связано со снижением рождаемости, а так же временным переводом роддома в инфекционный стационар во время эпидемии новой короновирусной инфекции. При исследовании в послеродовом периоде выявлялись ультразвуковые признаки субинволюции матки, гематометры, гематоцервикса, лохиометры, остатков плацентарной ткани и оболочек, гематом послеоперационных рубцов на матке и передней брюшной стенке, миомы матки, образований придатков. Патология по результатам обследования установлена у 33% родильниц в 2019 г., 37% в 2020 г., 38% в 2021 г., что указывало на обоснованность направления пациентов на эхоскопию. Выявление по данным исследований донозологических форм позволило своевременно оказать помощь родильницам, не допустить развития гнойно-воспалительных заболеваний. Ранняя выписка (на 3 сутки после родов и 5 сутки после операции Кесарево сечение) после проведения ультразвукового скрининга составила: 28% в 2019 г., 36% в 2020 г. и 25% в 2021 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансабдоминальная эхоскопия становится альтернативой рутинному влагалищному осмотру послеродовых женщин, в первую очередь для ранней выписки на 3 сутки после родов и 5 сутки после операции Кесарево сечение. Проведение ультразвукового скрининга в ранние сутки после родов позволяет выявить донозологические формы и своевременно начать лечение с целью предотвращения развития гнойно-воспалительных заболеваний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЦЕРВИКОМЕТРИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫМ ПАЦИЕНТАМ С РИСКОМ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мицкевич Е.А.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Витебск

АКТУАЛЬНОСТЬ

С целью совершенствования диагностики истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) рабочей группой ISUOG в 2015 г. было предложено пациентам с высоким риском ИЦН периодически выполнять ультразвуковую цервикометрию. Экспертная группа ESHRE в 2017 г. определила, что исследования в группе риска можно выполнять с любого срока гестации с кратностью 1 раз в 2 недели, что позволит своевременно диагностировать укорочение шейки матки и выбрать наиболее эффективный метод лечения. Ожидаемая польза и востребованность динамической ультразвуковой цервикометрии (ДУЦ) диктуют необходимость определить показания и эффективность процедуры.

ЦЕЛЬ

Цель – определить показания и эффективность динамической ультразвуковой цервикометрии для беременных пациентов с риском ИЦН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено в учреждениях здравоохранения г. Витебска (Республика Беларусь) в 2018-2022 гг. Основную группу составили 93 пациента с риском ИЦН, которым в течение беременности выполнялась ДУЦ. 50 беременных женщин (контрольная группа) были обследованы в соответствии с национальными клиническими протоколами и не подвергались ДУЦ. К индивидуальным факторам риска ИНЦ относили: преждевременные роды в анамнезе; ИЦН в анамнезе; ⩾2 медицинских аборта или вакуум аспирации в анамнезе; дисплазия шейки матки в анамнезе; ДЭЭ в анамнезе; ⩾3 инструментальных расширений цервикального канала в анамнезе; гиперпролактинемия; нарушения менструальной функции; НДСТ тяжелой степени. С 14 до 34 недель 1 раз в 2 недели гестации выполняли ДУЦ трансвагинальным и транслабиальным доступами по методике ISUOG (2015) с авторскими дополнениями. Исходы беременности и родов для матери и ребенка оценены проспективно и ретроспективно. Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA (12.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 93 пациентов основной группы у 78 (83,9%) произошла реализация цервикальной недостаточности. 24 пациента основной группы, длина шейки матки которых в течение беременности достигла критических 15 мм, при первом исследовании имели значимо меньшую длину шейки матки – 34,3 мм ($p \leqslant 0,05$). Этих беременных характеризовали такие критерии риска как ИЦН в анамнезе (66,7%) с относительным риском ОР=3,6, фенотипические проявления НДСТ тяжелой степени (41,7%) с относительным риском ОР=2,9. Наличие у пациента этих двух факторов риска (ОР=4,6) в сочетании с длиной шейки матки 34,3 мм в 14 недель гестации позволяет прогнозировать прогрессивное течение ИЦН и планировать своевременное выполнение серкляжа. В основной группе отмечены положительные тенденции к сокращению количества посещений врача в женской консультации во время беременности, количества сонографических исследований плода, продолжительности одного случая временной утраты нетрудоспособности. Применение ДУЦ повлияло на снижение числа преждевременных родов (29,0% и 38,0% в группах исследования соответственно ($p=0,274$)), снижение заболеваемости новорожденных (77,4% и 84,0% в группах исследования соответственно ($p=0,351$)), увеличение количества детей, выписанных из акушерского стационара домой, на 16,0%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие у пациента ИЦН в анамнезе и НДСТ тяжелой степени являются наиболее важными показаниями к ДУЦ. Эти факторы риска в сочетании с длиной шейки матки 34,3 мм и менее в 14 недель гестации являются строгими предикторами ИЦН и позволяют прогнозировать потребность в серкляже. Выполнение ДУЦ у беременных с ри-

ском ИЦН более эффективно в сравнении с эпизодическими исследованиями шейки матки: число преждевременных родов снизилось на 29,6%, заболеваемости новорожденных – на 41,7%.

ЗНАЧИМОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО СРАВНЕНИЮ С УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Оганян К.А., Беспалова О.Н.

1. *Медицинский факультет СПбГУ*
2. *ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта*

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Как известно беременные женщины с подтвержденным бактериальным вагинозом (БВ) относятся к группе высокого риска развития таких акушерских осложнений, как преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды, хориоамнионит и послеродовый эндометрит, при этом бактериальный вагиноз у 60% беременных женщин протекает бессимптомно. Как известно, бактериальный вагиноз – это дисбактериоз влагалища, в основе которого лежит нарушение микробиоценоза. При бактериальном вагинозе происходит изменение качественного и количественного состава вагинальной микрофлоры, на фоне резкого снижения или полной элиминации лактобацилл увеличиваются колонии Gardnerella vaginalis и грамотрицательных анаэробных бактерий. Также известна и весомая роль условно-патогенной флоры в развитии осложнений беременности, в частности, преждевременных родов, которая по разным данным составляет 20–40%.

ЦЕЛЬ

Оценить значимость бактериального вагиноза в развитии преждевременных родов по сравнению с условно-патогенной флорой, выделенной из мочеполовых путей беременных женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего было обследовано 339 беременные женщины, у которых произошли спонтанные преждевременные роды при сроках беременности 22-36 6/7 дней, из них 40 (11,8±1,8%) с многоплодной беременностью. Материалами для исследования служили вагинальный секрет и моча беременных женщин. Для выделения и идентификации микрофлоры использовались бактериологические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В вагинальном секрете беременных женщин, у которых произошли спонтанные преждевременные роды, были выделены Gardnerella vaginalis – в 6 (1,8±0,7%) случаях и условно-патогенная флора в 119 (35,1±2,6%) случаях, при этом стрептококки группы B (СГВ) были выделены в 10 (8,4±2,5%), стрептококки группы D (СГД) – в 13 (10,9±2,6%), Escherichia coli - в 4 (3,4±1,7%), Candida sp. – 29 (24,4±3,9%), Corynebacterium sp. – 9 (7,6±2,4%), Ureaplasma sp. – в 54 (45,4±4,6%) случаях. Из мочи этих женщин условно-патогенная флора была выделена в 112 (33,0±2,6%) случаях, при этом стрептококки группы D были выделены в 14 (12,5±3,1%), Стрептококки группы B - в 11 (9,8±2,8%), Escherichia coli - в 21 (18,8±3,7%), Corynebacterium sp. - в 28 (25,0±4,1%), Ureaplasma sp. – в 38 (33,9±4,5%) случаях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование показало, что роль бактериального вагиноза незначима в развитии преждевременных родов по сравнению с условно-патогенной флорой ($p < 0,05$). При этом, достоверно чаще преждевременные роды происходили у беременных женщин, при колонизации половых путей Candida sp., Ureaplasma sp. и мочевыводящих путей Corynebacterium sp, Ureaplasma sp. ($p < 0,05$).

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА В ВЫБОРЕ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИЦН ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Оганян К.А., Беспалова О.Н.

1. *Медицинский факультет СПбГУ*
2. *ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта*

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) имеет многофакторный генез. Одним из известных причин развития ИЦН является инфекционный фактор. Существует 2 способа коррекции ИЦН: хирургический серкляж (трансвагинальный и трансабдоминальный) и разгружающий акушерский пессарий. При этом должны быть соблюдены определенные условия: отсутствие инфекции в мочеполовых путях и симптомов угрожающего выкидыша или преждевременных родов. Способ коррекции и сроки ее выполнения выбираются индивидуально, но должны проводится в период с 12 по 26 6/7 недель, согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ от 2021г.

ЦЕЛЬ

Оценить роль инфекционного фактора в выборе метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности, как профилактики преждевременных родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 313 беременных женщин с самопроизвольными преждевременными родами, из них 58 (18,5±2,2%) - с истмико-цервикальной недостаточностью. Материалами для исследования служили вагинальный секрет и моча беременных женщин. Для выделения и идентификации микрофлоры использовались бактериологические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременные женщины (58) с истмико-цервикальной недостаточностью были разделены на IV группы. Первую группу составили 12 (20,7±5,3%) беременных женщин, у которых коррекция ИЦН не была выполнена, так как в мочеполовых путях всех женщин была выделена рецидивирующая условно-патогенная флора в значимом количестве (после проведения антибактериальной терапии и санации влагалища) в сочетании с воспалительным типом мазка: Ureaplasma sp. - в 5 (41,7±14,2%), стрептококки группы В - в 3 (25,0±12,5%), E.coli - 4 (33,3±13,6%) случаях. Вторую группу составили 20 (34,5±6,2%) беременных женщин с хирургической коррекцией ИЦН (наложение трансвагинального серкляжа на шейку матки), у этих женщин условно-патогенная флора в значимом титре была выделена в 8 (40,0±11,0%) случаях, при этом Candida sp – в 1 (5,0±4,9%), Ureaplasma sp. – в 3 (15,0±8,0%), E.coli – в 1 (5,0±4,9%), Corynebacterium sp. – в 1 (5,0±4,9%) и Gardnerella vaginalis – в 2 (10,0±6,7%) случаях. Третью группу составили 19 (32,8±6,2%) беременных женщин, которым был установлен акушерский пессарий Арабин, из них у 11 (57,9±11,3%) из мочеполовых путей была выделена условно-патогенная флора: Ureaplasma sp – в 4 (21,1±9,4%), стрептококки группы В - в 2 (10,5±7,0%), Candida sp. – в 3 (15,8±8,4%) и Gardnerella vaginalis – в 2 (10,5±7,0%) случаях. Разгружающий акушерский пессарий был установлен после санации влагалища Четвертую группу - 7 (12,1±4,3%) беременных женщин, которым была применена как хирургическая коррекция ИЦН, так и акушерский пессарий, у этих женщин условно-патогенная флора из мочеполовых путей не была выделена. В I группе средний срок, при котором произошли самопроизвольные преждевременные роды составил 26,2 недели, во II группе - 35,5 недели, в III группе - 34,8 недели и в IV группе - 32,1 недели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, инфекционный фактор играет важную роль в тактике ведение беременности и в выборе способа коррекции при ИЦН. В I, II и III группе условно-патогенная флора была выделена, практически, у половины беременных женщин, включенных в исследование. Эффективность коррекции ИЦН, показали как хирургический метод, так и применение разгружающего акушерского пессария, но только после санации мочеполовых путей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО И ПАТОЛОГИЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Савицкая В.М., Шилова С.Д., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Дражина О.Г., Рубинштейн И.А., Лагуто С.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в акушерстве составляет от 0,5 до 2 на 1000 родов и является весьма актуальной проблемой. В настоящее время известно, что так называемые «ненулевые» группы крови как сами по себе, так и в совокупности с другими предрасполагающими факторами, представляют собой риск развития венозных тромбоэмболических осложнений. Установлено, что у носителей II (A), III (B) и IV (AB) групп увеличена активность фактора фон Виллебранда (vWF) и фактора VIII, а у обладателей I (0) группы снижена экспрессия гликопротеина IIb/IIIa на тромбоцитах и повышена активность фермента ADAMTS13, разрушающего гигантские мультимеры vWF. Каждый случай ВТЭО вне зависимости от локализации представляет собой серьезную проблему для лечащего врача. Это объясняется трудностями диагностики, а также особенностями проведения тромбопрофилактики и лечения ВТЭО во время беременности и в послеродовом периоде.

ЦЕЛЬ

Выявление связи между групповой принадлежностью крови по системе АВ0 и патологией системы гемостаза: количество тромбоцитов в периферической крови, уровень Д-димера и активностью фермента ADAMTS13 у беременных, родильниц и небеременных женщин (согласно литературным данным).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй 325 женщин за период 2018 - 2021 г.г. на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска. Из обследованных было 55 небеременных, 202 беременные, 31 женщина в раннем послеродовом периоде и 37 в позднем послеродовом периоде. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование данных пациентов. Для решения поставленных задач использовалась учебная и научная литература.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременность – известный фактор риска венозного тромбоза (увеличивает тромбогенный риск в 10 раз, распространенность во время беременности 3/1000) и у всех беременных женщин есть изменения в системе гемостаза, изменения сосудистой стенки и нарушения тока крови. Средний возраст обследованных пациенток составил 34,6 лет. Среди обследованных женщин первая беременность была у 25%, вторая – у 28,6%, третья – у 46,4%. При анализе массо-ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено, средняя масса тела перед наступлением беременности 68,4±1,9 кг, средний рост 167,6±0,9 см. Все они имели правильный тип телосложения. При сборе анамнеза экстрагенитальная патология диагностирована у 24 беременных, из которых заболевания мочевыделительной системы были самыми распространенными и составили 67%, лор-органов 25%, заболевания органов пищеварения 8%. Из обследования исключались пациентки с варикозной болезнью, наследственными тромбофилиями, полиморфизмом генов. У обследуемых женщин мы проанализировали факторы риска ВТЭО, существующие до беременности (перенесенные ранее ВТЭО, тромбофилия, экстрагенитальная патология, опухоли, возраст, ожирение); связанные с беременностью (преэклампсия, ЭКО, многоплодная беременность, оперативное родоразрешение, кровотечение, антенатальная гибель плода) и преходящие факторы риска (хирургические операции во время беременности и в послеродовом периоде, синдром гиперстимуляции яичников, вспомогательные репродуктивные технологии, длительная иммобилизация – более 3-х суток). Диагностический алгоритм выявления патологии системы гемостаза сводился к изучению лабораторных показателей гемостазиограммы. При анализе групповой принадлежности крови и гемостазиограммы (количество тромбоцитов в периферической крови и уровень Д-димера) нами выявлено, что у женщин со II (A), III (B) и IV (AB) группами крови содержание тромбоцитов и уровень Д-димера оказались

выше, чем у лиц с I (0) группой крови. По нашим данным и данным литературы мы изучили активность ADAMTS13 и количество тромбоцитов у обследуемых женщин с «ненулевыми» группами крови и пришли к выводу, что активность ADAMTS13 постепенно снижается с 12-16 недель беременности, а количество тромбоцитов наоборот увеличивается. У не рожавших женщин выявлена меньшая активность ADAMTS13, чем у рожавших, а у впервые беременных женщин уровень активности ADAMTS13 ниже, чем у повторно беременных. Результаты нашего исследования и данные литературы показывают, что изменение уровня протеазной активности во время беременности и послеродового периода, вызванное неопознанными механизмами, может сделать послеродовой период более уязвимым для развития венозных тромбоэмболических осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременность - фактор риска ВТЭО, однако в пределах 4–6 недель после родов опасность тромбоэмболических осложнений еще выше, чем во время беременности. При ведении беременной женщины необходимо учитывать не только факторы, предрасполагающие к развитию ВТЭО, но и ее групповую принадлежность крови по системе АВ0. У беременных со II (А), III (В) и IV (АВ) группами крови и отсутствием анамнеза, связанным с ВТЭО, рекомендуется клиническое наблюдение (с использованием объективных методов диагностики) и начало профилактики антикоагулянтами после родов. При наличии тромбоэмболических осложнений в анамнезе необходимо назначение антикоагулянтов с 12 до 36 недель беременности под контролем гемостазиограммы, обязательно учитывать уровень Д-димера, при необходимости следует перейти на введение низкомоллекулярных гепаринов.Для профилактики тромбоэмболических осложнений во время беременности, с учетом имеющихся факторов риска и перечисленных групп крови, следует использовать низкомолекулярные гепарины с ранних сроков беременности или нефракционированный гепарин до родов и в первые 10 дней послеродового периода с последующим переходом на антикоагулянты в течение месяца.

ТЕМАТИКА: ГИНЕКОЛОГИЯ

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА ПРИ ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ.

Андреева М.В., Рамазанова М.Р.

Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоград

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность пролапса гениталий достаточно велика и варьируется от 8% до 56,3% Больные с пролапсом гениталий составляют 15 % оперированных в гинекологических стационарах, рецидивы при этом возникают у 33-61,3% больных. В структуре гинекологических заболеваний в России пролапс гениталий занимает одно из первых мест, что составляет 28-38,9%. Элонгация шейки матки (ЭШМ) является малосимптомной стадией и/или частным проявлением пролапса гениталий, с которой на ранних этапах развития редко обращаются к врачу. Вместе с тем ЭШМ характеризуют определенные клинико-морфологические проявления, особенности течения, прогрессии и осложнения. Проблема элонгации шейки матки в последнее время встает достаточно остро в связи с тем, что в стационарах появляется все больше молодых женщин с нарушением качества жизни, связанной с ЭШМ (дискомфорт, чувство инородного тела в области промежности, невозможность половой жизни и связанная с этим психологическая травма).

ЦЕЛЬ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 10 пациенток в возрасте от 37 до 50 лет с элонгацией шейки матки, которым проводилась ампутация шейки матки. Контрольную группу составили 10 женщин в возрасте от 37 до 50 лет без признаков Пролапса гениталий, которым проводилась гистерэктомия абдоминальным доступом по поводу миомы матки. Все пациентки были сопоставимы по паритету родов. От каждой пациентки был получен биоптат шейки матки. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону и фукселином по Вейгерту. Изготавливались дополнительные неокрашенные срезы на полилизиновых стеклах и проводились иммуногистохимические реакции по стандартной методике с тепловой демаскировкой антигенов с использованием первичных антител к коллагену I и III.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В шейке матки с проявлениями элонгации возникает коллагенопатия, ведущая к нарушению архитектоники, топографии тканевых структур и определяющая морфофункциональную неполноценность шейки матки. Полученные нами данные не противоречат данным литературы о том, что при дисплазии соединительной ткани имеет место нарушение соотношения различных типов коллагена. Прогрессирование процесса связано с нарушением накопления и распределения коллагенов I, III и качественным нарушением коллагенообразования. Нарушение коллагенообразования с изменением соотношения и топографии изученных типов коллагена и с усилением их депонирования в экстрацел-люлярномматриксе и фибробластах, очевидно, определяет снижение опорной, формообразовательной, трофической функции соединительной ткани, снижение ее устойчивости при нагрузках.Совокупность и взаимосвязь этих процессов определяет тенденцию к прогрессированию неполноценности шейки матки, которая усугубляется факторами риска.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Жевлакова М.М., Русина Е.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Стрессовое недержание мочи (СНМ) у женщин является распространенным заболеванием, которое начинается в молодом возрасте и даже при легкой степени тяжести нарушает качество жизни пациенток. Первой линией терапии недержания мочи является тренировка мышц тазового дна (ТМТД), наиболее эффективная в режиме биологической обратной связи (БОС). Низкая эффективность самостоятельных занятий зачастую связана с нерегулярным и неправильным выполнением.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты ТМТД с БОС проводимых в режиме онлайн под контролем тренера в лечении СНМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение 17 пациенток 40,7±6,1 лет (31-53 лет) со СНМ легкой и средней степени тяжести методом дистанционных ТМТД с применением лазерного тренажера «Тюльпан» под контролем тренера в течение 3 месяцев. Тренер 1 раз в неделю в режиме видеоконференции обучал правильной методике ТМТД и следил за выполнением упражнений без напряжения мышц брюшного пресса, динамикой изменения амплитуды лазерного луча тренажера, отражаемого на стену. После совместной дистанционной тренировки пациентки выполняли ежедневные самостоятельные занятия по 30 минут в день в соответствии с разработанным планом упражнений. Проведена оценка эффекта ТМТД через 1 (n=17) и 3 месяца (n=12) по данным дневника мочеиспускания и кашлевому тесту. Выполнена статистическая обработка данных (¬StatTech 2.8.8; Exel 2019).

РЕЗУЛЬТАТЫ

До лечения положительный кашлевой тест выявлен у 11 из 17 (64,7 ±12%) участниц, через 1 месяц ТМТД остался положительным только у 4 (23,5 ±10,6%) (p=0,008). Через 1 и 3 месяца ТМТД по данным дневника мочеиспускания установлено уменьшение или отсутствие эпизодов СНМ (p <0,001 и p=0,046). На фоне ТМТД выявлено увеличение силы мышц тазового дна и амплитуды лазерного луча (p <0,001). После полного курса ТМТД отсутствие эпизодов СНМ было установлено при амплитуде лазерного луча 108 ± 18 см (p=0,028). Отсутствие эпизодов СНМ через 3 месяца ТМТД выявлено у всех пациенток в возрасте < 45 лет (p=0,033).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование телемедицинских технологий при ТМТД позволяет добиться хороших результатов в лечении СНМ. Главное преимущество - контроль тренера для поддержания мотивации и правильного выполнения упражнений без сокращения брюшных мышц. Наиболее эффективны ТМТД для женщин моложе 45 лет курсом не менее 3 месяцев. Для сохранения эффекта рекомендовано продолжить ТМТД.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ NT-PROBNP И ЭТ-1 У ЖЕНЩИН В СОСТОЯНИИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ

Милош Т.С.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно

АКТУАЛЬНОСТЬ

Естественная и хирургическая менопауза сопряжены с развитием сердечно-сосудистых катастроф.

ЦЕЛЬ

Исследование уровней NT-proBNP и ЭТ-1 у женщин в состоянии естественной и хирургической менопаузы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 90 женщин перименопаузального возраста, разделенных на три группы: I группа (30 женщин) с удалением яичников (УЯ) - возраст 44-57 лет, в анамнезе тотальная аднексэктомия с гистерэктомией либо изолированное УЯ, длительность менопаузы (МП) – давность операции от 1 года до 5 лет; наличие климактерических симптомов (КС). II группа обследования (30 женщин) – естественная менопауза (ЕМ): возраст 44-57 лет, аменорея 1 год и более, наличие КС, длительность МП – от 1 года до 5 лет, наличие КС. Контрольная группа - 30 женщин: возраст 43-55 лет, наличие менструаций, их средний возраст – 46 (44;50) лет, возрастная перестройка протекала без осложнений. Оценены в плазме крови ранняя кардиальная дисфункция по концентрации концевого фрагмента пептида-предшественника BNP (NT-proBNP) и дисфункция эндотелия кровеносных сосудов по уровню эндотелина (ЭТ-1) методом иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе SUNRISE TECAN, Австрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди женщин с УЯ возраст проведения операции составил 49,1±3,1 года, во II группе возраст наступления менопаузы – 49,2±3,3 лет, наличие климактерических симптомов (КС). Образцы крови были взяты у женщин с ЕМ в разгар клинических симптомов и у пациенток с УЯ спустя 6 месяцев после операции. Отмечено, что уровень NT-proBNP среди участниц с ЕМ увеличился на 37% (p=0,0034**) в сравнении с контрольными пациентками и был в 8,7 раз выше (p<0,001) в сравнении с женщинами с хирургической МП. Показатель NT-proBNP у женщин с длительностью постменопаузы более 1-5 лет был достоверно выше, чем у прооперированных пациенток с ранней постменопаузой. Установлено, что показатель ЭТ-1 у пациенток с УЯ был на 4,7% выше (p=0,0089**) в сравнении с контрольными и имелась тенденция к возрастанию в сравнении с женщинами с ЕМ. При этом у участниц с ЕМ значение ЭТ-1 выше на 3,2% (p=0,009**) в сравнении с интактными пациентками. Выявлено, что у женщин с УЯ уровень ЭТ-1 положительно коррелировал с NT-proBNP (p<0,001, r=0,605**), указывая на зависимость средней силы между этими показателями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлены изменения кардиальной и эндотелиальной дисфункции женщин с различными типами МП: рост показателя эндотелина -1 наиболее значимо среди пациенток с УЯ в сравнении с участницами с ЕМ. Обнаружено у пациенток с ЕМ повышение уровня NT-proBNP, с увеличением продолжительности климактерия, но независимый характер этой связи не подтвержден. Поэтому важно совместное многопрофильное ведение женщин в климактерии, чтобы обеспечить им индивидуальную профилактику сердечно-сосудистых нарушений в этот период.

При поддержке гранта БРФФИ №М21-158 от 01.07.2021.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Петровская Н.Н., Печеникова В.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эндометриоз яичников по данным литературы выявляют у 2 – 10 % женщин репродуктивного возраста. Одной из особенностей клинического течения заболевания является его рецидивирующий характер. В течение 5 лет после первого оперативного лечения рецидив возникает у 40 – 50 % пациенток и приводит к необходимости повторного хирургического вмешательства.

ЦЕЛЬ

Выявить клинические и морфологические факторы риска рецидива эндометриоза яичников у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 196 пациенток репродуктивного возраста, которым были выполнены органосохраняющие операции (овариоцистэктомии, резекции яичников) лапароскопическим доступом по поводу эндометриоидных кист яичников.

Во время хирургического вмешательства также выполняли иссечение всех обнаруженных очагов эндометриоза другой локализации, рассечение спаек. В зависимости от отдаленных результатов лечения, больные были разделены на две группы: основная – 45 женщин с рецидивом эндометриоза яичников и группа сравнения – 151 пациентка с отсутствием рецидива заболевания. У 48,87 % рецидив был диагностирован спустя 3–4 года после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток с рецидивом эндометриоза яичников составил 32,2 ± 6,1 лет и значимо не отличался от возраста женщин из группы сравнения (31,6 ± 7,0 лет). Для оценки степени влияния клинических и морфологических показателей на рецидивирование эндометриоза яичников, был использован логистический регрессионный анализ. В качестве предикторов использовались: дисменорея, диспареуния, повышенный уровень СА-125, повышенный уровень индекса ROMA, первичное бесплодие, различные операции на органах малого таза в анамнезе, не связанные с эндометриозом, наличие эндометриоидных гетеротопий на другом яичнике, маточной трубе, брюшине, крестцово-маточных связках, спаечный процесс, III степень эндометриоза яичников, железисто-кистозный вариант, морфологически активный тип эндометриоза, пролиферирующий тип эпителия, выстилающего эндометриоидную кисту, пролиферативные изменения клеток цитогенной стромы. При выполнении многофакторного логистического регрессионного анализа в пошаговом режиме из совокупности клинических и морфологических показателей выделено 4 предиктора, значимых в соответствии с критерием Вальда, совокупность которых обеспечивает наибольший вклад в развитие модели рецидива эндометриоза яичников. К этим предикторам относятся первичное бесплодие, операции на органах малого таза в анамнезе не связанные с эндометриозом, повышенный уровень онкобелка СА-125 и пролиферативные изменения клеток цитогенной стромы эндометриоза. Диагностическая эффективность построенной математической модели обладает чувствительностью 60 % и высокой специфичностью – 96 %. Предсказательная способность математической модели (точность) составляет 87,8 %, что является хорошей степенью информационной способности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, прогнозирование риска рецидива эндометриоидных кист яичников у женщин репродуктивного возраста требует разностороннего анализа клинических особенностей его течения, результатов морфологического исследования операционного материала. По результатам нашей работы, значение в прогнозировании риска рецидива эндометриоза яичников имеет сочетание у одной пациентки 4 признаков - первичное бесплодие, операции на органах малого таза в анамнезе не связанные с эндометриозом, повышенный уровень онкобелка СА-125 и пролиферативные изменения клеток цитогенной стромы.

ТЕМАТИКА: РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ)

Шумейкина А.О., Пасман Н.М.

Новосибирский Государственный Университет
Новосибирск

АКТУАЛЬНОСТЬ

В развитии СПКЯ ключевыми факторами является инсулинорезистентность и хроническое воспаление. Инсулинорезистентность чаще встречается у женщин с ожирением в анамнезе. Но СПКЯ диагностируется у женщин и с нормальным ИМТ. Общим в патогенезе СПКЯ и хронического эндометрита (ХЭ) является хроническое течение воспаления, что связано, во-первых, с персистированием в тканях инфекции, во-вторых, с иммунными нарушениями в организме. Персистирующие повреждения эндометрия создают условия для развития бесплодия. Именно это и предопределило необходимость изучения эффективности лечения бесплодия у женщин с СПКЯ и ХЭ.

ЦЕЛЬ

Проанализировать эффективность лечения бесплодия у женщин с СПКЯ и ХЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 43 истории болезни с диагнозом бесплодие, СПКЯ и ХЭ. Проведены общеклинические обследования. Помимо известных методов лечения дополнительно проводилось лечение ХЭ следующими методами: проведение фотодинамической терапии (ФТД) и введение макрофагальной среды. В зависимости от метода лечения ХЭ пациенты разделены на две группы: группа 1 – 17 пациентов возрасте от 15 до 35 лет, у которых проводилось лечение с использованием ФДТ и макрофагальной среды, группа 2 - контрольная группа, включающая 14 пациентов в возрасте от 19 до 32 лет, у которых данные способы лечения ХЭ не применялись.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В общей выборке ХЭ был выявлен у 31 женщин (72,1%). Нерегулярный менструальный цикл наблюдался у 35 пациентов (81,4%). По данным УЗИ у 32 пациенток (74,4%) выявлено поликистозное строение яичников. Установлено, достоверных значимых различий по возрасту у пациенток групп 1 и 2 не выявлено, 27,3 ± 7,7 и 27,1±3,6 для группы 1 и 2, соответственно. По индексу массы тела достоверных значимых различий у пациенток групп 1 и 2 не установлено, 22,7 ± 5,9 и 21 ± 2,1 соответственно.

В группе 1 беременность наступила у 11 (64,7%) пациенток, в группе 2 (контрольная группа) – у 3 (42,9%) женщин. Количественные данные исследования представлены с помощью описательной статистики: средних значений и стандартного отклонения, медианы и 1 и 3 квартиля распределения, качественные данные - в виде частот и процентов, непараметрический критерий Манна-Уитни, сравнение долей качественных показателей проводилось z-критерием равенства долей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты говорят о том, что применение ФДТ и введение макрофагальной среды приводит к лечению ХЭ, к более высокой эффективности лечения бесплодия у женщин с СПКЯ. Результаты указывают на взаимосвязь хронического воспаления с ХЭ и СПКЯ. Используя методы лечения ХЭ, можно повысить эффективность лечения СПКЯ и бесплодия.

ТЕМАТИКА: НЕОНАТОЛОГИЯ

ТЕЧЕНИЕ МЕКОНИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Камышанская Д.Н.

ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ

Саратов

Мекониальный перитонит – редкое заболевание (1:3000) с тяжелым клиническим течением,своевременная диагностика которого позволяет спасти жизнь новорождённого ребенка.

ЦЕЛЬ

Провести анализ течения мекониевого перитонита на примере двух клинических случаев с различными исходами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Медицинские карты стационарного больного (учетная форма № 003/у), история развития новорождённого(учетная форма 097/у). Клинический случай №1: Пациент в 1 сутки жизни переведен в Хирургический центр с диагнозом:» Кишечная непроходимость. Перфорация кишечника?» An.vitae: УЗИ в 20 недель: асцит, гепатоспленомегалия. Роды II, преждевременные в 36 недель 3 дня, масса 3900 г, рост 51 см, Оценка по Апгар 7-7 баллов. Клиника: резкое вздутие живота, болезненная пальпация, отсутствие перистальтики, по назогастральному зонду кишечное содержимое. Robследование-перфорации кишечника, УЗИ-асцит, гепатоспленомегалия. При дренировании -200 мл кишечного отделяемого желто-зеленого оттенка с примесью кала. Лапаротомия: При ревизии-большое количество мутного выпота, плоскостные спайки, на уровне терминального отдела подвздошной кишки-участок перфорации, выполнена резекция подвздошной кишки и выведена илеостома.

Заключительный диагноз. Внутриутробный разлитой фиброзно-адгезивный перитонит. Перфорация подвздошной кишки. Спаечная кишечная непроходимость. Клинический случай №2: Пациент в крайне тяжелом состоянии был переведен из Балашовской ЦРБ в ДХО с диагнозом :«ВУР перитонит? НЭК» Лапаратомия-большое количество геморрагического содержимого, участок некроза подвздошной кишки размером 3 см –выполнена резекция, выведена илеостома . В связи с длительностью транспортировки, объемом выполненного оперативного вмешательства, тяжелыми нарушениями связанными с недоношенностью(-срок гестации 35 недель) ребенок скончался через 36 часов. 1.Плохая ориентация в пренатальных ультразвуковых признаках перитонита, привело к несвоевременной постановке диагноза после рождения ребенка, что задержало проведение хирургического вмешательства. Во 2 случае привело к летальному исходу 2.Из-за спонтанной регрессией дефекта истинная частота перитонита в антенатальном периоде существенно выше, чем после рождения. 3.Поэтому чрезвычайно важно пренатальное выявление УЗ признаков мекониевого перитонита для точной постановки диагноза ещё до рождения и оказания оптимальной помощи в первые сутки жизни.

ВНУТРИВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ESCHERICHIA COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Сужаева Л.В., Макарова М.А.

ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера

Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНОСТЬ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) одни из самых распространенных бактериальных инфекций в детском возрасте, от них страдает около 7% детского населения планеты. Возбудителем ИМВП в 80% случаев является Escherichia coli - облигатный представитель микробиоты кишечни-

ка, обнаруживаемый в нем в первые часы после рождения. Структура вида Escherichia coli представлена семью филогенетическими группами, четыре из которых являются основными (A, B1, B2, D). Представители вида, обладающие факторами вирулентности (адгезинами, токсинами, сидерофорами и др.) способны вызывать заболевания внекишечной локализации (ИМВП, сепсис, менингит новорожденных и др.). Заселение кишечника ребенка штаммами, обладающими различным потенциалом патогенности, может быть сопряжено с видом вскармливания.

ЦЕЛЬ

Сравнить потенциал внекишечной вирулентности штаммов Escherichia coli, выделенных из микробиоты кишечника детей, находящихся на разных видах вскармливания (грудном, смешанном, искусственном).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом ПЦР с электрофоретической детекцией со специфическими праймерами к генам, кодирующим факторы вирулентности (пиелонефрит-ассоциированные пили, S-фимбрии, афимбриальный адгезин, аэробактин, альфа-гемолизин, цитонекротический фактор) и маркеры филогенетических групп, исследовано 104 штамма Escherichia coli, выделенные из микробиоты кишечника детей в возрасте от 1 до 6 месяцев. На грудном вскармливании находились 67 детей, на смешанном – 16 детей, на искусственном – 21 ребенок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследуемые штаммы принадлежали к четырем основным филогенетическим группам: A – 34,6%, B1 – 4,8%, B2 – 32,7%, D – 27,9%. Гены вирулентности были обнаружены у 64,4% штаммов. Они с разной частотой встречались у Escherichia coli различных филогенетических групп. Гены, кодирующие пиелонефрит-ассоциированные пили были выявлены у 13,9%, 0%, 41,2% и 41,4% ($\chi2$=10,440; df=3; p=0,015), S-фимбрии у 8,3%, 0%, 41,2% и 13,8% ($\chi2$=14,434; df=3; p=0,002), афимбриальный адгезин у 2,8%, 0%, 2,9% и 3,4% ($\chi2$=0,183; df=3; p=0,98), аэробактин у 27,8%, 0%, 20,6% и 10,3% ($\chi2$=4,398; df=3; p=0,222), альфа-гемолизин у 11,1%, 0%, 50,0% и 24,1% ($\chi2$=15,734; df=3; p=0,001), цитонекротический фактор у 8,3%, 0%, 41,2% и 10,3% ($\chi2$=15,959; df=3; p=0,001) штаммов филогенетических групп A, B1, B2 и D соответственно. Сочетанное присутствие генов вирулентности чаще выявляли в группе B2 (52,9%) по сравнению с другими группами (A(11,2%); B1(0%); D(24,4%)). У детей, находящихся на разных видах вскармливания, выявлены различия в структуре популяции Escherichia coli по филогенетическим группам ($\chi2$=14,564; df=6; p=0,024). Штаммы группы A обнаружены у 46,3% детей, находящихся на грудном вскармливании, и у 12,5 % и 14,3% детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании соответственно ($\chi2$=11,312; df=2; p=0,004). Штаммы группы B2 (наиболее нагруженные генами вирулентности и их сочетаниями) обнаружены у 23,9% детей находящихся на грудном вскармливании и у 56,3 % и 42,9% детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании соответственно ($\chi2$=7,386; df=2; p=0,025). Доли групп B1 и D значимо не отличались.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Распространенность детерминант внекишечной вирулентности неодинакова у Escherichia coli различных филогенетических групп. У представителей филогенетической группы B2 значимо чаще встречаются гены вирулентности и их сочетания. Доля штаммов филогенетической группы B2 в структуре популяции Escherichia coli, выделенных из микробиоты кишечника детей, находящихся на грудном вскармливании, статистически значимо ниже по сравнению с другими видами вскармливания. Это является дополнительным аргументом в пользу грудного вскармливания, как естественного и простого способа профилактики ИМВП.

ТЕМАТИКА: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ COVID-19 НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Михайлова Ю.В., Чепурченко Н.В., Обрядина А.П.

ООО «НПО «Диагностические системы» Нижний Новгород

Нижний Новгород

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тромбозы у больных COVID-19 могут быть обусловлены появлением антифосфолипидных антител (аФЛ), которые также являются маркерами антифосфолипидного синдрома (АФС). Одними из основных лабораторных критериев АФС являются антикардиолипиновые антитела (аКЛ), антитела к β2-гликопротеину 1 (аβ2-ГП1), а также к фосфотидилсерину/протромбину(аФС-ПТ). Вместе с тем, беременность увеличивает риск тромбоэмболических осложнений, а COVID-19 может усилить гиперкоагуляцию у беременных, подвергая их еще большему риску тромбоэмболии.

ЦЕЛЬ

Разработать ИФА-тесты для определения маркеров АФС и определить частоту выявления трех типов аФЛ у женщин репродуктивного возраста на разных стадиях COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 112 женщин в возрасте 19-46 лет с диагнозом COVID-19: 68,5% со среднетяжелой; 26,2% с легкой; 3,0% с тяжелой и 2,3% с бессимптомными формами заболевания. Больные в острой фазе COVID-19 проходили лечение в стационаре ПОМЦ (Н.Новгород). Реконвалесценты (доноры ООКСПК, Оренбург) были обследованы трижды с интервалами в 2,5-3 мес. Контрольная группа - образцы сыворотки крови доноров, собранные до ноября 2019 г. (n=60). Предшествующего диагноза АФС в анамнезе всех обследованных лиц не было. Для определения аКЛ, аβ2-ГП1, аФС-ПТ классов IgA, M, G на базе ООО «НПО «Диагностические системы» были разработаны и валидированы в соответствии с российскими и международными рекомендациями наборы реагентов на основе непрямого двухстадийного ИФА.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота выявления аФЛ среди обследованных групп. В контрольной группе отмечена одинаково низкая встречаемость различных аФЛ (1,7-3,3%). У женщин больных COVID-19 в острой фазе профиль выявленных аФЛ и частота обнаружения отличались значительными колебаниями. У всех обследованных лиц в данной группе был обнаружен, по крайней мере, один маркер АФС. У 20,8% пациенток выявлен более, чем один, у 25,0% – более, чем два типа аФЛ. Первое ранговое место по частоте обнаружения занимают IgG к β2-ГП1, КЛ и ФС-ПТ (38,3; 35,0 и 33,3% соответственно), на втором месте - аКЛ IgM (30,0%), наименьшая встречаемость показана для IgA к ФС-ПТ и β2-ГП1 (11,7 и 10,0% соответственно). Таким образом, около 1/3 женщин репродуктивного возраста с диагнозом COVID-19 имели высокую вероятность возникновения тромбозов. Не установлено достоверных различий в частоте обнаружения каких-либо аФЛ в зависимости от тяжести COVID-19.

Профиль аФЛ у реконвалесцентов COVID-19 на разных сроках от постановки диагноза. Динамическое исследование позволило оценить изменения в профиле аФЛ, которые превалируют у женщин на разных сроках после постановки диагноза COVID-19. В первые 6 месяцев лидирующие позиции занимали аФС-ПТ IgG и аКЛ IgM. На момент третьего сбора клинического материала у этих лиц резко начинали превалировать аКЛ IgG (30,0% от всех выявленных маркеров), что можно рассматривать как отсроченные последствия перенесенной инфекции или влияние других факторов, несвязанных с COVID-19. Следует отметить, что IgM к ФС-ПТ отсутствовали на ранних стадиях заболевания и появлялись только спустя 3,5 месяца от постановки диагноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наравне с другими инфекциями COVID-19 является триггером выработки аФЛ. У 57,6% обследованных обнаружен как минимум один тип аФЛ. Большинство аФЛ могут являться транзиторными и циркулировать кратковременно, не исключая риск развития тяжелого тромбо-воспалительного поражения у женщин при COVID-19 и в постковидном периоде.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМАТИКА: АКУШЕРСТВО

3 ОЦЕНКА КРОВОТОКА В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
Абдукаримова Н.Т.

4 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ, КАК ОТДЕЛЬНОГО ГЕСТАЦИОННОГО КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Азаматов А.Р., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Зуморина Э.М.

5 БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, НАСТУПИВШЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКО
Акимова А.А., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Клычева М.М., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

6 ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Андреева М.В., Неклюдова А.В.

7 МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СОСТАВ МОЧИ И ПРОТИВОМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА
Аржаных Я.В., Золотухин В.О., Батищева Г.А.

8 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ И МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ
Артымук Н.В., Марочко Т.Ю., Артымук Д.А., Марочко К.В., Парфенова Я.А.

9 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
Ахмадиев Э.Э.

10 ЗАВИСИМОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ОТ УРОВНЯ ТКАНЕВОЙ ПЕРФУЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Баев Т.О., Панова И.А., Назаров С.Б.

11 ВЛИЯНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ SARS-COV-2 ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Батищева Г.А., Хороших А.О., Кацура К.С., Аржаных Я.В.

12 ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИЯ СУЛЬФАТА С ПОЗИЦИИ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
Блаженко А.А. Беспалова О.Н.

13 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОЗДНИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Бреслав И.Ю.

14 МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У РОДИЛЬНИЦ С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ
Валдошова С.Ш., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.

15 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАСТВОРИМОГО ЭНДОГЛИНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Васильева М.Ю., Зазерская И.Е., Сельков С.А.

16 ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ У МАТЕРИ И ПЛОДА ПОСЛЕ ЛАЗРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ АНАСТОМОЗОВ СОСУДОВ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Курдынко Л.В.

17 ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С МАЛОВОДИЕМ, МАНИФЕСТИРУЮЩИМ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Воеводин С.М., Шеманаева Т.В., Серова А.В.

18 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Галкина Д.Е., Макаренко Т.А., Кириллова В.Е., Плохих А.А.

19 ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС В I ТРИМЕСТРЕ КАК ПРЕДИКТОР ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н.

21 ВАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ОБЩЕЙ И ФЕТАЛЬНОЙ ДНК В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Грачева М.И., Мирзабекова Д.Д., Тютюнник В.Л., Красный А.М.

22 РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ЗА И ПРОТИВ
Григорьева О.А., Беженарь В.Ф.

23 СРОК НАСТУПЛЕНИЯ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА. РЕШАЕМАЯ ИЛИ НЕРЕШАЕМАЯ ЗАДАЧА
Демидов В.Н., Машинец Н.В., Вахтеркина К.Г.

24 КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО (КАПРЛ) – ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО ТЕЧЕНИЯ У ПЛОДА И ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Тимошина И.В., Машинец Н.В., Филиппова Е.А., Козлова А.В.

25 НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫЙ РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ – ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТРОПЛАСТИКОЙ В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ
Земскова Н.Ю., Чечнева М.А., Лукашенко С.Ю., Буянова С.Н., Щукина Н.А.

26 КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КАК БАЗОВЫЙ КОМПОНЕНТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ
Зуморина Э.М., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Азаматов А.Р.

27 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА
Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Касатикова П.А.

29 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА GLIS1 С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА
Ижойкина Е.В., Гавриленко М.М., Куценко И.Г., Степанов И.А., Трифонова Е.А., Степанов В.А.

30 ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Камилова Н.М., Мамедова Г.С.

31 ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИОННОГО ФОНА НА ОСНОВНЫЕ ФАЗЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ
Камилова Н.М., Алиев Ч.С., Сафарова С.С.

32 МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА
Капустин Р.В., Коптеева Е.В., Алексеенкова Е.Н., Цыбук Е.М., Чепанов С.В., Шелаева Е.В., Аржанова О.Н.

33 МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Капустин Р.В., Коптеева Е.В., Алексеенкова Е.Н., Цыбук Е.М., Чепанов С.В., Шелаева Е.В., Аржанова О.Н.

34 СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ И ИСХОДЫ РОДОВ
Карась И.Ю., Неретина А.В., Зинец М.С., Халимова А.С., Довбета А.А., Карасева Ю.А.

35 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ В КУЗБАССЕ
Карась И.Ю., Ушакова И.А., Неретина А.В., Зинец М.С., Халимова А.С.

36 ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19
Каримов А.Х., Тухтабаев А.А., Тухтабаева Г.М.

37 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У ЖЕНЩИН ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2
Каримова Л.А., Надырханова Н.С.

38 ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕОМНОГО ПРОФИЛЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Кирьянова М.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.

39 ОБОЛОЧЕЧНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МАТЕРИ И ПЛОДА
Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Кодряну И.В.

40 ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ И КРОВЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ
Колесникова А.В., Шаклеин А.В., Лукша Е.Б., Шалыгин К.В., Степанова А.А.,Рогов Н.В., Пасман Н.М.

40 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В УМБИЛИКАЛЬНО-ПОРТАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЕ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Коптеева Е.В., Шелаева Е.В., Цыбук Е.В., Алексеенкова Е.Н., Капустин Р.В.

41 ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ
Корбут И.А., Адамович Д.М., Дундаров З.А., Захаренкова Т.Н.

43 РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Кормакова Т.Л., Иванова Н.А., Спириденко Д.А.

44 СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА РУБЦА ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Костина Е.А., Шатунова Е.П.

45 ОПЫТ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ САХАРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ РАННЕГО ТОКСИКОЗА И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ГЕПАТОПАТИИ
Крышня М.А., Мозговая Е.В.

46 РОЛЬ МИКРОБИОМА ВЛАГАЛИЩА В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ ОТ 22 ДО 28 НЕДЕЛЬ
Кузнецова Н.Б.[1], Дыбова В.С.[2]

47 АДАПТИВНАЯ РЕАКЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Кулик А.А., Лемещенко О.В., Рзянкина М.Ф., Якушева С.Ю.

48 ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ХОРИОАМНИОНИТА ПРИ КРАЙНЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Виктор С.А.

49 РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ СОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОДНОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Курочка М.П., Пелогеина Е.И.

50 ПОКАЗАНИЯ К ПЕРВОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ БЛАГОПРИЯТНЫМИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ
Курочка М.П., Пелогеина Е.И.

51 СООТНОШЕНИЕ ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА (SFLT-1/PLGF) У БЕРЕМЕННЫХ С ДВОЙНЕЙ И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Курцер М.А., Сичинава Л.Г., Алажажи А.О.

52 МИКРОНУТРИЕНТНЫЙ СТАТУС В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ
Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В.

53 ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ПОЛИАМИНОВ В ПЛАЗМЕ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Магомедова А.П., Ломова Н.А., Франкевич В.Е.

54 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ
Малышкина А.И.[1,2], Таланова И.Е.[1,2], Сотникова Н.Ю.[1,2], Крошкина Н.В.[1]

55 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН
Манапова Э.Р., Фазылов В.Х.

56 КОМОРБИДНЫЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГРАВИДАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Матвеева Э.В.

57 ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (АНЭНЦЕФАЛИИ) ПЛОДА
Мельникова В.Ю., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.

58 ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Милош Т.С.

59 ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф., Мельникова В.Ю., Абдуллаева Р.А.

60 МОДЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ДВУХБАЛЛОННОГО КАТЕТЕРА – НОВАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ В ОСТАНОВКЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Михеева А.А., Шмаков Р.Г., Шнейдерман М.Г.

61 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Мицкевич Е.А., Дивакова Т.С.

63 ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ПЛАЦЕНТАРНЫЕ МИКРОРНК И МИКРОРНК, АССОЦИИРОВАННЫЕ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
Морозова Е.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.

64 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Морозова М.А., Беженарь В.Ф.

65 РОССИЙСКИЙ ИННОВАЦИОННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ КАТЕТЕР “FETO BALLON” ДЛЯ ФЕТОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ОККЛЮЗИИ ТРАХЕИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПЛОДА
Набережнев Ю.И., Шнейдерман М.Г., Тетруашвили Н.К., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Сенча А.Н., Шмаков Р.Г.

66 ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Нормурадова Н.М., Манашова А.Р., Орынбаева С.А.

67 КОМПЛЕКСНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ УЗЛОВЫХ ПАТОЛОГИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Нормурадова Н.М.[1], Орынбаева С.А.[2]

68 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО – ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Оганян К.А., Беспалова О.Н.

69 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ В ДОЗОУПЛОТНЕННОМ РЕЖИМЕ У ПАЦИЕНТКИ С ТРОЙНЫМ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ
Пароконная А.А., Артамонова Е.В., Петровский А.В., Шмаков Р.Г., Стенина М.Б., Фролова М.А., Глазкова Е.В., Полушкина Е.С., Загаштокова А.К.

70 ОСТРАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ
Пасман Н.М., Силкина Н.А.

71 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (МЕЗЕХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК) В КОРРЕКЦИИ РУБЦА МИОМЕТРИЯ
Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Майбородин И.В., Новиков А.М., Сухих Г.Т.

72 РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКЗОСОМ МЕЗЕХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК
Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Новиков А.М., Сухих Г.Т.

73 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКЗОСОМ МЕЗЕХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК
Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Новиков А.М., Сухих Г.Т.

73 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ
Покусаева В.Н., Фофонова И.Ю., Фридман Т.Ю., Мариновичева Е.И.

75 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Романовская А.В., Денисюк Н.Е.

76 ЧАСТОТА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПОСЛЕ ВРТ
Росюк Е.А., Иванова А.Н.

77 ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Дражина О.Г.

78 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ
Салимова З.Дж., Сайдалиева Д.А., Додхоева М.Ф.

79 БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Самойлова Ю.А., Игнатко И.В., Чурганова А.А., Рассказова Т.В.

80 ТЭЛА И БЕРЕМЕННОСТЬ
Самойлова Ю.А., Игнатко И.В., Чурганова А.А., Рассказова Т.В., Меграбян А.Д.

82 БИОХИМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕТРОПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Самусевич А.Н., Проскурнина Е.В., Самоходская Л.М., Панина О.Б.

83 ВРАЧ ПСИХОТЕРАПЕВТ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ
Сенченко Н.А.

84 РОЛЬ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ TLR2 И ИМПРИТИНГ КОНТРОЛИРУЮЩЕЙ ОБЛАСТИ IGF2/H19 В ДИАГНОСТИКЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА
Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Хачатрян З.В., Тютюнник В.Л.

86 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ
Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.

87 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ ТАКАЯСУ
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Гасаналыева Т.А.

88 ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ В АСПЕКТЕ МОЛЯРНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Корчагина М.О.

89 ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕРМИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОЗИЦИЙ АКУШЕРА: ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Рогова Е.А., Селин И.С., Комкова Ю.В.

90 АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ТАРГЕТНУЮ ТЕРАПИЮ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Студенов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Веккер И.Р., Валиуллина Н.Ю., Седелева Н.И., Клычбаев Т.С.

92 ОПЫТ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА С ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ ОРЕНБУРГСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА НА БАЗЕ ГАУЗ ООКБ №2
Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Веккер И.Р., Степанов С.Ю., Василевская Г.В.

93 ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЙ РОДОВЫХ ТРАВМ У НОВОРОЖДЁННЫХ
Тауафиева О.Ю., Росюк Е.А., Андреева М.Е., Шарапова А.А.

94 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА ПРИ ЕГО ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
Тауафиева О.Ю., Росюк Е.А., Андреева М.Е., Шарапова А.А.

95 РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ МИКРОВЕЗИКУЛ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕЦИДИВА РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Терехина В.Ю., Николаева М.Г., Момот А.П., Кудинов А.В.

96 ЭКЛАМПСИЯ – РЕАЛЬНОСТИ КЛИНИКИ 2022
Тимохина Е.В., Стрижаков А.Н., Гуцу В.

97 СОВРЕМЕННЫЙ МАРКЕР ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ СОМАТОТИПАМИ
Томаева К.Г.

98 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАССЫ ПЛАЦЕНТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ
Туманова У.Н., Намлылар И.Х., Щеголев А.И.

99 АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВИТАМИНА D
Турдиева Ф.Р., Каюмова Д.Т.

100 ПРЕНАТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПЛОДА У ЖЕНЩИН С МИОКАРДИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19
Тухтабаев А.А.

101 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОК С HELLP-СИНДРОМОМ
Уманский М.Н., Мелконов Э.Ю., Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В., Карташева С.В., Арабаджан С.М.

102 ХИРУРГИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ В ГБУ РО ПЦ
Уманский М.Н., Хвалина Т.В., Буштырев А.В., Баранов А.П., Бережная Е.В.

103 ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ В КУЗБАССЕ
Ушакова И.А., Карась И.Ю., Шибельгут Н.М., Неретина А.В.

104 ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ CD163 НА КЛАССИЧЕСКИ, ПРОМЕЖУТОЧНО И АЛЬТЕРНАТИВНО АКТИВИРОВАННЫХ МОНОЦИТАХ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ РАННИМ ВЫКИДЫШЕМ
Фарзалиева А.В., Сотникова Н.Ю., Борзова Н.Ю.

105 РОЛЬ СИСТЕМЫ IL-1B-IL-1RA В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ РАННИМ ВЫКИДЫШЕМ
Фарзалиева А.В., Сотникова Н.Ю., Борзова Н.Ю.

106 ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ВРТ
Фицева Ж.Б., Цахилова С.Г.

107 ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
Фицева Ж.Б., Цахилова С.Г., Сакварелидзе Н., Кузнецов М.И., Манухина Е.И., Тотчиев Г.Ф.

108 РОЛЬ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА В КЛИНИЧЕСКОМ АКУШЕРСТВЕ: МЕРЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КЕСКРЕВА СЕЧЕНИЯ
Хаджилаева Ф.Д., Хубиева А.Х-А., Хаджилаев И.Д., Пономарева Е.Б.

109 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СПОНТАННОМ МНОГОПЛОДИИ И ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Хаджилаева Ф.Д.

110 COVID-19 – ФАКТОР РИСКА ПРЕЖЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Халитова Р.Ш.

111 ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ПОЯВЛЕНИЯ РЕДКИХ СИМПТОМОВ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ БЕРЕМЕННЫХ
Чемортан М.И.

112 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РАННИМ И ПОЗДНИМ ФЕНОТИПАМИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА
Шишкина Д.И., Сичинава Л.Г.

113 РОССИЙСКИЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ПЕССАРИЕВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГИНЕТАЛИЙ
Шнейдерман М.Г., Шнейдерман М.М.

114 ДИСКОРДАНТНЫЙ РОСТ ПЛОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ
Шодиева Х.Т., Курбонова Н.А.

115 ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ КАК СОСТОЯНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ МЕРТВОРОЖДЕНИЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

116 УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАТТЕРНОВ СВЯЗАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Щербаков В.И., Поздняков И.М., Ширинская А.В., Волков М.В.

118 ВНЕПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: НАШ 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ
Щукина А.А.[1], Киценко Е.А.[1], Манукьян Г.В.[1], Апресян С.В.[2], Шмаков Р.Г.[3], Габриелян А.Р.[2], Жигалова С.Б.[1], Мусин Р.А.[1], Меликян А.Л.[4], Соколова М.А.[4], Полушкина Е.С.[3]

119 ИЗМЕНЕНИЕ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПЛОДОВ С ПОЗДНЕЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА
Юсенко С.Р., Коган И.Ю., Нагорнева С.В.

120 ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ФЕТО-ФЕТАЛЬНЫМ ТРАНСФУЗИОННЫМ СИНДРОМОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
Юсупбаев Р.Б., Игамбердиева Д.У., Даулетова М.Ж.

121 ОЦЕНКА ПОЛУЧАЕМОЙ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, МЕТОДОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ
Яценко Д.С.

ТЕМАТИКА: ГИНЕКОЛОГИЯ

123 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Чернецова А.С.

123 ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕННИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
Азизова Г.Д.

125 ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Алиева Ф.Т., Брюнин Д.В., Алиева Ф.Т.

126 ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Алиева Ф.Т., Брюнин Д.В., Алиева Ф.Т.

127 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗНЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
Аллахвердиева Э.З., Хащенко Е.П., Уварова Е.В., Мамедова Ф.Ш., Лужина И.А., Кулабухова Е.А., Асатурова А.В.

128 ОЦЕНКА ЛОКАЛЬНОЙ ЦИТОКИНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Андреева М.В., Рамазанова М.Р.

129 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Артымук Н.В. Бреус А.В., Артымук Д.А.

130 К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СПЯ И ОЖИРЕНИЕМ
Бегова С.В.

132 МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ НЕРВ-СБЕРЕГАЮЩИХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С., Крылова Ю.С., Константенкова А.С., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К., Григорян А.Э.

133 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВ-СБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ
Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С., Крылова Ю.С., Константенкова А.С., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К., Григорян А.Э.

134 ДИАГНОСТИКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПРОГЕСТЕРОНУ, КАК ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО В ПОДБОРЕ ГОРМОНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ
Беженарь В.Ф., Молчанов О.Л., Константенкова А.С., Круглов С.Ю., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К.

135 ПОДБОР ГОРМОНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ С УЧЕТОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПРОГЕСТЕРОНУ
Беженарь В.Ф., Молчанов О.Л., Константенкова А.С., Круглов С.Ю., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К.

136 МЕТАБОЛОМИКА СПКЯ В КЛИНИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ
Ведзижева Э.Р., Кузнецова И.В.

137 ВЛИЯНИЕ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Вишнякова С.В.

138 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Григорьевская Е.Т.

139 РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ СРЕДСТВА ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ «ЮНОНА БИО-Т», МОДИФИКАЦИЯ «JUNO T AG»
Дедуль М.И., Журавлев А.Ю., Ковалев Е.В., Сафонова Т.В.

140 ДИСТАНЦИОННЫЕ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
Жевлакова М.М., Русина Е.И.

141 ГРУППЫ РИСКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Захарова К.И., Андреева, М.В.

142 ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ
Икрамова Н.А.

143 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА
Икрамова Н.А.

144 АКТИВНОСТЬ ПРОАПОПТОТИЧЕСКОГО ФАКТОРА КАСПАЗА-3 В ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ
Качурина М.С., Зайнетдинова Л.Ф., Куренков Е.Л., Медведев Б.И.

146 ОЦЕНКА ИММУННОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Каюкова С.И., Очирова С.О., Михалева Л.М.

147 ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: CYFRA 21-1 КАК ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Киселев М.А., Репина Н.Б.

148 ДИЕНОГЕСТ ИЛИ КОК С ДИЕНОГЕСТОМ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА
Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Тодика В.А.

149 ОСОБЕННОСТИ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
Короневская А.С., Герцык Н.В.

150 ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДЕФЕКТОМ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Курцер М.А., Егикян Н.М., Савельева Н.А., Кутакова Ю.Ю.

151 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНЪЕКЦИЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Лещенко О.Я., Базяева М.А., Беленькая Л.В.

152 ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ
Линева О.И., Казакова А.В., Рустянова Д.Р.

153 МИКРОБИОЦЕНОЗ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ РАННИХ СРОКОВ В АНАМНЕЗЕ
Лисицкая Я.А., Бойко Е.Л., Сотникова Н.Ю., Воронин Д.Н.

154 СОСТОЯНИЕ АУТОИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Манухина Е.И., Назарова М.С.

155 ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В СТРУКТУРЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Матейкович Е.А., Семенова Е.Ю., Братова О.В.

156 ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ NT-PROBNP И ЭТ-1 У ЖЕНЩИН В СОСТОЯНИИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ
Милош Т.С., Шулика В.Р.

157 ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
Миралиев Ф.К.

158 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗОМ
Мирзоева М.Б., Абдусаматова З.М., Каримова У.А., Юлдошева М.У.

160 ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ МЕТРОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Михаелян Н.С., Брюнин Д.В., Бахвалова А.А., Хохлова И.Д., Джибладзе Т.А., Асамбаева А., Ищенко А.И.

161 РОЛЬ МГТ В ИНИЦИАЦИИ ПЛЕЙОТРОПНОГО (АНТИВОЗРАСТНОГО) ЭФФЕКТА ПОСРЕДСТВОМ ЗАМЕДЛЕНИЯ РЕПЛИКАТИВНОГО КЛЕТОЧНОГО СТАРЕНИЯ У ЖЕНЩИН
Михеев Р.К.[1], Андреева Е.Н.[1,2], Григорян О.Р.[1], Шереметьева Е.В.[1], Абсатарова Ю.С.[1], Ужегова Ж.А.[1], Орлова Я.А.[3]

162 АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГУМС
Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

163 ФАКТОРЫ РИСКА И МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА
Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.

164 МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Оразов М.Р., Михалева Л.М., Пойманова О.Ф.

165 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА
Рамазанова Л.Л., Ахметвалиева Р.А., Горбачева О.В.

166 РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНОЙ ЦИТОЛОГИЕЙ
Росюк Е.А., Максимова М.В., Мунасыпова Е.Ю.

167 СВЯЗЬ АМГ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ СПКЯ
Сафарова С.С., Сафарова С.С.

168 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХРОМА ПРИ СПКЯ С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ИНСУЛИНУ
Сафарова С.С., Султанова С.Г.

169 К ВОПРОСУ О СОСТАВЕ МИКРОБИОТЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОМЕТРИЯ
Свиридова Н.И., Пурясева К.А., Максимов С.Н., Хасаева М.И.

170 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.

171 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ
Соловьева О.В., Волков В.Г.

172 ВЛИЯНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ
Соломатина А.А., Михалёва Л.М., Братчикова О.В., Штыров С.В., Исмайилова П.Д.

173 3D-УЗИ В ОЦЕНКЕ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ
Соломатина А.А., Хамзин И.З., Гашимова А.И., Тюменцева М.Ю., Тумасян Е.А., Исмаилова П.Д.

174 МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ И ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК СО ЗРЕЛЫМИ ТЕРАТОМАМИ ЯИЧНИКОВ ДО И ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
Соломатина А.А.[1,2], Тумасян Е.А.[1], Хамзин И.З.[2], Гашимова А.И.[1], Исмайилова П.Д.[1]

175 РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ОРЕНЕТИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СНИЖЕННОГО СЕКСУАЛЬНОГО ВЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН
Стеняева Н.Н., Неменов Д.Г.

176 ОЗОНОТЕРАПИИ И ИНДУКТОР ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ
Стрелец И.О., Гречканев Г.О., Аветисян С.М., Сучилин Д.Н.

178 ОДНОМОМЕНТНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РАЗНООБРАЗНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН
Ступин Д.А.[1], Семендяев А.А.[2], Пестерев К.В.[2], Щербатых А.В.[2], Толкачев К.С.[2], Петухов А.А.[3], Князюк Я.В.[3]

179 ИММУННЫЙ ГОМЕОСТАЗ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ТАЗА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
Ступин Д.А.[1], Семендяев А.А.[2], Пестерев К.В.[2], Щербатых А.В.[2], Толкачев К.С.[2], Петухов А.А.[3], Князюк Я.В.[3].

180 ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОСЛЕ ЭКСЦИЗИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
Трищенкова О.В., Кардава И.В., Зароченцева Н.В.

181 КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИМПЛАНТАЦИЮ ЭМБРИОНА У ПАЦИЕНТОК, НАХОДЯЩИХСЯ В ЦИКЛАХ ЭКО
Турок И.В.

182 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ Т-ОБРАЗНОЙ МАТКИ. СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ
Турок И.В., Метлицкий В.В.

184 ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВАГИНИТА
Угланова Н.П., Гречканев Г.О., Белоглазов В.К.

185 СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ МЕТРОПЛАСТИКУ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА НА МАТКЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Уманский М.Н., Чернобабова Т.В., Дыбова В.С., Маленкова О.Ф.

186 ЦМВИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ, НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Файзуллина Н.И., Крамарский В.А., Трусов Ю.В.

187 КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ
Хашукоева А.З., Наумов А.В., Носова Л.А., Полянская А.Р., Дмитрашко Т.Е.

189 МИКРОБИОТА ПОЛОВОГО ТРАКТА У ДЕВУШЕК С ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ И ИЗБЫТКОМ АНДРОГЕНОВ
Храмова Е.Е., Бугун О.В., Пигарева Л.Н.

190 ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗА ИЗОБРАЖЕНИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ
Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Ефименко А.В., Мирошниченко Л.Б.

191 ЧАСТОТА ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ RS2018736 A456C ГЕНА FBLN 5 У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ
Шомиров Дилшод Абдухамидович

192 ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК
Шульпина Е.Ю., Добрынина М.Л.

193 ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ПРОЛАКТИНА, ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО И ЛЮТЕНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНО-ОВАРИАЛЬНОГО ЦИКЛА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
Юнусова Д.Х., Нажмутдинова Д.К.

194 СПИНОСАКРАЛЬНАЯ ВАГИНОПЕКСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА
Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Ильюк Ж.Н., Андреева Н.Л., Щуцкая Э.В., Бакановская С.Е., Бич А.И.

195 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MTHFR ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФЕКТОВ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА
Янгибаева Д.Т., Юлдашева Д.Ю., Чориева Г.З., Садикова Д.Р.

ТЕМАТИКА: ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

197 ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ
Бреусенко В.Г., Карева Е.Н., Гуторова Д.С.

198 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ТЕЛА МАТКИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Клюкина Л.А.[1], Соснова Е.А.[1], Ищенко А.А.[2]

199 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДООПЕРАЦИОННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ОНКОМАРКЕРОВ ПРИ РЕДКИХ ФОРМАХ РАКА ТЕЛА МАТКИ
Коваленко Н.В.[1], Вереникина Е.В.[2], Гладких О.Н.[3], Домашенко Е.В.[3], Рыжков С.В.[2]

200 ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ РАННИХ РЕЦИДИВОВ РЕДКИХ ФОРМ РАКА ТЕЛА МАТКИ
Коваленко Н.В.[1], Максимов А.Ю.[2], Гладких О.Н.[3], Домашенко Е.В.[3], Демидова А.А.[2]

201 ВОЗМОЖНА ЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА?
Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Волкова Т.О.

202 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ – ОСНОВНОЙ ФАКТОР СТИМУЛЯЦИИ ПРОГРЕССИИ ПРИ МИКРОИНВАЗИВНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ
Ковчур П.И.[1,2], Курмышкина О.В.[1], Хидишян И.В.[2], Волкова Т.О.[1]

203 COVID-19 И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ У ЖЕНЩИН ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ)
Ковчур П.И.[1,2], Хидишян И.В.[2]

204 ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ
Сафонова Н.Е., Подзолкова Н.М., Осадчев В.Б., Бабков К.В.

206 ДВУСТОРОННИЕ ТЕРАТОМЫ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Никитин С.С., Варламова Т.В., Васильева А.Э.

207 РАК ШЕЙКИ МАТКИ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ
Шешко П.Л., Назаренко Т.А., Литвинова В.В., Коцоев Т.В.

208 РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА, ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ, СОБСТВЕННОГО ОПЫТА
Шумейкина А.О., Красильников С.Э.

ТЕМАТИКА: РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

210 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАТУСА ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ РЕЦЕПТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМИ НЕЭФФЕКТИВНЫМИ ПРОТОКОЛАМИ ЭКО В АНАМНЕЗЕ
Богданова Н.О.[1], Лапина Е.Н.[1], Коган И.Ю.[2]

211 РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ И МАЛЫЕ НЕКОДИРУЮЩИЕ РНК
Гохберг Я.А., Тимофеева А.В., Федоров И.С., Калинина Е.А.

212 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ДО ВСТУПЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ ВРТ
Ермакова Д.М., Менжинская И.В., Ломова Н.А., Долгушина Н.В.

213 ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19
Ермакова Д.М., Менжинская И.В., Ломова Н.А., Вторушина В.В., Долгушина Н.В.

214 КОЛИЧЕСТВО И МАРКЕРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ NK-КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОК С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ В ПРОТОКОЛАХ ВРТ
Загайнова В.А., Коган И.Ю., Соколов Д.И., Беспалова О.Н., Крихели И.О.

215 «ДВОЙНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ» ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ И МИОМОЙ МАТКИ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТИМУЛЯЦИЕЙ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ ФАЗУ
Крутова В.А., Головко А.К.

216 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИН МАЛАТА (ЭТОКСИДОЛА) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА И АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ У МУЖЧИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ
Курашова Н.А., Дашиев Б.Г., Колесникова Л.И.

217 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С НИШЕЙ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Курцер М.А., Савельева Н.А., Егикян Н.М., Синицына О.В., Шестакова Л.А.

219 НЕОБХОДИМОСТЬ ИНФОРМИРОВАНИЯ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ
Пароконная А.А., Петровский А.В., Мамедов У.Р., Краснопольская К.В., Новикова О.В.

220 ВЛИЯНИЕ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ НА ТОЛЩИНУ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ
Селедцова Н.В., Власов В.В.

221 ПАТОБИОМ КИШЕЧНИКА КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Хомякова Т.И., Еримбетов К.Т., Магомедова А.Д., Хомяков Ю.Н.

222 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ (ХЭ) КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ)
Шумейкина А.О., Пасман Н.М.

ТЕМАТИКА: НЕОНАТОЛОГИЯ

224 ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Агафонова А.В., Рогозина Н.В., Васильев В.В.

225 ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА, У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
Будалова А.В., Харламова Н.В., Фетисова И.Н., Ратникова С.Ю.

226 ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ АЛЛОАНТИТЕЛ И ИХ СПЕЦИФИЧНОСТИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ МАТЕРЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
Гавровская С.В., Минеева Н.В., Сысоева Е.А.

227 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА
Галькевич Н.В., Калинина А.М.

228 ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ НА ТРОМБОЦИТАХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Жукова А.С., Балашова Е.Н., Безнощенко О.С., Киртбая А.Р., Ионов О.В., Кречетова Л.В.

229 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

230 УРОВЕНЬ ПРЕСЕПСИНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

231 СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА КЛЕТОК КЛАРА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

232 НОВОРОЖДЕННЫЕ ОТ МАТЕРЕЙ С COVID-19
Зарянкина А.И.

233 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В «ДОКОВИДНЫЙ» ПЕРИОД
Зарянкина А.И.

235 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КРИТЕРИЕВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКЕ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Игнатко И.В., Пасечник И.Н., Завьялов О.В.

236 КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СРОКА ГЕСТАЦИИ И ПЕРВИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ
Игнатко И.В., Пасечник И.Н., Завьялов О.В.

237 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ
Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Рогова А.С., Мартынов А.А., Ахалова Е.С., Побединская О.С., Соловьёва И.В.

238 «АКТИВНАЯ» ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ
Илькевич Н.Г., Дражина О.Г., Савицкая В.М.

240 ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Исмаилова И.В., Тулегенова Г.А., Калиева А.Т.

241 АНАЛИЗ ПРИЧИН РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ
Кадочникова П.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И., Гришкина А.А.

242 ИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ БЕЛОК, СВЯЗЫВАЮЩИЙ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ (I-FABP) ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДУКТУС-ЗАВИСИМЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА
Каплина А.В., Каюмова Е.Е., Васильева Е.Ю., Петрова Н.А.

243 ГИПОТЕРМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
Караганова Е.Я., Дельсуз С.Ф.

244 ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА (СОТАЛОЛ И ДИГОКСИН) В РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПЛАЦЕНТАРНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПЛОДА ПО ТИПУ ТАХИАРИТМИИ
Киндышева С.В., Потапова А.А., Кукаев Е.Н., Стародубцева Н.Л., Новоселова А.В., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л., Чаговец В.В., Франкевич В.Е.

245 СОДЕРЖАНИЕ CD34+ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ПУПОВИННОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЁННЫХ У МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ
Косолапова Ю.А., Романов Ю.А., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Романов А.Ю., Дугина Т.Н., Сухих Г.Т.

246 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ В РАЗНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Котик И.Е., Приходько Н.А., Пекарева Н.А., Дегтярева А.В., Павлова В.С.

247 ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА НА РАЗВИТИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВСКАРМЛИВАНИЯ
Кулиева З.М., Рустамова Л.И., Исрафилбекова И.Б., Караханова М.С., Мухтаров М.М.

248 ВНУТРИУТРОБНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Куликова М.М.

249 КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА, ТРАНСФЕРРИНА И ГЕМОГЛОБИНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Лёнюшкина А.А., Пупышева А.Ф., Савельева Е.И., Никитина И.В., Бембеева Б.О., Припутневич Т.В., Крог-Йенсен О.А.

250 РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДА
Матвеева Е.А., Малышкина А.И., Харламова Н.В., Филькина О.М.

251 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ 32- 36 НЕДЕЛЬ, КИШЕЧНИК КОТОРЫХ КОЛОНИЗИРОВАН KLEBSIELLA PNEUMONIAE В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Маханёк А.А., Чистякова Г.Н., Устюжанин А.В., Ремизова И.И.

252 КОМПЛЕКСНОЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПАРАХ МАТЬ-РЕБЕНОК: КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ
Никитина И.В.[1], Огаркова Е.А.[3], Ипполитов А.Л.[3], Савельева Е.И.[3], Крог-Йенсен О.А.[1,3], Припутневич Т.В.[1,2]

253 ВЗАИМОСВЯЗЬ АСФИКСИИ И ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ С РАЗВИТИЕМ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Потапова В.Е.

255 КОМОРБИДНОСТЬ БЕЛКОВОГО ДЕФИЦИТА И АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Потапова В.Е.

256 НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЕНОЛАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННЫХ
Потапова В.Е., Прищепенко О.А., Юзупчик М.Р.

257 СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ НЕОКОРТЕКСА И ГЕРМИНАТИВНОГО МАТРИКСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА 22-40 НЕДЕЛЬ
Проценко Е.В.

258 КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
Рогов А.В.

259 ФУНКЦИОНИРУЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ – КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
Сарыева О.П., Харламова Н.В., Кулида Л.В., Фисюк Ю.А., Проценко Е.В.

260 КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА
Сергейчик Л.С., Зарянкина А.И.

261 НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХО-МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ, ДОСТИГШИХ 5-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА
Суворов И.А., Суворова Д.Ю., Ушакова Л.В., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н., Левин А.С., Албегова М.Б., Пекарева Н.А., Быкова Ю.К., Джуккаева М.М.

262 ВНУТРИВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ESCHERICHIA COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ
Сужаева Л.В., Макарова М.А.

263 РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

264 ДЫХАТЕЛЬНАЯ МИКРОБИОТА И БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Тягушева Е.Н., Негоднова Е.В., Науменко Е.И.

266 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО УПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Улуханова Л.У., Омариева Р.М.

266 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Улуханова Л.У., Омариева Р.М.

267 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ В АКУШЕРСТВЕ
Хаджилаева Ф.Д., Хубиева А.Х-А., Пономарева Е.Б., Хаджилаев И.Д.

268 ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
Харламова Н.В., Будалова А.В., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.

ТЕМАТИКА: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

270 МОЖЕТ ЛИ СЛУЖБА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ РЕШАТЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИИ (НАБЛЮДЕНИЕ НА ПРИМЕРЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)
Гридчик А.Л., Дуб Н.В.

271 ПРОБЛЕМА ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ В ПОДГОТОВКЕ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
Гридчик А.Л.[1], Дуб Н.В.[2], Хапий Н.Х.[1], Крупская М.С.[1], Гридчик М.А.[3]

272 ПРИЧАСТНОСТЬ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДАМ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
Гридчик А.Л., Гридчик И.Е., Аксёнов А.Н., Дуб Н.В.

273 РАБОТА ГОРОДСКОЙ КОМИССИИ ПО ОТБОРУ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ БЕСПЛАТНОГО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОДНОЙ ПОПЫТКИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Дражина О.Г., Савицкая В.М., Пацеев С.В., Басалай Т.К., Карпович О.Н., Матюшкова С.А., Заренок Е.А., Коротких О.В.

274 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ COVID-19 НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Михайлова Ю.В., Чепурченко Н.В., Обрядина А.П.

275 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОК 3-ГО И 5-ГО КУРСА СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Свидинская Е.А., Калан Ю.А., Огадерова Н.А.

276 РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ СИСТЕМЫ НМО ДЛЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЗА 2021–2022 ГГ
Серов В.Н., Баранов И.И., Нестерова Л.А.

277 ИЗМЕНЕНИЕ БРАЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В ТЕЧЕНИЕ ВТОРОГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ XXI ВЕКА
Талипова И.Р.

ПОСТЕРНЫЕ ДОКЛАДЫ

ТЕМАТИКА: АКУШЕРСТВО

279 УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
Андреева М.В., Неклюдова А.В.

280 УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Дражина О.Г., Гайдаленок А.А., Раевская Ж.Г., Григорьева Н.Н., Варлыго О.К., Волчок Н.В., Савицкая В.М.

281 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЦЕРВИКОМЕТРИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫМ ПАЦИЕНТАМ С РИСКОМ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Мицкевич Е.А.

282 ЗНАЧИМОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО СРАВНЕНИЮ С УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Оганян К.А., Беспалова О.Н.

283 РОЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА В ВЫБОРЕ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИЦН ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Оганян К.А., Беспалова О.Н.

284 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО И ПАТОЛОГИЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА
Савицкая В.М., Шилова С.Д., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Дражина О.Г., Рубинштейн И.А., Лагуто С.Н.

ТЕМАТИКА: ГИНЕКОЛОГИЯ

286 ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА ПРИ ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ.
Андреева М.В., Рамазанова М.Р.

287 ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН
Жевлакова М.М., Русина Е.И.

287 ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ NT-PROBNP И ЭТ-1 У ЖЕНЩИН В СОСТОЯНИИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ
Милош Т.С.

288 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ
Петровская Н.Н., Печеникова В.А.

ТЕМАТИКА: РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

290 ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ)
Шумейкина А.О., Пасман Н.М.

ТЕМАТИКА: НЕОНАТОЛОГИЯ

291 ТЕЧЕНИЕ МЕКОНИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Камышанская Д.Н.

291 ВНУТРИВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ESCHERICHIA COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ
Сужаева Л.В., Макарова М.А.

ТЕМАТИКА: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

293 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ COVID-19 НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Михайлова Ю.В., Чепурченко Н.В., Обрядина А.П.

АВТОРЫ

Абдукаримова Н.Т.
Агафонова А.В., Рогозина Н.В., Васильев В.В.
Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Чернецова А.С.
Азаматов А.Р., Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Зуморина Э.М.
Азизова Г.Д.
Акимова А.А., Малышкина А.И., Назаров С.Б., Клычева М.М., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.
Алиева Ф.Т., Брюнин Д.В., Алиева Ф.Т.
Алиева Ф.Т., Брюнин Д.В., Алиева Ф.Т.
Аллахвердиева Э.З., Хащенко Е.П., Уварова Е.В., Мамедова Ф.Ш., Лужина И.А., Кулабухова Е.А., Асатурова А.В.
Андреева М.В., Неклюдова А.В.
Андреева М.В., Неклюдова А.В.
Андреева М.В., Рамазанова М.Р.
Андреева М.В., Рамазанова М.Р.
Аржаных Я.В., Золотухин В.О., Батищева Г.А.
Артымук Н.В. Бреус А.В., Артымук Д.А.
Артымук Н.В., Марочко Т.Ю., Артымук Д.А., Марочко К.В., Парфенова Я.А.
Ахмадиев Э.Э.
Баев Т.О., Панова И.А., Назаров С.Б.
Батищева Г.А., Хороших А.О., Кацура К.С., Аржаных Я.В.
Бегова С.В.
Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С., Крылова Ю.С., Константенкова А.С., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К., Григорян А.Э.
Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С., Крылова Ю.С., Константенкова А.С., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К., Григорян А.Э.
Беженарь В.Ф., Молчанов О.Л., Константенкова А.С., Круглов С.Ю., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К.
Беженарь В.Ф., Молчанов О.Л., Константенкова А.С., Круглов С.Ю., Граматикова А.Г., Абилбекова А.К.
Блаженко А.А. Беспалова О.Н.
Богданова Н.О.[1], Лапина Е.Н.[1], Коган И.Ю.[2]
Бреслав И.Ю.
Бреусенко В.Г., Карева Е.Н., Гуторова Д.С.
Будалова А.В., Харламова Н.В., Фетисова И.Н., Ратникова С.Ю.
Валдошова С.Ш., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.
Васильева М.Ю., Зазерская И.Е., Сельков С.А.
Ведзижева Э.Р., Кузнецова И.В.
Ветров В.В., Иванов Д.О., Резник В.А., Романова Л.А., Курдынко Л.В.
Вишнякова С.В.
Воеводин С.М., Шеманаева Т.В., Серова А.В.
Гавровская С.В., Минеева Н.В., Сысоева Е.А.
Галкина Д.Е., Макаренко Т.А., Кириллова В.Е., Плохих А.А.
Галькевич Н.В., Калинина А.М.
Гибадуллина Я.Э., Покусаева В.Н.
Гохберг Я.А., Тимофеева А.В., Федоров И.С., Калинина Е.А.
Грачева М.И., Мирзабекова Д.Д., Тютюнник В.Л., Красный А.М.
Григорьева О.А., Беженарь В.Ф.
Григорьевская Е.Т.
Гридчик А.Л.[1], Дуб Н.В.[2], Хапий Н.Х.[1], Крупская М.С.[1], Гридчик М.А.[3]

Гридчик А.Л., Гридчик И.Е., Аксёнов А.Н., Дуб Н.В.
Гридчик А.Л., Дуб Н.В.
Дедуль М.И., Журавлев А.Ю., Ковалев Е.В., Сафонова Т.В.
Демидов В.Н., Машинец Н.В., Вахтеркина К.Г.
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Тимошина И.В., Машинец Н.В., Филиппова Е.А., Козлова А.В.
Дражина О.Г., Гайдаленок А.А., Раевская Ж.Г., Григорьева Н.Н., Варлыго О.К., Волчок Н.В., Савицкая В.М.
Дражина О.Г., Савицкая В.М., Пацеев С.В., Басалай Т.К., Карпович О.Н., Матюшкова С.А., Заренок Е.А., Коротких О.В.
Ермакова Д.М., Менжинская И.В., Ломова Н.А., Вторушина В.В., Долгушина Н.В.
Ермакова Д.М., Менжинская И.В., Ломова Н.А., Долгушина Н.В.
Жевлакова М.М., Русина Е.И.
Жевлакова М.М., Русина Е.И.
Жукова А.С., Балашова Е.Н., Безнощенко О.С., Киртбая А.Р., Ионов О.В., Кречетова Л.В.
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.
Загайнова В.А., Коган И.Ю., Соколов Д.И., Беспалова О.Н., Крихели И.О.
Зарянкина А.И.
Зарянкина А.И.
Захарова К.И., Андреева, М.В.
Земскова Н.Ю., Чечнева М.А., Лукашенко С.Ю., Буянова С.Н., Щукина Н.А.
Зуморина Э.М., Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Азаматов А.Р.
Иванова Н.А., Кормакова Т.Л., Касатикова П.А.
Игнатко И.В., Пасечник И.Н., Завьялов О.В.
Игнатко И.В., Пасечник И.Н., Завьялов О.В.
Ижойкина Е.В., Гавриленко М.М., Куценко И.Г., Степанов И.А., Трифонова Е.А., Степанов В.А.
Икрамова Н.А.
Икрамова Н.А.
Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Рогова А.С., Мартынов А.А., Ахалова Е.С., Побединская О.С., Соловьёва И.В.
Илькевич Н.Г., Дражина О.Г., Савицкая В.М.
Исмаилова И.В., Тулегенова Г.А., Калиева А.Т.
Кадочникова П.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И., Гришкина А.А.
Камилова Н.М., Алиев Ч.С., Сафарова С.С.
Камилова Н.М., Мамедова Г.С.
Камышанская Д.Н.
Каплина А.В., Каюмова Е.Е., Васильева Е.Ю., Петрова Н.А.
Капустин Р.В., Коптеева Е.В., Алексеенкова Е.Н., Цыбук Е.М., Чепанов С.В., Шелаева Е.В., Аржанова О.Н.
Капустин Р.В., Коптеева Е.В., Алексеенкова Е.Н., Цыбук Е.М., Чепанов С.В., Шелаева Е.В., Аржанова О.Н.
Караганова Е.Я., Дельсуз С.Ф.
Карась И.Ю., Неретина А.В., Зинец М.С., Халимова А.С., Довбета А.А., Карасева Ю.А.
Карась И.Ю., Ушакова И.А., Неретина А.В., Зинец М.С., Халимова А.С.
Каримова Л.А., Надырханова Н.С.
Каримов А.Х., Тухтабаев А.А., Тухтабаева Г.М.
Качурина М.С., Зайнетдинова Л.Ф., Куренков Е.Л., Медведев Б.И.
Каюкова С.И., Очирова С.О., Михалева Л.М.
Киндышева С.В., Потапова А.А., Кукаев Е.Н., Стародубцева Н.Л., Новоселова А.В., Ходжаева З.С., Бокерия Е.Л., Чаговец В.В., Франкевич В.Е.
Кирьянова М.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.

Киселев М.А., Репина Н.Б.
Клюкина Л.А.[1], Соснова Е.А.[1], Ищенко А.А.[2]
Коваленко Н.В.[1], Вереникина Е.В.[2], Гладких О.Н.[3], Домашенко Е.В.[3], Рыжков С.В.[2]
Коваленко Н.В.[1], Максимов А.Ю.[2], Гладких О.Н.[3], Домашенко Е.В.[3], Демидова А.А.[2]
Ковчур П.И.[1,2], Курмышкина О.В.[1], Хидишян И.В.[2], Волкова Т.О.[1]
Ковчур П.И.[1,2], Хидишян И.В.[2]
Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Волкова Т.О.
Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Кодряну И.В.
Кодряну Н.П., Иванова Е.Г., Тодика В.А.
Колесникова А.В., Шаклеин А.В., Лукша Е.Б., Шалыгин К.В., Степанова А.А.,Рогов Н.В., Пасман Н.М.
Коптеева Е.В., Шелаева Е.В., Цыбук Е.В., Алексеенкова Е.Н., Капустин Р.В.
Корбут И.А., Адамович Д.М., Дундаров З.А., Захаренкова Т.Н.
Кормакова Т.Л., Иванова Н.А., Спириденко Д.А.
Короневская А.С., Герцык Н.В.
Косолапова Ю.А., Романов Ю.А., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н., Романов А.Ю., Дугина Т.Н., Сухих Г.Т.
Костина Е.А., Шатунова Е.П.
Котик И.Е., Приходько Н.А., Пекарева Н.А., Дегтярева А.В., Павлова В.С.
Крутова В.А., Головко А.К.
Крышня М.А., Мозговая Е.В.
Кузнецова Н.Б.[1], Дыбова В.С.[2]
Кулиева З.М., Рустамова Л.И., Исрафилбекова И.Б., Караханова М.С., Мухтаров М.М.
Кулик А.А., Лемещенко О.В., Рзянкина М.Ф., Якушева С.Ю.
Куликова М.М.
Курашова Н.А., Дашиев Б.Г., Колесникова Л.И.
Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Виктор С.А.
Курочка М.П., Пелогеина Е.И.
Курочка М.П., Пелогеина Е.И.
Курцер М.А., Егикян Н.М., Савельева Н.А., Кутакова Ю.Ю.
Курцер М.А., Савельева Н.А., Егикян Н.М., Синицына О.В., Шестакова Л.А.
Курцер М.А., Сичинава Л.Г., Алажажи А.О.
Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В.
Лёнюшкина А.А., Пупышева А.Ф., Савельева Е.И., Никитина И.В., Бембеева Б.О., Припутневич Т.В., Крог-Йенсен О.А.
Лещенко О.Я., Базяева М.А., Беленькая Л.В.
Линева О.И., Казакова А.В., Рустянова Д.Р.
Лисицкая Я.А., Бойко Е.Л., Сотникова Н.Ю., Воронин Д.Н.
Магомедова А.П., Ломова Н.А., Франкевич В.Е.
Малышкина А.И.[1,2], Таланова И.Е.[1,2], Сотникова Н.Ю.[1,2], Крошкина Н.В.[1]
Манапова Э.Р., Фазылов В.Х.
Манухина Е.И., Назарова М.С.
Матвеева Е.А., Малышкина А.И., Харламова Н.В., Филькина О.М.
Матвеева Э.В.
Матейкович Е.А., Семенова Е.Ю., Братова О.В.
Маханёк А.А., Чистякова Г.Н., Устюжанин А.В., Ремизова И.И.
Мельникова В.Ю., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.
Милош Т.С.
Милош Т.С.

Милош Т.С., Шулика В.Р.
Миралиев Ф.К.
Мирзоева М.Б., Абдусамтова З.М., Каримова У.А., Юлдошева М.У.
Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф., Мельникова В.Ю., Абдуллаева Р.А.
Михаелян Н.С., Брюнин Д.В., Бахвалова А.А., Хохлова И.Д., Джибладзе Т.А., Асамбаева А., Ищенко А.И.
Михайлова Ю.В., Чепурченко Н.В., Обрядина А.П.
Михайлова Ю.В., Чепурченко Н.В., Обрядина А.П.
Михеева А.А., Шмаков Р.Г., Шнейдерман М.Г.
Михеев Р.К.[1], Андреева Е.Н.[1,2], Григорян О.Р.[1], Шереметьева Е.В.[1], Абсатарова Ю.С.[1], Ужегова Ж.А.[1], Орлова Я.А.[3]
Мицкевич Е.А.
Мицкевич Е.А., Дивакова Т.С.
Морозова Е.А., Никитина Н.А., Агеев М.Б.
Морозова М.А., Беженарь В.Ф.
Набережнев Ю.И., Шнейдерман М.Г., Тетруашвили Н.К., Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Сенча А.Н., Шмаков Р.Г.
Никитина И.В.[1], Огаркова Е.А.[3], Ипполитов А.Л.[3], Савельева Е.И.[3], Крог-Йенсен О.А.[1,3], Припутневич Т.В.[1,2]
Нормурадова Н.М.[1], Орынбаева С.А.[2]
Нормурадова Н.М., Манашова А.Р., Орынбаева С.А.
Оганян К.А., Беспалова О.Н.
Оганян К.А., Беспалова О.Н.
Оганян К.А., Беспалова О.Н.
Оразов М.Р., Михалева Л.М., Пойманова О.Ф.
Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.
Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Хрипач Е.А.
Пароконная А.А., Артамонова Е.В., Петровский А.В., Шмаков Р.Г., Стенина М.Б., Фролова М.А., Глазкова Е.В., Полушкина Е.С., Загаштокова А.К.
Пароконная А.А., Петровский А.В., Мамедов У.Р., Краснопольская К.В., Новикова О.В.
Пасман Н.М., Силкина Н.А.
Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Майбородин И.В., Новиков А.М., Сухих Г.Т.
Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Новиков А.М., Сухих Г.Т.
Пекарева Е.О., Баранов И.И., Пекарев О.Г., Силачев Д.Н., Поздняков И.М., Новиков А.М., Сухих Г.Т.
Петровская Н.Н., Печеникова В.А.
Покусаева В.Н., Фофонова И.Ю., Фридман Т.Ю., Мариновичева Е.И.
Потапова В.Е.
Потапова В.Е.
Потапова В.Е., Прищепенко О.А., Юзупчик М.Р.
Проценко Е.В.
Рамазанова Л.Л., Ахметвалиева Р.А., Горбачева О.В.
Рогов А.В.
Романовская А.В., Денисюк Н.Е.
Росюк Е.А., Иванова А.Н.
Росюк Е.А., Максимова М.В., Мунасыпова Е.Ю.
Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Дражина О.Г.
Савицкая В.М., Шилова С.Д., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Дражина О.Г., Рубинштейн И.А., Лагуто С.Н.
Салимова З.Дж., Сайдалиева Д.А., Додхоева М.Ф.
Самойлова Ю.А., Игнатко И.В., Чурганова А.А., Рассказова Т.В.
Самойлова Ю.А., Игнатко И.В., Чурганова А.А., Рассказова Т.В., Меграбян А.Д.

Самусевич А.Н., Проскурнина Е.В., Самоходская Л.М., Панина О.Б.
Сарыева О.П., Харламова Н.В., Кулида Л.В., Фисюк Ю.А., Проценко Е.В.
Сафарова С.С., Сафарова С.С.
Сафарова С.С., Султанова С.Г.
Сафонова Н.Е., Подзолкова Н.М., Осадчев В.Б., Бабков К.В.
Свидинская Е.А., Калан Ю.А., Огадерова Н.А.
Свиридова Н.И., Пурясева К.А., Максимов С.Н., Хасаева М.И.
Свиридова Н.И., Шишиморова С.Г.
Селедцова Н.В., Власов В.В.
Сенченко Н.А.
Сергейчик Л.С., Зарянкина А.И.
Серов В.Н., Баранов И.И., Нестерова Л.А.
Солдатова Е.Е., Леонова А.А., Хачатрян З.В., Тютюнник В.Л.
Соловьева О.В., Волков В.Г.
Соломатина А.А.[1,2], Тумасян Е.А.[1], Хамзин И.З.[2], Гашимова А.И.[1], Исмайилова П.Д.[1]
Соломатина А.А., Михалёва Л.М., Братчикова О.В., Штыров С.В., Исмайилова П.Д.
Соломатина А.А., Хамзин И.З., Гашимова А.И., Тюменцева М.Ю., Тумасян Е.А., Исмаилова П.Д.
Стеняева Н.Н., Неменов Д.Г.
Степанькова Е.А., Сухорукова А.О.
Стрелец И.О., Гречканев Г.О., Аветисян С.М., Сучилин Д.Н.
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Гасаналыева Т.А.
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Корчагина М.О.
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Лебедев В.А., Рогова Е.А., Селин И.С., Комкова Ю.В.
Студенов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Веккер И.Р., Валиуллина Н.Ю., Седелева Н.И., Клычбаев Т.С.
Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Веккер И.Р., Степанов С.Ю., Василевская Г.В.
Ступин Д.А.[1], Семендяев А.А.[2], Пестерев К.В.[2], Щербатых А.В.[2], Толкачев К.С.[2], Петухов А.А.[3], Князюк Я.В.[3]
Ступин Д.А.[1], Семендяев А.А.[2], Пестерев К.В.[2], Щербатых А.В.[2], Толкачев К.С.[2], Петухов А.А.[3], Князюк Я.В.[3].
Суворов И.А., Суворова Д.Ю., Ушакова Л.В., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н., Левин А.С., Албегова М.Б., Пекарева Н.А., Быкова Ю.К., Джуккаева М.М.
Сужаева Л.В., Макарова М.А.
Сужаева Л.В., Макарова М.А.
Талипова И.Р.
Тауафиева О.Ю., Росюк Е.А., Андреева М.Е., Шарапова А.А.
Тауафиева О.Ю., Росюк Е.А., Андреева М.Е., Шарапова А.А.
Терехина В.Ю., Николаева М.Г., Момот А.П., Кудинов А.В.
Тимохина Е.В., Стрижаков А.Н., Гуцу В.
Томаева К.Г.
Трищенкова О.В., Кардава И.В., Зароченцева Н.В.
Туманова У.Н., Намлылар И.Х., Щеголев А.И.
Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П., Чаусов А.А.
Турдиева Ф.Р., Каюмова Д.Т.
Турок И.В.
Турок И.В., Метлицкий В.В.
Тухтабаев А.А.
Тягушева Е.Н., Негоднова Е.В., Науменко Е.И.
Угланова Н.П., Гречканев Г.О., Белоглазов В.К.

Уквальберг М.Е., Иванова Н.А., Никитин С.С., Варламова Т.В., Васильева А.Э.
Улуханова Л.У., Омариева Р.М.
Улуханова Л.У., Омариева Р.М.
Уманский М.Н., Мелконов Э.Ю., Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В., Карташева С.В., Арабаджан С.М.
Уманский М.Н., Хвалина Т.В., Буштырев А.В., Баранов А.П., Бережная Е.В.
Уманский М.Н., Чернобабова Т.В., Дыбова В.С., Маленкова О.Ф.
Ушакова И.А., Карась И.Ю., Шибельгут Н.М., Неретина А.В.
Файзуллина Н.И., Крамарский В.А., Трусов Ю.В.
Фарзалиева А.В., Сотникова Н.Ю., Борзова Н.Ю.
Фарзалиева А.В., Сотникова Н.Ю., Борзова Н.Ю.
Фицева Ж.Б., Цахилова С.Г.
Фицева Ж.Б., Цахилова С.Г., Сакварелидзе Н., Кузнецов М.И., Манухина Е.И., Тотчиев Г.Ф.
Хаджилаева Ф.Д.
Хаджилаева Ф.Д., Хубиева А.Х-А., Пономарева Е.Б., Хаджилаев И.Д.
Хаджилаева Ф.Д., Хубиева А.Х-А., Хаджилаев И.Д., Пономарева Е.Б.
Халитова Р.Ш.
Харламова Н.В., Будалова А.В., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г.
Хашукоева А.З., Наумов А.В., Носова Л.А., Полянская А.Р., Дмитрашко Т.Е.
Хомякова Т.И., Еримбетов К.Т., Магомедова А.Д., Хомяков Ю.Н.
Храмова Е.Е., Бугун О.В., Пигарева Л.Н.
Чемортан М.И.
Чуприненко Л.М., Крутова В.А., Ефименко А.В., Мирошниченко Л.Б.
Шешко П.Л., Назаренко Т.А., Литвинова В.В., Коцоев Т.В.
Шишкина Д.И., Сичинава Л.Г.
Шнейдерман М.Г., Шнейдерман М.М.
Шодиева Х.Т., Курбонова Н.А.
Шомиров Дилшод Абдухамидович
Шульпина Е.Ю., Добрынина М.Л.
Шумейкина А.О., Красильников С.Э.
Шумейкина А.О., Пасман Н.М.
Шумейкина А.О., Пасман Н.М.
Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Чаусов А.А.
Щербаков В.И., Поздняков И.М., Ширинская А.В., Волков М.В.
Щукина А.А.[1], Киценко Е.А.[1], Манукьян Г.В.[1], Апресян С.В.[2], Шмаков Р.Г.[3], Габриелян А.Р.[2], Жигалова С.Б.[1], Мусин Р.А.[1], Меликян А.Л.[4], Соколова М.А.[4], Полушкина Е.С.[3]
Юнусова Д.Х., Нажмутдинова Д.К.
Юсенко С.Р., Коган И.Ю., Нагорнева С.В.
Юсупбаев Р.Б., Игамбердиева Д.У., Даулетова М.Ж.
Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Ильюк Ж.Н., Андреева Н.Л., Щуцкая Э.В., Бакановская С.Е., Бич А.И.
Янгибаева Д.Т., Юлдашева Д.Ю., Чориева Г.З., Садикова Д.Р.
Яценко Д.С.