



ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона
Основано в 1886 году



XIX Региональный НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ Мать и Дитя

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

1–3 июля 2026

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»
Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

МАТЕРИАЛЫ

**XIX Региональный научно-образовательный форум
«Мать и Дитя» и Пленум Правления РОАГ**

1–3 июля 2026 года

М., 2026 – 196 с.

Главные редакторы:
Сухих Г.Т., Серов В.Н.,
Научные редакторы:
Баранов И.И., Зубков В.В.,
Нестерова Л.А.

ISBN 978–5–906484–94–9

© «МЕДИ Экспо», 2026



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Акушерство

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО- ИНДУЦИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Асатова М.М., Даулетова М.Ж.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Актуальность

Лекарственно-индуцированное поражение печени (DILI) у беременных ассоциируется с существенным увеличением частоты неблагоприятных перинатальных исходов, что обусловлено развитием плацентарной дисфункции и хронической гипоксии плода. Современные исследования демонстрируют, что DILI следует рассматривать не только как изолированную гепатологическую патологию, но и как фактор риска placenta-mediated осложнений беременности.

Цель

Определить клинико-биохимические доплерометрические особенности у беременных с DILI и оценить их ассоциацию с плацентарной недостаточностью.

Материалы и методы

Исследование выполнено как проспективное сравнительное когортное исследование. В основную группу включены 98 беременных во II–III триместрах с клинико-лабораторными признаками лекарственно-индуцированного поражения печени. Контрольную группу составили 40 беременных с физиологическим течением беременности без патологии печени и плаценты.

Результат

Клинически в основной группе чаще отмечались астеновегетативные жалобы, кожный зуд, тяжесть в правом подреберье и диспепсия.

В основной группе выявлена выраженная гиперферментемия с преобладанием цитолитического паттерна, умеренная гипербилирубинемия и признаки снижения



В начало

Содержание

Список авторов

синтетической функции печени. Наиболее чувствительными лабораторными индикаторами у пациенток с DILL были АЛТ, АСТ и альбумин.

При анализе частоты патологических изменений кровотока установлено, что нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока выявлено у 62,2% (61 пациентки) основной группы, тогда как в контрольной группе данный показатель составил лишь 12,5% (5 пациенток) ($p < 0,001$).

Также значительно чаще в основной группе регистрировалось снижение СРР ниже 1,08 — у 36,7% (36 пациенток), тогда как в контрольной группе этот показатель наблюдался только у 5,0% (2 пациенток) ($p < 0,001$).

Клиническим проявлением выявленных гемодинамических нарушений стала значительно более высокая частота задержки роста плода, которая была диагностирована у 41,8% (41 пациентки) основной группы, в то время как в контрольной группе данный показатель составил 7,5% (3 пациентки) ($p < 0,001$).

Таким образом, представленные данные демонстрируют, что у беременных основной группы наблюдаются выраженные нарушения маточно-плацентарного и фетального кровотока, сопровождающиеся снижением церебро-плацентарного соотношения и высокой частотой синдрома задержки роста плода, что подтверждает ведущую роль плацентарной недостаточности в патогенезе данных осложнений беременности.

Заключение

Лекарственно-индуцированное поражение печени у беременных ассоциируется с высоким риском неблагоприятных перинатальных исходов, включая синдром задержки роста плода, преждевременные роды и низкую массу тела при рождении, что обусловлено развитием плацентарной недостаточности; при этом отношение шансов её формирования может превышать 10, подтверждая значимую роль DILL как фактора placenta-mediated осложнений.

ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ИНДУКЦИИ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ашурова У.А., Исакова З.О.

г. Ташкент

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Актуальность

Индукция родов (ИР) широко применяется при беременности, осложнённой гестационным сахарным диабетом (ГСД), однако её эффективность и успешность остаётся серьёзной акушерской проблемой, которая оказывает прямое влияние на показатели материнской и неонатальной заболеваемости.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Провести сравнительный анализ распространённости и прогностической значимости факторов риска неэффективной индукции родов у женщин с ГСД и без метаболических нарушений с определением ключевых предикторов в группе ГСД.

Материалы и методы

В ретроспективно-проспективное когортное исследование включены 110 женщин с доношенной беременностью (37–41 неделя), которым проводилась индукция родов. В группу А вошли 55 пациенток с ГСД (диагноз установлен при наличии двух патологических значений при ПГТТ с 75 г глюкозы), в группу В — 55 женщин без ГСД, сопоставимых по возрасту и паритету. Оценивались исходные показатели: индекс массы тела (ИМТ), паритет, шкала Бишопа, состояние шейки матки, предполагаемая масса плода и сопутствующие состояния (артериальная гипертензия, риск макросомии).

Результат

Средний индекс массы тела (ИМТ) составил $31,0 \pm 4,2$ кг/м² в группе ГСД и $26,5 \pm 3,1$ кг/м² в контрольной группе. Доля первородящих женщин составила 62% и 48% соответственно. Средний балл по шкале Бишопа был ниже в группе ГСД ($4,5 \pm 1,6$ против $5,8 \pm 1,4$). Предполагаемая масса плода $\geq 4,0$ кг выявлялась у 29% пациенток с ГСД и у 11% в группе контроля. Индукция родов проводилась с использованием простагландинов для подготовки шейки матки (при значении по шкале Бишопа ≤ 6) с последующим применением окситоцина и амниотомии по показаниям. В качестве первичной конечной точки рассматривалась неэффективность индукции родов, вторичными — способ родоразрешения, длительность периода от начала индукции до родоразрешения и неонатальные исходы. Частота неэффективной индукции родов была значительно выше у пациенток с ГСД и составила 34,5% (19/55) по сравнению с 14,5% (8/55) в группе без ГСД ($p < 0,01$). По результатам многофакторного регрессионного анализа независимыми предикторами неудачной индукции являлись: ИМТ ≥ 30 кг/м² (OR 2,9; 95% ДИ 1,4–5,9), балл по шкале Бишопа ≤ 5 (OR 3,4; 95% ДИ 1,7–6,9), первородство (OR 1,8; 95% ДИ 1,0–3,3) и масса плода $\geq 4,0$ кг (OR 2,6; 95% ДИ 1,2–5,7). В подгруппе пациенток с ГСД сочетание ожирения (ИМТ ≥ 30 кг/м²) и неблагоприятного состояния шейки матки (Бишоп ≤ 4) ассоциировалось с ещё более высоким риском неэффективной индукции родов (OR 4,7; 95% ДИ 2,1–10,4).

Заключение

У женщин с гестационным сахарным диабетом отмечается более высокая частота неэффективной индукции родов. К основным факторам риска относятся повышенный индекс массы тела, неблагоприятная оценка по шкале Бишопа, первородство и увеличенная масса плода; при этом их влияние более выражено в группе ГСД. Ранняя идентификация данных факторов позволяет индивидуализировать тактику индукции родов и улучшить акушерские и неонатальные исходы.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫВОРОТА МАТКИ: РАЗБОР АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

Баранов А.Н., Дьячков С.К., Куцева Л.А.

г. Архангельск

Клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Выворот матки – редкое (1:45 000 родов в развитых странах), но крайне опасное осложнение раннего послеродового периода, сопровождающееся профузным кровотечением и шоком. Ввиду редкости патологии практические врачи не всегда готовы к быстрой диагностике и правильной тактике, что увеличивает риск материнской смертности и потери репродуктивной функции.

Цель

На основе анализа клинического случая и данных литературы представить современную тактику диагностики и неотложной помощи при послеродовом вывороте матки.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ клинического случая пациентки А., 27 лет (беременность 38–39 недель, роды через естественные родовые пути). Используются данные акушерского анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов. Выполнен обзор литературы по этиологии, патогенезу, классификации и лечению выворота матки (PubMed, клинические рекомендации ACOG, MSD Manual, национальное руководство по акушерству). Оценена эффективность протокола активного ведения третьего периода родов, ручного вправления матки и противошоковой терапии.

Результат

Пациентка А., повторнородящая (в анамнезе срочные роды в 2021 г., осложнившиеся ранним послеродовым кровотечением и ручным обследованием полости матки в третьем периоде), поступила для планового родоразрешения в сроке 38-39 недель. Роды велись консервативно через естественные родовые пути. I и II периоды родов протекали без осложнений, родился живой доношенный плод массой 3620 г. В III периоде родов с целью профилактики кровотечения введен карбетоцин. Через 17 минут после рождения плода произошел полный выворот матки с плацентой за пределы половой щели. Мгновенно мобилизована мультидисциплинарная бригада. Под внутривенной анестезией выполнено ручное вправление матки по методу Джонсона с последующим ручным отделением плаценты. После отделения последа дополнительная кровопотеря составила 1400 мл, общая кровопотеря – 2200 мл. Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (Стерофундин, транексамовая кислота, переливание эритроцитарной массы), утеротоническая поддержка. Пациентка находилась в ОАР до стабилизации состояния. Послеродовый период протекал



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

без осложнений, на 5-е сутки выписана под наблюдение врача женской консультации. При выписке сохранялась анемия средней степени (Hb 79 г/л), по данным УЗИ – инволюция матки в норме.

Анализ литературы показывает: развитие выворота матки чаще связано с ведением третьего периода родов (тракция за пуповину при неотделившейся плаценте, приёмы Креде-Лазаревича) на фоне сниженного тонуса матки. Предрасполагающие факторы: длительный третий период, перерастяжение матки (многоводие, крупный плод), подслизистая миома. Ключевые элементы неотложной помощи: немедленный вызов анестезиолога и операционной бригады, инфузионно-трансфузионная терапия, ручное вправление под анестезией (возможно с токолитиками). При неэффективности – абдоминальные операции (Хантингтона, Холтейна).

Заключение

Послеродовой выворот матки требует высокой настороженности, быстрой диагностики (внезапная боль, кровотечение, брадикардия, пальпация воронки вместо дна матки) и немедленной репозиции в течение первых часов. Профилактика заключается в соблюдении протокола ведения третьего периода родов – запрете на тракции пуповины без признаков отделения плаценты и необоснованном давлении на дно матки. Регулярное симуляционное обучение персонала, служит основой для правильных действий при вывороте матки, благодаря чему в критической ситуации становится возможным сохранение органа и предотвращение летального исхода.

ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ПУТИ РЕШЕНИЯ

Блох Р.А., Блох М.Е., Мухамедрахимов Р.Ж.

г. Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность

Гестационный сахарный диабет (ГСД) относится к числу распространённых осложнений беременности и представляет собой значимую медико-социальную проблему, поскольку ассоциирован с повышенным риском неблагоприятных исходов для матери и ребёнка. Эффективность ведения ГСД во многом зависит от того, насколько последовательно беременная женщина соблюдает медикаментозные и немедикаментозные рекомендации врача. Особый интерес представляет сравнение пациенток с ГСД и прегестационным сахарным диабетом (ПСД), поскольку обе группы нуждаются в повышенном внимании специалистов и регулярном самоконтроле, однако женщины с ПСД, как правило, имеют более длительный опыт жизни с заболеванием.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Изучить особенности приверженности лечению у беременных с гестационным сахарным диабетом в сравнении с женщинами с прегестационным сахарным диабетом и беременными без нарушений углеводного обмена.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 164 беременные женщины, возраст $32,2 \pm 5,6$ года, срок гестации $30,4 \pm 6,4$ недели; из них 40 (24,4%) — с ГСД, 15 (9,1%) — с ПСД и 109 (66,5%) — без нарушений углеводного обмена. Методы: медико-социально-демографическая анкета, опросник приверженности лечению Мориски–Грина, шкала депрессии Бека, Тест отношения беременной (ТОБ), шкала дородового материнского отношения (MAAS).

Результат

Наиболее высокая приверженность лечению по шкале Мориски–Грина выявлена у пациенток с ПСД: среднее значение категории приверженности — $2,4 \pm 0,83$ (где 1 — низкая, 2 — средняя, 3 — высокая приверженность). В группе ГСД этот показатель составил $1,88 \pm 0,69$, у женщин без нарушений углеводного обмена — $1,59 \pm 0,71$.

Распределение категорий приверженности статистически значимо различалось между группами ($\chi^2 = 26,405$; $p < 0,001$; V Крамера = 0,284). В группе ГСД низкая приверженность выявлена у 30,0% женщин, средняя — у 52,5%, высокая — у 17,5%. В группе ПСД низкая и средняя приверженность встречались по 20,0%, высокая — у 60,0%. Среди женщин без нарушений углеводного обмена низкая приверженность выявлена у 54,1%, средняя — у 33,0%, высокая — у 12,8%.

Высокая приверженность у пациенток с ПСД встречалась в 3,43 раза чаще, чем у беременных с ГСД, и в 4,67 раза чаще, чем у женщин без нарушений углеводного обмена. При этом среднее значение категории приверженности в группе ГСД не достигало 2 баллов, соответствующих средней приверженности, что указывает на недостаточную устойчивость соблюдения рекомендаций врача.

При сравнении ПСД и женщин без нарушений углеводного обмена у пациенток с ПСД были выше баллы Мориски–Грина ($p = 0,008$) и категория приверженности ($p < 0,001$), что может отражать более длительный опыт заболевания и сформированный навык самоконтроля. Вместе с тем более высокая приверженность в группе ПСД сочеталась с большей психологической нагрузкой: различия выявлены по шкале депрессии Бека ($p = 0,037$) и депрессивному типу ПКГД по ТОБ ($p = 0,001$). При сравнении ГСД и ПСД также выявлены различия по качеству дородовой привязанности MAAS ($p = 0,009$), при этом показатели были более благоприятными в группе ГСД.

Заключение

Беременные с ГСД демонстрируют более высокую приверженность лечению, чем женщины без нарушений углеводного обмена, однако её уровень уступает показателям пациенток с ПСД и не достигает средней категории. Высокая приверженность у женщин с ПСД сочетается с большей психологической нагрузкой, что подчёркивает необходимость психологического сопровождения даже при хорошем соблюдении рекомендаций. Для повышения приверженности у беременных с ГСД необхо-



В начало

Содержание

Список авторов

димы современные пациент-ориентированные решения: цифровые напоминания, индивидуальные алгоритмы самоконтроля, регулярная обратная связь специалистов и доступные психообразовательные материалы.

ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА ПЛОДА – МАРКЕР ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Виктор С.А., Прилуцкая В.А.

г. Минск

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

Актуальность

Современное акушерство нуждается в простых и надёжных ультразвуковых признаках, ассоциированных с перинатальными осложнениями. Увеличение фетальной подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) связано с нарушениями углеводного обмена у матери, коррелирует с уровнем глюкозы и инсулина в пуповинной крови и может являться дополнительным инструментом для ранней диагностики и стратификации риска нарушений углеводного обмена у беременных женщин.

Цель

Установить материнские и перинатальные факторы, ассоциированные с увеличением фетальной подкожно-жировой клетчатки.

Материалы и методы

В проспективном исследовании приняли участие 189 беременных женщин с самостоятельно наступившей одноплодной беременностью, родоразрешенных в РНПЦ «Мать и дитя» в сроке 37/0 недель гестации и более. Перед родоразрешением при проведении ультразвуковой фетометрии выполнено измерение фетальной ПЖК в области живота. В зависимости от полученных результатов сформировано 2 группы исследования: группа 1 – 50 беременных женщин с фетальной ПЖК в области живота 5 мм и более, группа 2 – 139 беременных женщин с фетальной ПЖК в области живота до 5 мм. Проведена оценка материнских и перинатальных факторов, ассоциированных с увеличением толщины фетальной ПЖК, с расчетом отношения шансов (ОШ) 95% доверительный интервал (95% ДИ). Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результат

Средний возраст беременных в группах составил 28 (26–32) и 32 (27–35) лет соответственно, $p = 0,031$. Женщины были сопоставимы по росту ($p = 0,402$) и массе тела до беременности ($p = 0,069$), однако индекс массы тела был выше в группе 1 (26,0 (23,1–30,6) кг/м² против 23,6 (21,5–27,4) кг/м², $p = 0,008$). Были установлены следующие материнские факторы, ассоциированные с утолщением ПЖК плода в области живота более 5 мм:



В начало

Содержание

Список авторов

- избыток массы тела или ожирение до беременности – ОШ 2,24 (95% ДИ 1,16–4,33), $p=0,015$
- сахарный диабет – ОШ 13,54 (95% ДИ 5,98–30,64), $p<0,001$;
- применение непрерывной подкожной инфузии инсулина у беременных с прегестационным сахарным диабетом – ОШ 0,16 (95% ДИ 0,04–0,71), $p=0,025$;
- компенсация сахарного диабета (гликированный гемоглобин менее 6% во втором и третьем триместрах беременности) – ОШ 0,05 (95% ДИ 0,01–0,21), $p<0,001$.

При проведении ROC-анализа пороговые значения гликированного гемоглобина для прогнозирования утолщения фетальной ПЖК в области живота составили 6,45% во II триместре (AUC 0,70 (0,54–0,86), $p=0,013$, чувствительность 65%, специфичность 70%) и 6,45% в III триместре (AUC 0,69 (0,53–0,86), $p=0,019$, чувствительность 77%, специфичность 75%).

С утолщением фетальной ПЖК в области живота были ассоциированы следующие перинатальные осложнения:

- многоводие – ОШ 4,60 (95% ДИ 2,06–10,28), $p<0,001$;
- фетальная макросомия – ОШ 5,24 (95% ДИ 2,62–10,47), $p<0,001$;
- непропорциональное развитие плода (массо-ростовой индекс более 90 центиля относительно пола и срока гестации по таблицам INTERGROWTH-21st) – ОШ 27,59 (95% ДИ 11,77–64,65), $p<0,001$;
- необходимость в респираторной поддержке в раннем неонатальном периоде – ОШ 6,18 (95% ДИ 1,48–25,75), $p=0,016$;
- перевод в отделение интенсивной терапии и реанимации в раннем неонатальном периоде – ОШ 9,71 (95% ДИ 3,72–25,35), $p<0,001$.

Заключение

Таким образом, эхографическую оценку фетальной подкожно-жировой клетчатки плода можно рассматривать как маркер перинатальных осложнений. Данный показатель может быть использован для ранней диагностики трофических расстройств плода, стратификации риска и мониторинга эффективности лечения беременных с метаболическими нарушениями.



В начало

Содержание

Список авторов

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРУКТУРИРОВАННОГО АНТЕНАТАЛЬНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВНЕ СТРАНЫ ПОСТОЯННОГО ПРОЖИВАНИЯ

Гафурова Т.У.

г. Москва
ООО «Авиценна»

Актуальность

У беременных женщин, временно проживающих вне страны постоянного проживания, сочетание ограниченного доступа к антенатальной помощи и психоэмоционального дистресса ассоциируется с ухудшением акушерских и перинатальных исходов. Клиническая эффективность структурированного антенатального наблюдения с психоэмоциональной поддержкой в этой группе требует уточнения.

Цель

Оценить влияние регулярного антенатального наблюдения и психоэмоциональной поддержки на психоэмоциональный статус, акушерские и перинатальные исходы у беременных женщин гражданок Таджикистана, временно проживающих вне страны постоянного проживания в России.

Материалы и методы

Выполнен сравнительный анализ двух подгрупп: 32 беременные женщины получали полное дородовое сопровождение с обязательной психоэмоциональной поддержкой, 68 наблюдались без медико-психологического сопровождения. У 32 женщин психоэмоциональный статус оценивали до и после вмешательства по шкалам Бека и Спилбергера–Ханина. Анализировали гестационные осложнения, сроки родоразрешения, массу тела новорождённых, оценку по шкале Апгар и перинатальные потери. Статистическая значимость оценивалась по r -значениям, для основных сравнений использован точный критерий Фишера.

Результат

До вмешательства высокая личностная тревожность регистрировалась у 20/32 (62,5%) женщин, депрессивная симптоматика — у 23/32 (71,9%). После психоэмоциональной поддержки доля женщин без депрессивной симптоматики увеличилась с 9/32 (28,1%) до 25/32 (78,1%) ($p=0,003$); субдепрессия снизилась с 12/32 (37,5%) до 4/32 (12,5%), умеренная депрессия — с 3/32 (9,4%) до 1/32 (3,1%), депрессия средней степени тяжести — с 7/32 (21,9%) до 2/32 (6,3%); тяжёлая депрессия не регистрировалась. Умеренная реактивная тревожность снизилась с 10/32 (31,3%) до 4/32 (12,5%) ($p=0,070$), при отсутствии динамики личностной тревожности ($p=1,0$).



В начало

Содержание

Список авторов

В группе структурированного сопровождения доля срочных родов была выше, чем без медико-психологической поддержки: 25/32 (78,1%) против 22/68 (32,4%); преждевременные роды — 6/32 (18,8%) против 34/68 (50,0%); запоздалые — 1/32 (3,1%) против 12/68 (17,6%) ($p < 0,001$). Использование специализированного подхода сопровождалось снижением частоты нарушений фетоплацентарного кровотока ($p = 0,005$). Распределение массы тела новорождённых статистически значимо не различалось ($p = 0,139$), однако детей с массой 1500–2500 г было меньше — 1/32 (3,1%) против 11/68 (16,2%). Более благоприятным было и распределение оценок по шкале Апгар: 8–9 баллов — 22/32 (68,8%) против 25/68 (36,8%), ≤ 6 баллов — 2/32 (6,3%) против 14/68 (20,6%) ($p = 0,009$). Перинатальные потери отсутствовали в группе сопровождения; в группе без сопровождения зарегистрировано 8/68 (11,8%) случаев.

Заключение

Регулярное антенатальное наблюдение в сочетании с психоэмоциональной поддержкой у женщин, временно проживающих вне страны постоянного проживания, сопровождается клинически значимым улучшением психоэмоционального состояния, смещением сроков родоразрешения в сторону срочных родов и более благоприятной неонатальной адаптацией. Полученные данные обосновывают включение медико-психологического сопровождения в рутинную модель антенатальной помощи данной категории пациенток.

ТРАНСКУТАННАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ОБЛЕГЧЕНИЯ РОДОВОЙ БОЛИ

Грачева М.И., Грачева Т.И., Доманская М.А., Козырко Е.В., Ушакова И.А., Николаева А.В., Кан Н.Е.

г. Москва

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

Актуальность

Возрастает потребность в альтернативных методах обезболивания родов. Транскутанная электронейростимуляция (ТЭНС) привлекает внимание благодаря неинвазивности, простоте использования, отсутствию побочных эффектов и безопасности для плода.

Цель

Оценить эффективность транскутанной электронейростимуляции (TENS) в качестве метода обезболивания в родах по сравнению с эпидуральной анестезией, а также степень удовлетворенности рожениц от примененного метода.



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

В исследование включены 50 здоровых рожениц – I группе (n=25) для обезболивания самопроизвольных родов использовали TENS, II группе (n=25) – эпидуральную анестезию. Также проанализированы результаты клинических исследований по применению данного метода в акушерстве по данным российской и зарубежной литературы.

Результат

Через 30 минут после начала обезболивания в I группе интенсивность боли снизилась с 7,2 до 5,2 баллов по ВАШ (с сильной до умеренной), а через 1 час — до 3,2 баллов (до слабой боли). Во II группе скорость наступления обезболивания была выше: уже через 30 минут боль полностью купировалась (0 баллов). В результате анонимного опроса рожениц, использующих TENS – 38,2% были «очень удовлетворены», 54,2% «удовлетворены». Большинство женщин (70,2%) I группы будут рекомендовать TENS для облегчения родовой боли. Анализ вторичных исходов не показал достоверных межгрупповых различий (I и II группы).

Заключение

Сравнительный анализ эффективности TENS и эпидуральной анестезии у рожениц показал, что транскутанная электронейростимуляция обеспечивает клинически значимое обезболивание в родах, не оказывая при этом воздействия на акушерские и перинатальные исходы. Валидация предложенного метода облегчения родовой боли после проведения крупномасштабного клинического исследования позволит в будущем использовать его как стандартный протокол в рамках различных акушерских стационаров и практик.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Даминава Р.А., Асатова М.М.

г. Ташкент

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health

Актуальность

Анемия во время беременности остается одной из наиболее частых экстрагениальных патологий и рассматривается как значимый фактор риска неблагоприятного течения гестации, родов и послеродового периода.

В связи с этим клиничко-лабораторический разбор анемии у беременных представляет не только теоретический, но и существенный практический интерес, поскольку позволяет определить структуру различных форм анемии, уточнить диагностический алгоритм и повысить обоснованность лечебной тактики.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Изучить клинико-лабораторические особенности анемии у беременных, определить структуру основных её вариантов и представить современные подходы к дифференциальной диагностике.

Материалы и методы

В исследование были включены 204 беременные женщины с лабораторно подтвержденной анемией. Всем пациенткам проводили общеклиническое обследование, общий анализ крови, оценку эритроцитарных индексов, определение сывороточного железа, ферритина, трансферрина или общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщения трансферрина, а также уровней витамина В12 и фолатов.

Результат

Анализ структуры анемии у обследованных беременных показал, что наиболее часто встречалась железодефицитная анемия у 99 (48,5%), а В12-дефицитная анемия 24 (11,8%), фолиеводефицитная анемия 17 (8,3%) и анемия хронических заболеваний 64 (31,4%) пациенток.

Для железодефицитной анемии наиболее характерны снижение MCV, MCH и MCHC, уменьшение уровня ферритина, сывороточного железа и насыщения трансферрина при повышении ОЖСС. Морфологически определяется микроцитоз и гипохромия.

В12-дефицитная и фолиеводефицитная анемии сопровождаются макроцитозом. При В12-дефиците отмечается снижение уровня витамина В12, повышение гомоцистеина и метилмалоновой кислоты. Для фолиеводефицитной анемии характерно снижение уровня фолатов и повышение гомоцистеина при нормальном уровне метилмалоновой кислоты.

Таким образом, комплексная оценка эритроцитарных индексов, показателей обмена железа, витамина В12, фолатов и метаболических маркеров позволяет проводить точную дифференциальную диагностику различных форм анемии у беременных.

Для уточнения морфологического варианта анемии оценивались эритроцитарные индексы MCV, MCH, MCHC и RDW. Их анализ имел важное значение для разграничения микроцитарных и макроцитарных форм анемии: микроцитоз был более характерен для железодефицитной анемии, тогда как макроцитоз указывал на возможный дефицит витамина В12 или фолатов.

Определение ретикулоцитов использовалось для оценки активности эритропоэза и позволяло судить о степени компенсаторной реакции костного мозга. Для изучения обмена железа исследовались уровни ферритина, сывороточного железа, ОЖСС, трансферрина и насыщения трансферрина. Эти показатели имели ключевое значение для подтверждения или исключения железодефицитной анемии, а также для дифференциации ее с анемией хронических заболеваний.

Таким образом, данные показывают, что постановка диагноза при анемии у беременных должна основываться на комплексном лабораторном обследовании, позволяющем определить не только факт наличия анемии, но и ее патогенетический вариант.



В начало

Содержание

Список авторов

При подозрении на железодефицит ключевое значение имело определение ферритина как маркера запасов железа. При сочетании низкого сывороточного железа с нормальным или повышенным ферритином и признаками воспаления анемию расценивали как анемию хронических заболеваний. У пациенток с макроцитозом исследовали уровень витамина B12 и фолатов; при спорных результатах дополнительно ориентировались на гомоцистеин и метилмалоновую кислоту. Повышение метилмалоновой кислоты считали более характерным для дефицита витамина B12, тогда как изолированное повышение гомоцистеина при нормальной метилмалоновой кислоте поддерживало диагноз фолиеводефицитной анемии.

Заключение

Таким образом, дифференциальная диагностика различных форм анемии должна опираться на сочетанную оценку общего анализа крови, эритроцитарных индексов, показателей обмена железа, уровней витамина B12 и фолатов, а также маркеров воспаления. Применение такого подхода позволяет своевременно обосновать лечебную тактику и оптимизировать ведение беременности.

БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ И ОРТОРЕКСИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ

Дражина О.Г., Прилуцкая В.А., Воропаева А.В.

г. Минск, Беларусь

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Актуальность

Успешная гестация со своевременным родоразрешением определяется комбинацией соматического и акушерско-гинекологического статуса женщины. Одним из важных факторов благоприятного развития беременности является достаточное и сбалансированное питание. В процессе рутинного медицинского общения с пациенткой сложно найти грань между стремлением к правильному питанию и нервной орторексией. Поэтому своевременное выявление нарушений пищевого поведения по типу нервной орторексии может помочь в диагностике расстройств и коррекции негативных последствий для здоровья матери, развития плода и в последующем ребенка.

Цель

Оценить современные особенности орторексии у беременных женщин с использованием опросника ORTO-15.

Материалы и методы

Исследование было проведено с участием 50 беременных женщин, состоящих на учете по беременности в учреждениях здравоохранения «Городской клинический



родильный дом №2» и «26-я городская поликлиника» г. Минска в период с апреля по май 2026 года. Медиана возраста проанкетированных беременных женщин составила 33 года (минимум 22, максимум 48 лет). Для сбора данных использовалась разработанная нами анкета с социально-демографической информацией и руссифицированным валидированным опросником ORTO-15, содержащим 15 вопросов. Критерии включения: согласие на участие в исследовании. Критерии невключения: тяжелая соматическая или инфекционная патология, тяжелые осложнения беременности, нарушения обмена веществ, требующие лечебного питания. Обработка полученных данных выполнялись с использованием статистических пакетов Excel, Statistica 10.0. Качественные показатели представлены в виде абсолютного значения и доли (абс. число (%)). Количественные переменные представлены как медиана и интерквартильный размах (Ме (25%–75%)), с указанием минимального и максимального значений. Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результат

Число предыдущих беременностей среди респонденток колебалось 0 до 4, Ме составила 2. В среднем роды предстояли первые (минимум 1, максимум 4). Медиана возраста предыдущего ребенка была 10 лет (минимум 2, максимум 16 лет). При постановке на учет по беременности масса тела женщин составила 65 кг (минимум 48, максимум 118 кг), ИМТ – 23,0 кг/м² и колебался от 16,9 до 41,1 кг/м². Большинство беременных старались придерживаться правильного питания. Анкеты были аккуратно заполнены в обоих разделах. Медиана общего балла у респондентов составила 37 (35–40) баллов, что указывает на умеренную орторексию. Максимальное количество баллов (3 (3–4)) получено на вопросы 3 (За последние 3 месяца испытывали ли Вы беспокойство от мыслей о еде?) и 10 (Считаете, что «правильное» питание повышает самооценку?). Минимальное количество баллов (1 (1–3)) получено на вопрос 1 анкеты (Следите ли вы за тем, сколько калорий следите за день?), затем следовал вопрос 12 (Правильное питание улучшает то, как Вы выглядите?) с медианой 2 (1–2) балла. Пороговое значение по шкале ORTO-1 превысили 17 (26%) пациенток. При корреляционном анализе установлены статистически значимые ассоциации между сроком гестации и бальными значениями вопросов опросника 5 ($r_s = -0,298$, $p < 0,036$) и 15 ($r_s = 0,384$, $p = 0,006$); длительностью бесплодия в анамнезе и баллами вопросов 2 ($r_s = -0,344$, $p = 0,019$) и 10 ($r_s = 0,332$, $p < 0,023$). Не было корреляционных взаимосвязей массой тела или ИМТ (при постановке на учет по беременности) и величиной баллов вопросов анкеты. Не найдено корреляций общей суммы баллов опросника по шкале ORTO-15 с социально-демографическими показателями.

Заключение

Навязчивые формы пищевого поведения способны влиять на сбалансированность питания беременных женщин. Тщательность заполнения анкет всеми пациентками, а также показатели по орторексии, полученные по опроснику ORTO-15, указывают на возможность использовать нацеленность и приверженность беременных к «правильному питанию», в том числе в обучении основам культуры пищевого поведения во время прегравидарной подготовки, беременности и при лактации.



В начало

Содержание

Список авторов

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ У ЖЕНЩИН ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Железная А.А., Говоруха И.Т., Левандовская А.А.

г. Донецк
ГБУ ВО ДОНГМУ

Актуальность

Перинатальные потери – значимый комплексный показатель социального благополучия, экономического развития и состояния медицинской помощи любого государства.

Цель

Изучить частоту и причины перинатальных потерь у женщин Донецкой Народной Республики (ДНР).

Материалы и методы

Для выяснения частоты и структуры перинатальных потерь проанализированы исходы 12939 родов, проведенных за 5 лет (2021–2025 годы) в Государственном бюджетном учреждении Донецкой Народной Республики «Донецкий республиканский перинатальный центр им. проф. В.К. Чайки». Детально изучена медицинская документация 229 случаев перинатальной смертности.

Результат

Перинатальная смертность в ДНР за последние пять лет составила 229 (17,1%) случаев, в том числе мертворождения – 146 (10,9%), ранняя неонатальная смертность – 83 (6,3%).

Установлено, что по возрастному составу женщины, у которых произошли потери плода распределены так: в возрасте от 18 до 34 лет находились 62% пациенток, от 35 лет и старше – 37% и юные беременные составили 1%.

Выяснено, что первобеременных и первородящих было 27%, соответственно повторнородящих отмечено 73%, но преобладали повторнобеременные, среди которых в анамнезе регистрировались искусственные, самопроизвольные аборт и замершие беременности, что также могло негативно сказаться на течении и исходе настоящей беременности.

Интергенеративный интервал меньше одного года имели 9% повторнородящих женщин.

Из всех случаев перинатальной смертности 19% младенцев были доношенными, соответственно 81% – недоношенными.

Следует указать, что почти треть пациенток были жительницами города Донецка, в то время как 69% перинатальных потерь произошло у пациенток из городов и сельской местности ДНР. Вероятно этим, а также специальной военной операцией в республике и Covid – пандемией, можно объяснить, что 83% женщин не были



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

обследованы во время беременности в полном объёме, и причина гибели плода была установлена ретроспективно.

У пациенток с перинатальными потерями были зарегистрированы следующие осложнения во время беременности: воспалительные и инфекционные заболевания (59%); ранняя рвота беременных (24%); угрожающий выкидыш (56%); угроза преждевременных родов (34%); преэклампсия (14%); замедленный рост и недостаточное питание плода (16%); дистресс плода (9%); анемия беременных (46%). Возможно, на неблагоприятный исход беременности негативно повлияли курение (28%), тяжёлый физический труд (18%), а также хронической стрессовой ситуации, которой подвержены все жители республики и которая естественно усугублялась во время беременности.

При исследовании последа имели место следующие патологоанатомические особенности: нарушения пуповинного кровообращения (аплазия и недоразвитие пупочных артерий, неправильное прикрепление сосудов к плаценте); изменения плацентарной ткани (незрелость ворсинчатого хориона с недостаточностью инвазии цитотрофобласта в спиральные артерии, дистрофические нарушения, отложение фибриноза, децидуит, тромбоз спиралевидных сосудов). При потере плода в третьем триместре беременности отмечались признаки декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности с наличием выраженных патологических изменений в децидуальных оболочках, хорионе, хориальной пластинке в виде гиалиноза сосудов, очаговой лимфоидной инфильтрации, гиперваскуляризации ворсин, увеличении артериовенозных анастомозов.

Заключение

Высокая частота перинатальных потерь в ДНР указывает на необходимость разработки стратегии по их снижению. У данной категории пациенток необходим тщательный анализ качества жизни, анамнеза, течения предыдущих и данной беременности, разработка организационных и лечебных мероприятий, направленных на проведение персонализированной преконцептуальной подготовки, ранней диагностики, лечения и профилактики осложнений беременности.



В начало

Содержание

Список авторов

ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ РАННЕГО ТОКСИКОЗА У ЖЕНЩИН С МНОГОКРАТНЫМИ ПРЕРЫВАНИЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ ИЗ-ЗА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Иванов Д.О., Ветров В.В., Гайдуков С.Н., Тайц А.Н.

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

Актуальность

Наш собственный опыт и данные других отечественных авторов свидетельствуют о высокой эффективности лечения беременных с различными формами акушерской патологии, в том числе при тяжелой рвоте с помощью детоксикационной, эфферентной терапии в виде плазмафереза. Однако в клиническом протоколе при этой патологии врачам рекомендуются различные подходы – от лекарственных препаратов до энтерального питания и гипноза. К сожалению, у ряда больных из-за тяжелых метаболических расстройств и аутоинтоксикации врачи до последнего времени вынуждены прерывать желанную беременность из-за неэффективности традиционного лечения.

Цель

Показать значимость эфферентной терапии при тяжелых формах рвоты беременных у пациенток, с прерываниями предыдущих беременностей по поводу тяжелой формы раннего токсикоза.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились две пациентки с тяжелой рвотой беременных в возрасте 32 и 42 лет соответственно. В анамнезе у первой пациентки были хронический панкреатит, один самопроизвольный выкидыш и три искусственных прерываний беременности из-за тяжелой рвоты беременных. У второй пациентки в детстве перенесен гепатит А, во взрослом состоянии – холецистит и панкреатит, 1 срочные роды и девять последующих беременностей, которые пришлось прерывать медикаментозным абортom. У обеих пациенток вновь возникла клиника тяжелого раннего токсикоза при настоящей беременности, стационарное лечение не помогало, предлагалось прерывать данную беременность. Из-за отказа от прерывания беременности пациенток перевели в ПЦ СПбГПМУ, где диагноз подтвердился. В первом случае беременной провели 5 сеансов среднеобъемного мембранного плазмафереза (МПА), 1 гемосорбцию (ГС), во втором случае – три сеанса МПА. При этом использовался отечественный аппарат «Гемос-ПФ» (производство НПП «Биотех – М», г. Москва).



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

В обоих случаях осложнений ЭТ не было, отмечен хороший клинический эффект и женщин выписали домой с прогрессирующими беременностями. Дальнейшее течение гестаций было без осложнений, обе пациентки родили в срок доношенных детей, которые успешно развиваются.

Заключение

В условиях непростой демографической ситуации в России прерывание желанных беременностей при рвоте беременных, в том числе при тяжелой форме, недопустимо. Поэтому необходимо включение безопасной и эффективной ЭТ в клинический протокол ведения женщин с тяжелой рвотой беременных.

РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ОТ ФАКТОРОВ РИСКА К СТРАТЕГИЯМ КОРРЕКЦИИ

Игнатъева А.А., Лузина Е.А.

г. Москва
НМИЦ им. Кулакова

Актуальность

Качество рубца на матке после кесарева сечения имеет ключевое значение, поскольку определяет безопасность последующих беременностей и родов. Изучение факторов, влияющих на состояние рубца, позволяет выявлять группы высокого риска и целенаправленно воздействовать на корригируемые предикторы, снижая вероятность неблагоприятных репродуктивных исходов.

Цель

Выявить некорригируемые и корригируемые факторы, ассоциированные с качеством рубца на матке, а также оценить роль техники оперативного вмешательства в формировании состояния рубца на матке после операции кесарева сечения.

Материалы и методы

Проведено одноцентровое проспективное исследование пациенток с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения. Оценивали акушерский и соматический анамнез, особенности течения текущей беременности; при повторном кесаревом сечении выполняли операцию с метропластикой или без. Через 6 недель после родоразрешения проводили трансвагинальное ультразвуковое исследование и определяли, какие факторы ассоциированы с качеством рубца на матке по толщине остаточного миометрия, наличию ниши и индексу васкуляризации в зоне рубца. Межгрупповые сравнения выполняли t-тестом, критерием Манна-Уитни, χ^2 /критерием Фишера; ассоциации – корреляцией Спирмена ($p < 0,05$).



Результат

Некорректируемые факторы. Толщина рубца по УЗИ отрицательно коррелировала с количеством родов и числом беременностей ($r \approx -0,41$ и $r \approx -0,24$; $p < 0,05$), что свидетельствует об истончении рубца при повторных беременностях и родах. Более ранний срок предыдущего кесарева сечения ассоциировался с интраоперационно выявленным выраженным истончением рубца в области нижнего сегмента матки ($r \approx -0,42$; $p < 0,05$). Избыточная масса тела и более высокий ИМТ к родам были связаны с меньшей толщиной рубца ($r \approx -0,24$; $p \approx 0,013$) и удлинением времени до извлечения плода ($r \approx 0,25-0,27$; $p \leq 0,007$). Снижение тромбоцитов сопровождалось более высокой частотой выявления ниши ($r \approx -0,21$; $p < 0,05$). Гипоксия плода в родах, угроза прерывания беременности и преждевременный разрыв плодных оболочек отрицательно коррелировали с качеством рубца на матке.

Корректируемые факторы. Индекс васкуляризации рубца был достоверно выше после кесарева сечения с метропластикой по сравнению с операцией без реконструкции ($t = 3,48$; $p = 0,0009$; $\eta^2 \approx 0,17$), при сопоставимых толщине рубца, кровопотере, длительности операции и частоте дополнительных швов ($p > 0,05$). Время до извлечения плода достоверно отрицательно коррелировало с толщиной рубца ($r \approx -0,35$; $p \approx 0,001$), что позволяет рассматривать данный показатель как косвенный маркер технической сложности оперативного вмешательства. Индекс васкуляризации положительно коррелировал с уровнем гемоглобина перед родами ($r \approx 0,34$; $p \approx 0,034$) и был выше при самопроизвольном наступлении беременности, чем после ЭКО ($r \approx 0,31$; $p \approx 0,007$).

Заключение

Паритет, число беременностей, масса тела, срок гестации при предыдущем кесаревом сечении и осложнённое течение беременности являются ключевыми некорректируемыми предикторами состояния рубца на матке. Проведение интраоперационной метропластики и своевременная коррекция анемии перед родами относятся к корректируемым факторам, ассоциированным с более благоприятными показателями толщины и васкуляризации рубца на матке. Метропластика, выполняемая во время операции кесарева сечения, может рассматриваться как перспективный и патогенетически обоснованный подход к улучшению структурно-функционального качества рубца на матке.



ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Икрамова С.А., Курбанов Б.Б.

г. Ташкент

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность

Несмотря на современные подходы к ведению беременности, преэклампсия остаётся одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности. Нарушения гемостаза при тяжёлой преэклампсии носят характер гиперкоагуляции с риском развития ДВС-синдрома, тромбозов и кровотечений в послеродовом периоде. Изучение особенностей фибриногена, ПТИ и АЧТВ позволяет своевременно выявлять эти нарушения и оптимизировать профилактическую и лечебную тактику.

Цель

В изучении значимых гемостазиологических изменений у беременных женщин с преэклампсией.

Материалы и методы

Нами проведено исследование 40 женщин с тяжелой преэклампсией. Возраст обследованных женщин находился в пределах от 21 до 46 лет. Из 40 женщин 27% являлись первородящими, а 73% повторнородящими. Срок гестации преимущественно 34-38 недель. Обследование проводилось на базе кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского медицинского университета, городском межрайонном перинатальном центре № 6, города Ташкента. Оценивались следующие параметры гемостазиограммы:

- уровень фибриногена (г/л);
- протромбиновый индекс (ПТИ) (%);
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) (сек).

Статистическая обработка проводилась с вычислением среднего значения (M) и стандартного отклонения ($\pm SD$).

Результат

Анализ гемостазиограммы 40 беременных женщин с тяжёлой преэклампсией выявил выраженный гиперкоагуляционный сдвиг по всем изучаемым параметрам, что подтверждает активацию свёртывающей системы крови на фоне генерализованной эндотелиальной дисфункции.

Уровень фибриногена в среднем составил $4,89 \pm 0,52$ г/л (медиана — 5,0 г/л; диапазон 4,2–5,8 г/л). У 22 пациенток (53,3 %) концентрация фибриногена была $\geq 5,0$ г/л, что соответствует верхней границе или превышает физиологические значения для III триместра беременности. Только у 4 женщин (13,3 %) показатель находился ниже 4,5 г/л. Такие изменения отражают активацию острофазового ответа,



В начало

Содержание

Список авторов

повышенный синтез фибриногена в печени и склонность к гиперкоагуляции, характерную для тяжёлой преэклампсии.

Протромбиновый индекс (ПТИ) в среднем равнялся $104,7 \pm 2,56$ % (медиана — 105 %; диапазон 100–108 %). Ни у одной пациентки ПТИ не опускался ниже 100 %, а максимальные значения (108 %) наблюдались у 12 женщин (26,7 %). Стабильно повышенный ПТИ свидетельствует об активации внешнего (тканевого) пути свёртывания крови и усилении образования протромбина.

Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) в среднем составило $26,6 \pm 1,52$ сек (медиана — 27 сек; диапазон 24–29 сек). Укорочение АЧТВ (≤ 26 сек) зарегистрировано у 13 пациенток (43,3 %), что указывает на ускорение внутреннего пути коагуляции. Самые низкие значения (24 сек) отмечены у 4 женщин (13,3 %). Укорочение АЧТВ коррелирует с повышенной готовностью крови к внутрисосудистому свёртыванию и является одним из ранних маркеров гиперкоагуляционного состояния при тяжёлой преэклампсии.

Заключение

У женщин с тяжёлой преэклампсией наблюдается гиперкоагуляционный тип гемостазиограммы, характеризующийся умеренным повышением или верхненормальными значениями фибриногена, повышенным ПТИ и тенденцией к укорочению АЧТВ. Эти изменения подтверждают активацию свёртывающей системы и повышенный риск тромботических осложнений. Полученные данные подчёркивают необходимость динамического контроля параметров гемостаза и проведения своевременной антикоагулянтной/антиагрегантной терапии у пациенток с тяжёлой преэклампсией.

ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Калиниченко А.С.¹, Марченко Н.В.^{1,2}

г. Санкт-Петербург

1. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»,
2. Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Плацентарная адгезивно-инвазивная патология (ПАИП) включает в себя вращание плаценты (placenta accreta spectrum – PAS) – аномальную инвазию трофобласта, части или всей плаценты в стенку матки; наравне с полным и неполным предлежанием плаценты – расположением плаценты в нижнем сегменте матки, при котором послед полностью или частично прикрывает область внутреннего зева. В зависимости от акушерской ситуации при предлежании и вращении PAS I возможны роды



В начало

Содержание

Список авторов

как через естественные родовые пути, так и оперативным способом; при PAS II, PAS III – кесарево сечение с выбором объема хирургического вмешательства и способа гемостаза (перевязка сосудов матки, перевязка внутренних подвздошных артерий, либо ангиографическая эмболизация; при неэффективности перечисленных методов – гистерэктомия) с последующей метропластикой при необходимости. Лучевой диагностике отводится первоочередная роль при уточнении предлежания и глубины инвазии плаценты, выявлении зон гиперваскуляризации и источников коллатерального кровообращения для возможности предупреждения интраоперационных кровотечений, обуславливающих высокий процент потери рожениц. С этой целью пациенткам проводится нулевой, первый, второй ультразвуковой (УЗ) – скрининги, магнитно-резонансная томография (МРТ), так как комбинация этих методов позволяет наиболее верно оценить клиническую ситуацию и избрать дальнейший ход действий.

Цель

Выявление УЗ – , МР – признаков вставания и предлежания плаценты; сравнение предполагаемого оперативного вмешательства с интраоперационной картиной и проведенным объемом манипуляций.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ клинического случая пациентки, имеющей в анамнезе рубец на матке после кесарева сечения, а также сочетание полного предлежания и вставания плаценты в данную беременность.

Результат

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнено на аппарате Mindray M7 при помощи конвексного и внутрисполостного датчиков Mindray M7 на сроке 34 недели 5 дней. По данным УЗИ: плацента располагается по задней стенке матки, толщиной 34 мм, нижний край перекрывает полностью внутренний зев. Добавочная доля плаценты 87x39 мм визуализируется по передне-нижней стенке матки в области рубца с признаками вставания в него: исчезновение нормальной гипоэхогенной зоны, патологический характер кровотока при цветном доплеровском картировании.

МРТ проведено на МР – томографе с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла без введения контрастного вещества с использованием протокола оценки экстрафетальных структур. МР – картина полного предлежания плаценты, добавочной дольки плаценты, врастающей в передне-нижнюю стенку матки на уровне рубца после КС и верхнюю стенку мочевого пузыря. К признакам, позволяющим установить прорастание плацентой серозного слоя матки и соседних органов, а именно мочевого пузыря (PAS IIIb по классификации FIGO) относится: неоднородность структуры последа, неровность контуров с участками выбухания плаценты, потеря гипоинтенсивной ретроплацентарной линии – границы плацента-миометрий, патологическая перестройка ретроплацентарных сосудов, истончение миометрия, прерывание четко визуализируемой стенки мочевого пузыря.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

В качестве тактики родоразрешения решено провести плановое кесарево сечение с установкой баллонного катетера в инфраренальном отделе аорты для профилактики интраоперационного кровотечения. В ходе вмешательства было подтвержден диагноз – полное предлежание, вращение плаценты PAS IIIb, плацента прорастает заднюю стенку мочевого пузыря; проведена метропластика – участок прорастания миометрия иссечен в пределах неизменной ткани, цистоластика – участок прорастания стенки мочевого пузыря иссечен в пределах неизменной ткани.

Заключение

МРТ совместно с УЗИ продемонстрировали большую специфичность и чувствительность, что позволило четко определить степень врастания плаценты, установить тактику ведения пациентки, предсказать возможные осложнения и вовремя их профилактировать.

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

Козырко Е.В., Хохлова С.В., Доманская М.А., Руженцева Д.А.

г. Москва

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

Актуальность

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

Цель

Оценка особенностей введения беременности после онкологического заболевания в анамнезе.

Материалы и методы

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



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

представлен клинический случай ведения беременности у пациентки с раком молочной железы в анамнезе.

Результат

В результате анализа, было выявлено, что беременность протекала без осложнений у 2 женщин (33,3%) из 1 группы, у которых злокачественные новообразования яичников диагностированы и пролечены за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности. Наиболее часто встречались такие осложнения, как угроза выкидыша (в 83,3% случаев в 1 группе и в 57,1% — во II группе) и анемия различной степени тяжести (у 50% и 57,1% пациенток в 1 и 2 группах соответственно). Также в результате выявлено, что оптимальный временной интервал для зачатия после выздоровления от рака является индивидуальным и зависит от различных факторов. Рекомендуется планировать беременность спустя 2 года после окончания лечения рака. Снижение осложнений во время беременности возможно при адекватном мониторинге. Выявлено отсутствие влияния беременности на общую выживаемость и течение ряда онкологических заболеваний.

Заключение

В связи с увеличением числа женщин, с онкологическим заболеванием в анамнезе и сохранивших фертильность, возникает необходимость консультировать их по вопросам безопасности беременности и предупреждать. Ведение беременности у женщин после онкологического заболевания требует мультидисциплинарного подхода с участием онкологов и акушеров-гинекологов и смежным специалистов после обширного комплексного обследования возможные осложнения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕЛАНМОЙ

Козырко Е.В., Хохлова С.В., Руженцева Д.А., Доманская М.А., Гериева А.С.

г. Москва

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

Актуальность

Меланوما – одна из самых агрессивных форм рака кожи. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости меланомой, что делает эту нозологию важной областью для медицинского наблюдения и контроля, особенно у женщин детородного возраста. Среди всех видов рака, выявленных у беременных, на долю меланомы приходится 6–8% случаев. Именно поэтому в настоящее время ведутся мультидисциплинарные исследования, направленные на создание алгоритмов по ведению беременности у пациенток с различными формами меланомы.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Изучить особенности течения беременности у женщин с меланомой различной формы и локализации.

Материалы и методы

В исследование включены 18 беременных пациенток с меланомой, которые проходили обследование и родоразрешение в НМИЦ АГП им.В.И. Кулакова. Для анализа использованы данные медицинской документации, согласие пациенток получено. Продемонстрирован показательный клинический случай течения беременности у пациентки с меланомой в анамнезе.

Результат

Средний возраст женщин, вошедших в исследование, составил 36 лет. Из 18 беременных: 8 женщин забеременели с меланомой в анамнезе, у 10 женщин меланому диагностировали во время беременности: в I триместре -7, во II триместре – 3. При распространенной меланоме (III-IV стадии) частота преждевременных родов составила 38%, при ранних стадиях (0-II) – 19,6%.

Заключение

Результаты анализа свидетельствуют о том, что наличие меланомы не является абсолютным противопоказанием для беременности. Прогресс в медицине позволяет эффективно контролировать течение заболевания, минимизируя риски для матери и плода. Тактика ведения зависит от стадии и формы заболевания, но при своевременной диагностике и правильном лечении беременность не ухудшает исход заболевания, а меланома не влияет на акушерские и перинатальные риски.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Лубяная С.С., Попова И.А.

г. Луганск

ФГБОУ ВО «ЛГМУ им.Свт.Луки» Минздрава России

Актуальность

Значительная доля пациенток с бесплодием – это женщины позднего репродуктивного возраста, старше 35 лет, а в половине случаев старше 40 лет (Назаренко Т.А, 2017). О негативном влиянии ряда соматических и гинекологических заболеваний на репродуктивную функцию указывают другие авторы (Чайка В.К.,2022). Значительная доля пациенток с бесплодием – это женщины позднего репродуктивного возраста, старше 35 лет, а в половине случаев старше 40 лет (Назаренко Т.А,



В начало

Содержание

Список авторов

2017). О негативном влиянии ряда соматических и гинекологических заболеваний на репродуктивную функцию указывают другие авторы (Чайка В.К., 2022).

Цель

Определение влияния на фертильность оперативных вмешательств на ОМТ в анамнезе.

Материалы и методы

Были обследованы 42 женщины в возрасте 37-43 лет и отсутствием наступления беременности в течение последних 5 лет. Из них первичным бесплодием страдали 17 (40,5%) человек, на вторичное указали 21 человек (59,5%). Всем пациенткам на этапе обследования и планирования беременности было проведено исследование АМГ, ФСГ и УЗИ яичников, по результатам которых установлено снижение овариального резерва. В изучаемой группе оценивался индекс массы тела (ИМТ), соматический анамнез.

Результат

Нормальный ИМТ был у большинства женщин, избыточный вес и ожирение I степени было отмечено у 23,8 и 11,9% женщин соответственно. На этапе обследования и планирования беременности особенно подробно изучалась гинекологическая патология, среди которой особое внимание уделялось наличию кист яичников в анамнезе и их оперативному лечению. Характер выявленных кист показал наличие эндометриoidных кист у 7 (16,6%), дермоидных кист у 1 (2,4%), параовариальных кист – у 2 (4,8%). На функциональные кисты указали 9 (21,4%) женщин. В большинстве случаев была выполнена лапароскопия с цистэктомией. Оперативное вмешательство на ОМТ перенесли 26 (61,9%) пациенток и 4 (9,5%) оперированы повторно. Оперативная гистероскопия выполнялась у 6 (14,3%) пациенток. Сальпингэктомия имела место у 4 пациенток, сальпингоовариолизис у 3, односторонняя резекция яичников имела место у 2, консервативная миомэктомия выполнялась у 1 женщины.

Заключение

Подробное изучение клинко-анамнестических данных показало возможную роль оперативных вмешательств на ОМТ у женщин со снижением овариального резерва, что ассоциировано с нарушением фертильной функции у женщин позднего репродуктивного возраста.



В начало

Содержание

Список авторов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ

Мансурова Х.А., Габриелян К.Г., Курбанова У.У., Турдиева Ф.Р.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Актуальность

Индукция родов остаётся одной из наиболее часто выполняемых акушерских процедур, частота которой достигает 20–30% в мировой практике. Наиболее широко применяемыми средствами являются простагландины, способствующие созреванию шейки матки и индукции родовой деятельности. По данным Sanchez-Ramos E. (2024), применение простагландинов ассоциировано с сокращением латентной фазы родов, однако сопровождается риском гиперстимуляции матки. В систематическом обзоре Middleton P. и соавт. (2020) показано, что медикаментозная индукция эффективна, но требует оценки безопасности. Современные исследования Zhang M. и соавт. (2024) подтверждают необходимость индивидуализации выбора метода индукции с учётом возможных осложнений. В этой связи актуальным является сравнительный анализ применения простагландинов с данными контрольной группы.

Цель

Оценить эффективность и безопасность применения простагландинов при индукции родов.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование 40 беременных женщин в сроке гестации 37–41 неделя, находившихся на базе РСНПМЦЗМиР (г. Ташкент) в 2024–2025 гг. Пациентки были разделены на две группы: 1 группа (n=20) — индукция родов с применением вагинального динопростона; 2 группа (n=20) — контрольная группа. Оценивались время до начала регулярной родовой деятельности, длительность родов, способ родоразрешения, частота осложнений (гиперстимуляция матки), а также состояние новорождённых по шкале Апгар.

Результат

Установлено, что при применении простагландинов родовая деятельность наступала в среднем через $3,8 \pm 1,1$ часа. Длительность родов составила $7,6 \pm 1,9$ часа, что сопоставимо с контрольной группой ($7,2 \pm 1,5$ часа). Частота кесарева сечения была выше в группе простагландинов (30%) по сравнению с контрольной группой (10%). Гиперстимуляция матки наблюдалась только у пациенток, получавших простагландины (20%). Показатели новорождённых по шкале Апгар и масса тела статистически значимо не различались.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Применение простагландинов является эффективным методом индукции родов, обеспечивающим быстрое развитие родовой деятельности. Однако данный метод сопровождается повышенным риском гиперстимуляции матки и увеличением частоты оперативного родоразрешения по сравнению с контрольной группой. Полученные данные подтверждают необходимость индивидуального подхода к выбору метода индукции родов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Мансурова Х.А., Турдиева Ф.Р., Габриелян К.Г., Курбанова У.У.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Актуальность

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению частоты кесарева сечения во всём мире, что обусловлено ростом акушерской и экстрагенитальной патологии, а также расширением показаний к оперативному родоразрешению. По данным World Health Organization, оптимальный уровень кесарева сечения не должен превышать 10–15%, однако в ряде стран данный показатель значительно выше. Согласно исследованиям Sanchez-Ramos E. (2024), выбор метода индукции родов оказывает существенное влияние на частоту оперативного родоразрешения и течение родового акта. В метаанализе Middleton P. и соавт. (2020) показано, что различные методы индукции могут по-разному влиять на риск кесарева сечения и развитие осложнений. В связи с этим актуальным остаётся изучение факторов, влияющих на частоту оперативного родоразрешения в зависимости от метода ведения родов.

Цель

Анализ частоты кесарева сечения в зависимости от метода индукции родов.

Материалы и методы

Обследовано 90 беременных женщин в сроке гестации 37–41 неделя на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка (г. Ташкент) в 2024–2025 гг. Пациентки были разделены на 3 группы: 1 группа (n=30) — индукция родов с применением простагландинов; 2 группа (n=30) — индукция родов с использованием окситоцина; 3 группа (n=30) — спонтанные роды (контрольная группа). Оценивалась частота кесарева сечения и особенности течения родов.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Проведённый анализ показал наличие достоверных различий между исследуемыми группами. Частота кесарева сечения была наибольшей в группе применения простагландинов — 9 (30%) случаев, что в 1,8 раза превышало показатель в группе окситоцина — 5 (16,7%) и в 3 раза — в контрольной группе — 3 (10%) ($p < 0,05$). Установлено, что увеличение частоты оперативного родоразрешения при применении простагландинов сопровождалось более осложнённым течением родового акта. В данной группе чаще отмечались признаки дискоординации родовой деятельности и гиперстимуляции матки, что, вероятно, обуславливало необходимость оперативного вмешательства. В группе окситоцина частота кесарева сечения была достоверно ниже, а течение родов характеризовалось большей управляемостью за счёт возможности титрации дозы препарата. Показатели данной группы приближались к значениям контрольной группы, где родовая деятельность развивалась спонтанно и оперативное родоразрешение применялось значительно реже.

Заключение

Применение простагландинов сопровождается более высокой частотой кесарева сечения по сравнению с окситоцином и контрольной группой. Использование окситоцина обеспечивает более благоприятное течение родов. Выбор метода индукции должен быть индивидуализирован.

ПОКАЗАТЕЛИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Мейлиева М.Б., Комилова М.С., Холикова З.У.

г. Ташкент

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) является тяжёлым акушерским осложнением, сопровождающимся выраженным оксидативным стрессом. В основе патогенеза лежит дисбаланс между образованием активных форм кислорода (АФК) и системой антиоксидантной защиты организма. Антиоксидантная система организма, представленная ферментами, такими как супероксиддисмутаза (СОД) и каталаза, играет важную роль в нейтрализации свободных радикалов. Нарушение их активности может способствовать прогрессированию патологического процесса при ПОНРП.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Цель

Оценить показатели антиоксидантной защиты у беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты на основании определения активности супероксиддисмутазы и каталазы.

Материалы и методы

Нами было обследовано 110 первородящих беременных в возрасте от $26,3 \pm 3,5$ года. Из них 1-я группа – 80 беременных с ПОНРП и 2-я группа (контрольная) – 30 беременных практически здоровых женщин. Срок беременности был от 34 до 40 недель. Критерии включения: первородящие с ПОНРП различной степени тяжести, отсутствие гипертензивного синдрома. Критерии исключения: предлежание плаценты, многоплодная беременность, иммунизация по резус фактору, тяжелая соматическая патология, механическая травма матки, опухоли матки. В сыворотке крови у беременных определяли активности супероксиддисмутазы и каталазы проводилось в сыворотке крови стандартными биохимическими методами. Активность СОД определяли по методу Е. Е. Дубининой и соавт. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием методов вариационной статистики с определением достоверности различий ($p < 0,05$).

Результат

Среди соматических заболеваний у беременных 1-й группы имела место ЖДА у 48 (60%), заболевания щитовидной железы 28 (35%), хронический тонзиллит у 36 (45,0%), заболевания ЖКТ у 12 (15,0%). Также, у в 1-й группе обследованных воспалительные заболевания половых органов были у 32 (40%). Инфекция, передаваемая половым путем (ИППП), была у 41 (51,2%) беременных. Течение беременности в 1-й группе осложнилось угрозой прерывания беременности I и II половины беременности у 43 (53,7%) беременных. У 27 (36,2%) беременных развитию клиники ПОНРП предшествовали острые респираторные инфекции. Уровень СОД в крови в 1-й группе беременных составил $0,34 \pm 0,008^* \text{ УЕ/мл}$, тогда как в контрольной группе – $0,52 \pm 0,009 \text{ Р} < 0,001$.

Показатель каталазы также был достоверно выше в основной группе беременных $1,21 \pm 0,69 \text{ ммоль/л}$ и $0,952 \pm 0,05$; $\text{Р} < 0,001$. (соответственно).

Заключение

В ходе исследования выявлены значимые изменения в системе антиоксидантной защиты у пациенток с ПОНРП. Установлено снижение активности супероксиддисмутазы, что свидетельствует о накоплении супероксидных радикалов и усилении оксидативного стресса, изменение активности каталазы, которое носит двойственный характер на ранних стадиях возможно компенсаторное повышение, тогда как при прогрессировании процесса наблюдается её истощение. Снижение активности супероксиддисмутазы (СОД) приводит к усиленному накоплению активных форм кислорода и повышенному образованию перекиси водорода, что увеличивает нагрузку на антиоксидантную систему, в частности на каталазу. При её функциональной недостаточности происходит накопление цитотоксических продуктов, вызывающих повреждение клеток трофобласта и эндотелия сосудов. Тем самым способствуют



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

дисфункции маточно-плацентарного кровотока, формированию ишемии и гипоксии тканей, а также повреждению сосудистой стенки, что повышает риск преждевременной отслойки плаценты. Следовательно, данные изменения подтверждают значимую роль оксидативного стресса в развитии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ

Миرونюк А.О., Смолей Н.А.

г. Гродно

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Метаболический синдром (МС) характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальной гипертензии. Доказано, что у женщин с ожирением еще на догестационном этапе имеют место некоторое повышение провоспалительных цитокинов и белков острой фазы воспаления (синдром системного воспалительного ответа), активация сосудистого эндотелия и тромбоцитарного звена гемостаза, повышение коагуляционного потенциала крови. Исходя из этого, становится очевидным, что ранние сроки беременности, определяющие структурно-функциональные основы течения и исхода гестации, у женщин с МС будут протекать с напряжением компенсаторно-приспособительных процессов и формированием эмбрио-плацентарной дисфункции, предшествующей реализации больших акушерских синдромов (невынашивание, ПН, ЗРП, ХГП, ПЭ, преждевременные роды, ПОНРП).

Цель

Проанализировать особенности течения беременности и родов, а также структуру гипертензивных расстройств у беременных с метаболическим синдромом (на фоне ожирения различной степени выраженности).

Материалы и методы

Проведён статистический анализ 44 историй родов на базе учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр».

Результат

В исследовании на ожирение 1 степени пришлось 22 пациентки, что составило 50% всех обследуемых. На 2 и 3 степень по 11 пациенток (25%) соответственно. В 68% была диагностирована гипертензия, развившаяся во время беременности, которая в половине случаев была осложнена отёками различной степени выражен-



В начало

Содержание

Список авторов

ности. На гипертензию, существовавшую до беременности пришлось 18,1%. У 4,5% обследуемых развилась преэклампсия. Особенностью течения беременности у пациенток с избыточным весом является большое число осложнений как во время беременности, так и во время родов. У обследуемых часто диагностировались: хроническая гипоксия плода (36,3%), нарушения МППК (29,5%), преждевременный разрыв плодных оболочек (22,7%), гестационный сахарный диабет (20,4%). В некоторых случаях встречались: изменение ЧСС плода (6,8%), маловодие (6,8%), острая гипоксия плода (4,5%), симфизопатия (4,5%), ЗРП (2,2%), многоводие (2,2%), выход мекония в амниотическую жидкость (2,2%), холестатический гепатоз (2,2%). Средний гестационный срок при родоразрешении составил 268 дней. Преобладающим видом родоразрешения явилось кесарево сечение (66%), из них в 10% случаев роды были преждевременными.

Заключение

Таким образом, анализ беременности и родов у пациенток с метаболическими нарушениями свидетельствует о наличии эндотелиальной дисфункции как факторе риска развития гипертензивных расстройств. Течение таких беременностей сопровождается высокой частотой осложнений, поэтому адекватная прегравидарная подготовка будет являться необходимым этапом для улучшения перинатальных и акушерских исходов.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Нагиева Н.В.

г. Баку

Бакинский оздоровительный центр, отделение акушерства и гинекологии- минимально инвазивной гинекологической хирургии

Актуальность

Беременность в рубце на матке (БРМ) после кесарева сечения (КС) представляет собой редкую форму эктопической беременности, при которой имплантация плодного яйца происходит в области рубца на матке после предыдущего кесарева сечения. Распространенность данной патологии варьируется от 1,5 на 10 000 до 1 на 1800 беременностей. Рост выявляемости БРМ связывают с увеличением частоты кесаревых сечений и улучшением диагностической точности ультразвуковой диагностики.

БРМ ассоциирована с высоким риском тяжелых осложнений, включая массивное кровотечение, разрыв матки и необходимость выполнения гистерэктомии, что определяет важность ранней диагностики и своевременного выбора оптимальной тактики лечения.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Проанализировать клинические исходы ведения пациенток с беременностью, имплантированной в рубец на матке после кесарева сечения.

Материалы и методы

В одноцентровое наблюдательное исследование включена 21 пациентка с патологической имплантацией беременности в области рубца на матке после кесарева сечения, проходившая лечение в отделение акушерства и гинекологии Бакинского оздоровительного центра в период 2023-2025 гг. Всем пациенткам на ранних сроках беременности было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза с использованием цветового доплеровского картирования. Критериями ультразвуковой диагностики являлись: полная или частичная имплантация гестационного мешка в области рубца после кесарева сечения на передней стенке матки; отсутствие гестационного мешка в полости матки и цервикальном канале; наличие выраженной перитрофобластической васкуляризации с высокоскоростным низкорезистентным кровотоком; наличие или отсутствие сердечной деятельности эмбриона.

Тактика ведения определялась индивидуально с учетом срока беременности, ультразвуковых характеристик и клинического состояния пациентки. Основными оцениваемыми исходами являлись возможность органосохраняющего лечения и частота осложнений. Дополнительно анализировались продолжительность хирургического вмешательства, необходимость госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии, а также потребность в гемотрансфузии.

Результат

Средний возраст пациенток составил $30,1 \pm 2,1$ года. У 12 (57,1%) пациенток в анамнезе было одно кесарево сечение, у 9 (42,9%) – два кесаревых сечения. Более трех искусственных аборт в анамнезе имели 11 (52,4%) пациенток, самопроизвольный выкидыш отмечен у 6 (28,6%) женщин.

После установления диагноза у 20 из 21 (95,2%) пациентки выполнено плановое прерывание беременности на сроке 6-10 недель. В одном случае (4,8%) в связи с развитием массивного кровотечения потребовалось экстренное хирургическое вмешательство, завершившееся тотальной лапароскопической гистерэктомией.

Органосохраняющее лечение оказалось возможным у 20 (95,2%) пациенток. Продолжительность хирургического вмешательства в большинстве случаев составляла 90-120 минут. Госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии, а также гемотрансфузия потребовались одной пациентке (4,8%).

Заключение

Ранняя ультразвуковая диагностика и индивидуализированный подход к ведению пациенток с беременностью в рубце на матке после кесарева сечения позволяют в большинстве случаев выполнить органосохраняющее лечение и снизить риск тяжелых осложнений.



В начало

Содержание

Список авторов

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД: СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ВЫБОР ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

Песегова С.В., Тимохина Е.В., Игнатко И.В., Волкова М.В.,
Клименкова Д.А., Белоусова В.С., Карданова М.А., Богомазова И.М.

г. Москва

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

Актуальность

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПИОВ) при недоношенной беременности встречается в 2–3% случаев и обуславливает 30–40% преждевременных родов. Патология сопряжена с высокими рисками инфекционно-воспалительных осложнений и перинатальной заболеваемости. Сложность ведения обусловлена вариабельностью течения: от длительного латентного периода без признаков инфекции до молниеносного развития хориоамнионита и неонатальных осложнений, что требует дифференцированного подхода к выбору тактики.

Цель

Обосновать необходимость разработки персонифицированного алгоритма ведения беременности при ПИОВ на основе анализа факторов риска, маркеров воспаления и клиничко-перинатальных исходов для снижения частоты инфекционных и неонатальных осложнений.

Материалы и методы

Проведен анализ научных публикаций за 2020-2026г. Особое внимание уделялось срокам гестации, длительности латентного периода и исходам для матери и плода.

Результат

Выявлено, что ключевыми факторами риска ПИОВ являются нуллипаратет, миома матки, кровотечения в ранние сроки, и дисбиоз влагалища (снижение *Lactobacillus* spp. менее 99,3%). В патогенезе ведущую роль играет как инфекционное, так и стерильное воспаление с активацией цитокинов (IL-6, IL-1) и матриксных металлопротеиназ. Наиболее информативным маркером воспаления и неблагоприятного исхода является IL-6 (амниотический и цервикальный). Установлено, что выбор тактики (выжидательная или активная) строго зависит от срока гестации: при сроке <24 недель решение принимается совместно с пациенткой с учетом рисков; в 24–33 недели 6 дней предпочтительна выжидательная тактика с антибиотикопрофилактикой; при сроке ≥34 недель – высокий риск воспалительных осложнений, своевременный переход к активной тактике. Выжидательная тактика (≥48 часов) необходима для проведения стероидной профилактики дистресс-синдрома плода.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Заключение

Современная тактика ведения ПИОВ требует персонализации на основе комплексной оценки срока гестации, клинико-анамнестических данных, маркеров воспаления и микробиологического профиля. Учет этих параметров позволяет своевременно перейти от выжидательной тактики к активной, снижая риск инфекционно-воспалительных осложнений для матери и плода.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ ТАР-БЛОКА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЕМ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

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

г. Ростов-на-Дону

Областной перинатальный центр

Актуальность

Операция кесарево сечение может вызывать сильную послеоперационную боль, которая может негативно сказаться на восстановлении. Эффективная стратегия послеоперационного обезболивания с использованием мультимодальной анальгезии позволяет улучшить качество послеоперационного периода, ускорить активизацию пациенток, способствует успешному грудному вскармливанию, улучшая здоровье и благополучие как матери, так и новорожденного. Адекватный контроль боли после операции кесарево сечение является серьезной проблемой как для рожениц, так и для новорожденного. Более того, неадекватный контроль боли может привести к развитию хронической боли и спровоцировать послеродовой депрессивный синдром. В последние годы получены данные о высокой эффективности периферических нейроаксиальных блокад, в частности, миофасциальных блокад передней брюшной стенки (ТАР-блок) после различных операций на брюшной полости, и в особенности, после кесарево сечения.

Цель

Оценка эффективности использования ТАР-блока, выполненного под ультразвуковой навигацией и внутривенного обезболивание различными анальгетиками после операции кесарево сечение.

Материалы и методы

Проведен анализ проводимого послеоперационного обезболивания у 988 женщин после операции кесарево сечение. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от вида послеоперационного обезболивания: 1 группа (233 женщины), которым проводилась внутривенная анальгезия с помощью различных анальгетиков (парацетамол, трамадола) и 2 группа (755 пациенток) с использованием ТАР-блока



В начало

Содержание

Список авторов

под УЗИ контролем сразу же после операции кесарево сечение. Роженицам 2 группы проводилась упреждающая анальгезия послеоперационного периода с помощью блокады поперечного пространства живота (ТАР-блок) сразу же после операции раствором ропивокаина 0,2% с обеих сторон. Для оценки эффективности и безопасности проводимого обезболивания у всех пациенток обеих групп определяли оценку интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результат

Послеоперационное обезболивание у пациенток 1 группы проводилось при превышении оценки 5 баллов по ВАШ, при этом эффективность анальгезии наблюдалась через 15-20 минут после введения внутривенных анальгетиков с оценкой менее 3-4 баллов. Однако уже через 35-45 минут у 50% обследуемых вновь отмечалось усиление болей, в связи с чем проводилось дополнительное обезболивание. Во 2 группе обследуемых все роженицы после проведенного ТАР-блока отмечали отсутствие болей, хорошую активность и комфортное состояние в течение ближайших 7-9 часов после операции. Необходимо отметить, что сравнительное исследование эффективности послеоперационного обезболивания рожениц обеих групп показало, что использование мультимодальной анальгезии является ключевым компонентом протокола расширенного восстановления после операции кесарево сечение. Упреждающая анальгезия с помощью ТАР-блока в раннем послеоперационном периоде после операции кесарево сечение обеспечивает достаточный уровень обезболивания и нет необходимости в дополнительном обезболивании.

Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что мультимодальная анальгезия, основанная на использовании ТАР-блока под ультразвуковой навигацией является более эффективным методом послеоперационного обезболивания, что позволяет исключить потребность в дополнительном обезболивании, уменьшает частоту побочных эффектов от введения парентеральных анальгетиков, что в конечном итоге улучшает качество обезболивания.



В начало

Содержание

Список авторов

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Плешкова Д.А.^{1,3}, Покусаева В.Н.¹, Эйдельштейн И.А.²

г. Смоленск

1. ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск
2. Научно-исследовательский институт антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО «СГМУ» МЗ РФ, г. Смоленск
3. ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Смоленск»

Актуальность

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) остается актуальной проблемой современного акушерства, так как нередко связан с высоким риском преждевременных родов, повышением риска оперативного родоразрешения, акушерскими и перинатальными инфекционными осложнениями, недоношенностью, респираторным дистресс-синдромом и гипоплазией легких у плода. На сегодняшний день вклад инфекционного фактора в генез ПРПО не вызывает сомнений. Однако, ассоциация ПРПО с отдельными урогенитальными инфекциями, инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), остается предметом изучения. Так, опубликованные данные о роли облигатных возбудителей ИППП – *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Trichomonas vaginalis* (TV) и *Mycoplasma genitalium* (MG) варьируют в зависимости от географического региона, величины и особенностей исследованной выборки. Еще более контрверсионным остается вопрос о рисках развития ПРПО и других осложнений родов и послеродового периода у беременных с колонизацией нижнего отдела репродуктивного тракта условно-патогенными микоплазмами – *Ureaplasma urealyticum* (UU) и *Ureaplasma parvum* (UP).

Цель

Оценка частоты ПРПО у беременных г. Смоленска, инфицированных облигатными патогенами (CT, NG, MG, TV), условными патогенами (UU, UP) и их сочетанием.

Материалы и методы

Материал (соскоб из цервикального канала), полученный в рамках проведения сплошного скрининга беременных г. Смоленска на облигатные и уловные патогены, исследован молекулярно-биологическим методом с использованием коммерческих наборов реагентов. В выборку включены 262 беременные, из которых сформированы группы: группа А – беременные с подтвержденными облигатными патогенами, n=81 (подгруппа А1 – облигатные патогены в виде моноинфекции, n=43; подгруппа А2 – облигатные патогены в виде моно- или ко-инфекции + UU/UP, n=38); группа Б – беременные, инфицированные UU/UP, n=125 (подгруппа Б1 – моноинфекция UU, n=43; подгруппа Б2 – моноинфекция UP, n=40; подгруппа Б3 – беременные с UU/UP с верифицированным бактериальным вагинозом, n=42); группа В – контроль, n=56. Статистическая обработка осуществлялась с использованием ПО IBM SPSS Statistics, v 27.01.0. Определение значимости различий между категориальными перемен-



В начало

Содержание

Список авторов

ными проводили посредством критерия χ^2 , для малых групп – χ^2 с поправкой Йейтса, точного критерия Фишера.

Результат

Частота ПРПО в исследованной выборке составила 29,8% (77/262), при своевременных 74,1% (57/77) и при преждевременных родах 25,9% (20/77). В группе А – 23,4% (19/81); Б – 43,2% (54/125); В – 7,1% (4/56). Выявлены достоверные различия с контрольной группой, в частности: ПРПО статистически значимо чаще регистрировался в группе А и Б по сравнению с контрольной группой ($p=0,019$) и ($p<0,001$), соответственно. В ходе сравнения подгрупп с контрольной группой также выявлены достоверные различия по частоте ПРПО: А2 – 36,8% (14/38), ($p=0,001$); Б1 – 30,2% (13/43), ($p=0,003$); Б2 – 62,5% (25/40), ($p<0,001$); Б3 – 38,1% (16/42) ($p<0,001$). При межгрупповом сравнении выявлена статистически значимо большая частота ПРПО в подгруппе А2 по сравнению с А1 ($p=0,016$); и в подгруппе Б2 по сравнению с Б1 ($p=0,004$) и Б3 ($p=0,030$), соответственно.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о вероятной этиологической значимости условно-патогенных урогенитальных микоплазм в развитии ПРПО. Изучение роли отдельных облигатных патогенов в виде моно- и ко-инфекций, их сочетания с урогенитальными микоплазмами, условно-патогенных урогенитальных микоплазм в виде моноинфекций и в сочетании с бактериальным вагинозом, остается актуальным направлением исследований.

ВЛИЯНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ВРЕМЕНИ ГОДА НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ВИТАМИНОМ D

Покусаева В.Н., Гибадуллина Я.Э., Петрова С.В.

г. Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность

Дефицит витамина D у беременных серьезно беспокоит врачей акушеров-гинекологов, так как с ним может быть связано развитие некоторых серьезных гестационных осложнений, в частности, преэклампсии, преждевременных родов, задержки роста плода. Особую важность проблема приобретает в регионах с недостаточной солнечной экспозицией, к которым может быть отнесен Смоленский регион.

Цель

Выяснить обеспеченность витамином D беременных города Смоленска в зависимости от сезона года и триместра беременности.



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

437 беременные женщины, наблюдавшиеся по беременности в 2018-22 годах, наблюдавшиеся в женских консультациях города Смоленска в разные сезоны года, из них первородящие – 382 (69,2%) и повторнородящие – 170 (30,8%). Средний возраст пациенток составил $29,3 \pm 5,1$ лет. Оценка концентрации 25-гидроксивитамина D в крови проводилась методом хемилюминесцентного иммуноанализа.

Результат

Концентрация 25(OH)D крови составила от 4,0 до 93,4 нг/мл, медиана – 12,6 (8,5; 17,3) нг/мл при норме более 30 нг/мл. Дефицит витамина D выявлен у 222 (50,8%) пациенток, в т.ч. выраженный – у 145 (33,2%), недостаточность – у 60 (13,7%) участниц исследования. Только у 10 (2,3%) беременных уровень кальцидиола достиг оптимальных значений. Наиболее низкие значения 25(OH)D регистрировались в третьем триместре беременности – 9,9 (6,4; 14,8) нг/мл, что значимо ниже, чем в первом – 14,2 (11,2; 19) ($p < 0,001$) и втором – 13,4 (9,6; 17,7) нг/мл ($p = 0,002$) триместрах. В 1-ом и 2-ом триместрах уровни кальцидиола не различались ($p = 0,221$).

Результаты подтверждаются попарным сравнением результатов анализов, полученных у одной и той же пациентки в динамике (12 женщин в 1-ом и 2-ом триместрах беременности, 20 – во 2-ом и 3-ем триместрах). Было отмечено значимое снижение концентрации витамина D к 3-му триместру ($p = 0,015$). Сезонные колебания уровня кальцидиола выявили определенные закономерности ($N = 43,16$, $df = 2$, $p < 0,001$). Минимальное значение медианы 25-гидроксивитамина D отмечено весной – 9,7 нг/мл (6,9; 13,3), что ниже, чем летом (14,4 (12,1; 17,3) нг/мл, $p < 0,001$) и осенью (14,2 (10,2; 19,4) нг/мл, $p < 0,001$). Установлено 2 основных периодов с минимальной (зимне-весенней) и максимальной (летне-осенней) обеспеченностью витамином D ($p < 0,001$). Между зимними и весенними образцами ($p = 0,065$), а также летними и осенними ($p = 0,95$) статистически значимых отличий по уровню кальцидиола крови не было.

Заключение

Таким образом, беременные Смоленска имеют крайне низкую обеспеченность витамином D. Дефицит усугубляется с ростом срока беременности и зимне-весенний сезон, что требует дополнительной донации микроэлемента в эти периоды.



В начало

Содержание

Список авторов

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАЮЩИХ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ ПРОГЕСТЕРОН

Самулеенкова А.А., Клименкова А.Д., Царева М.А., Покусаева В.Н.

г. Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность

Вопросы влияния микронизированного прогестерона на риск развития углеводных нарушений при беременности продолжают оставаться предметом дискуссии.

Цель

Установить особенности клинико-anamnestических данных и исходов беременности у пациенток с гестационным сахарным диабетом (ГСД), принимающих и не принимающих микронизированный прогестерон (МП).

Материалы и методы

В ретроспективное исследование было включено 120 беременных с ГСД, наблюдающихся в региональном эндокринологическом центре г. Смоленска в 2024-2025 гг. 35 из 120 (29%) женщин во время беременности принимали МП ≥ 4 недель. Остальные 85 (71%) беременных не получали гестагенной терапии и составили контрольную группу. В рамках исследования оценивались факторы риска ГСД, осложнения беременности, сроки диагностики ГСД, способы его компенсации, основные осложнения беременности и перинатальные исходы.

Результат

В группе пациенток, принимающих МП у 19 из 35 (54%) прием гестагена предшествовал развитию нарушений углеводного обмена, у 5 (15%) пациенток одновременно на ранних сроках был назначен по показаниям МП и была выявлена гипергликемия, у 11 (31%) – ГСД был выявлен в первом триместре беременности, еще до начала гестагенной терапии. Сроки манифестации гипергликемии не отличались в группах: 1 триместр – 18 (51%) и 50 (59%), 2 триместр – 10 (29%) и 25 (29%), 3 триместр – 7 (20%) и 10 (12%), соответственно в основной группе и контроле. Нами не получено данных о наличии существенных отличий по исследуемым показателям в группах принимающих и не принимающих МП. Важными факторами, которые способствовали ранней реализации ГСД в обеих группах являлись: ожирение/избыточный вес, поздний репродуктивный возраст, отягощенная наследственность по СД. Более половины беременных были старше 30 лет (18-51% в основной группе и 50 – 59% в контроле). Две трети беременных страдали избытком массы тела (14 – 40% и 22 – 26%) и ожирением (10 – 29% и 32 – 38%, соответственно). Анамнез был отягощен ГСД у 1 (3%) и 8 (9%); крупный плод – у 3 (9%) и 11 (13%); синдром поликистозных яичников – у 3 (9%) и 4 (5%), соответственно в основной и контрольной группах. Также на углеводный обмен существенное влияние оказывала прибавка



В начало

Содержание

Список авторов

веса во время данной беременности. Так, чрезмерное ГУМТ в группе сравнения было выявлено у 9 (26%) пациенток, в контрольной группе – у 23 (27%). У 103 (86%) беременных гипергликемия компенсировалась при помощи диетотерапии (29 – 83% и 74 – 87%), соответственно в основной группе и контроле), остальным 17 (14%) потребовалось назначение препаратов инсулина. Основными осложнениями во время беременности в обеих группах были: макросомия плода – 5 (14%) и 22 (26%), гестационная артериальная гипертензия – 5 (14%) и 9 (11%), многоводие – 2 (6%) и 6 (7%), дистресс плода до родов – 3 (9%) и 6 (7%), дистресс плода в родах – 2 (6%) и 4 (5%), антенатальная гибель плода – 1 (3%) и 2 (2%). Из 120 беременностей 115 (96%) завершились своевременными родами. Преждевременные роды отмечены у 2 (6%) пациенток в основной и 3 (4%) в контроле.

Заключение

Прием МП у беременных с ГСД не сопровождается увеличением частоты осложнений беременности и неблагоприятных перинатальных исходов.

ЭПИЛЕПСИЯ И ПОВЕДЕНИЕ: КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО БРЕМЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Сафарян И.Р., Семенцова Н.А., Яшагина К.А., Терентьева А.С.

г. Москва

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины лечебного факультета, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Поведенческие и психосоциальные последствия эпилепсии у беременных разнообразны и усиливаются: от высокого риска развития перинатальной депрессии и тревоги до переживания социальной стигмы и вынужденных ограничений в повседневной и профессиональной активности. Страх внезапного возникновения приступа, особенно, в контексте ответственности за растущего ребенка, становится доминирующим, формируя поведение избегания и способствуя социальной изоляции. Эти факторы в совокупности приводят к значительному снижению качества жизни, и создают дополнительные предикторы неблагоприятных перинатальных исходов.

Цель

Настоящий нарративный обзор посвящен системному анализу поведенческих и психосоциальных нарушений при эпилепсии у беременных.

Материалы и методы

Проведен нарративный обзор современной научной литературы, поиск публикаций проводился в электронных базах данных (PubMed/MEDLINE, Google Scholar, eLibrary (КиберЛенинка), опубликованные за период 2014–2024 гг. на русском



и английском языках. Использовались ключевые слова и их комбинации на русском и английском языках и их англоязычные эквиваленты.

Результат

Представленный анализ данных рисует картину сложного взаимодействия между неврологическим заболеванием и его глубокими последствиями для психического здоровья, социальной адаптации и общего благополучия матери и будущего ребенка. Психологические и социальные трудности являются не просто сопутствующими осложнениями, а центральными детерминантами, которые напрямую влияют, как на качество жизни матери, так и на перинатальные исходы. Качество жизни при эпилепсии — многокомпонентный конструкт. Хотя контроль над приступами остается важнейшей медицинской целью, психосоциальные факторы, такие как депрессия, тревога, стигма и уровень поддержки, вносят независимый и, зачастую, наибольший вклад в общее восприятие качества жизни. Статистический анализ демонстрирует, что именно симптомы депрессии объясняют наибольшую долю изменчивости в показателях качества жизни, что подчеркивает критическую необходимость их рутинного скрининга и активного лечения в рамках стандартной неврологической практики. Поведенческие и психосоциальные аспекты являются центральными, а не периферическими, компонентами эпилепсии у беременных пациенток. Представленные данные рисуют картину сложного взаимодействия между неврологическим заболеванием и его глубокими последствиями для психического здоровья, социальной адаптации и общего благополучия матери и будущего ребенка. Страх внезапного приступа усугубляется опасениями за здоровье плода, что формирует порочный круг. Эта тревога провоцирует поведение избегания, способствует социальной изоляции и повышает риск развития перинатальной депрессии. Высокий уровень психологического дистресса, в свою очередь, сам может негативно влиять на течение эпилепсии и приверженность лечению. Психосоциальные факторы критически важны для качества жизни и перинатальных исходов. Для беременной женщины борьба с депрессией, тревогой и стигмой является такой же значимой клинической целью, как и достижение контроля над приступами. Психологическое благополучие матери напрямую связано с ее способностью следовать врачебным рекомендациям, что является важным предиктором благоприятного исхода беременности. Оценка безопасности при беременности требует особого, расширенного подхода. Индивидуальная оценка рисков должна учитывать не только частоту и тип приступов, но и физиологические изменения (риск падений), а также потенциальную угрозу для плода. Консультирование по стратегиям безопасного образа жизни, адаптированное под нужды беременной, должно стать неотъемлемым стандартом оказания помощи.

Заключение

Проведенный анализ современной литературы убедительно демонстрирует, что эпилепсия в период беременности представляет собой комплексную биопсихосоциальную проблему, требующую принципиально нового подхода к ведению пациенток. Необходим партнерский и междисциплинарный подход в общении и ведении пациентки. Клиническое взаимодействие должно выходить за рамки обсуждения приступов и концентрации препаратов, активно включая диалог о страхах, связанных



В начало

Содержание

Список авторов

с беременностью и материнством. Эффективная помощь возможна только в рамках слаженной работы команды, объединяющей невролога, акушера-гинеколога, психолога/психотерапевта и социального работника, для комплексной поддержки женщины на всех этапах гестации.

Ключевые слова: эпилепсия, беременность, качество жизни, депрессия, тревога, социальная поддержка, безопасность, психосоциальные аспекты.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИЛЕПСИИ И БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ РИСКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Сафарян И.Р., Семенцова Н.А., Яшагина К.А., Терентьева А.С.

г. Москва

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины лечебного факультета, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Актуальность рассмотрения данной проблемы в контексте беременности обусловлена целым рядом критических факторов. У беременных с эпилепсией стандартное психосоциальное бремя заболевания наслаивается на уникальные стрессоры гестационного периода. К ним относятся: страх навредить плоду во время приступа, тревога относительно тератогенного потенциала противоэпилептических препаратов, опасения по поводу унаследования эпилепсии ребёнком, а также, специфическая стигма, связанная с материнством на фоне хронического неврологического расстройства. Эти психоэмоциональные нагрузки создают порочный круг: они могут провоцировать нарушения сна и повышать уровень стресса, что, в свою очередь, увеличивает риск учащения приступов, снижает приверженность терапии и осложняет взаимодействие с врачами. Следствием этого являются не только ухудшение качества жизни матери, но и прямые риски для течения беременности и здоровья плода.

Цель

Консолидация современных данных о ключевых поведенческих и психосоциальных аспектах эпилепсии у беременных женщин, анализ их взаимосвязи и влияния на качество жизни, приверженность лечению и перинатальные исходы.

Материалы и методы

Проведен обзор современной научной литературы, поиск публикаций проводился в электронных базах данных (PubMed/MEDLINE, Google Scholar, eLibrary (КиберЛенинка), опубликованные за период 2014–2024 гг. на русском и английском языках. Использовались ключевые слова: эпилепсия, беременность, качество жизни, психосоциальные аспекты, исходы беременности и их англоязычные эквиваленты.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Наступление беременности у женщины с эпилепсией создает уникальную клиническую ситуацию, требующую баланса между двумя приоритетами: поддержанием стабильного неврологического контроля у матери и минимизацией рисков для развивающегося плода. Современное ведение строится на принципах прекоцепционного консультирования (планирование беременности на фоне ремиссии на минимально эффективной дозе наиболее безопасного АЭП), тщательного мониторинга концентрации препаратов в крови на протяжении всей гестации с коррекцией дозы, и тесного сотрудничества между неврологом, акушером-гинекологом и неонатологом. Цель — достижение оптимального баланса «контроль приступов у матери — безопасность для плода». Изменения фармакокинетики противоэпилептических препаратов (АЭП) на фоне беременности могут приводить к снижению их сывороточной концентрации и, как следствие, к учащению приступов у 20-30% пациенток. Генерализованные тонико-клонические приступы сопряжены с повышенным риском травм, а также, таких серьезных акушерских осложнений, как выкидыш, преждевременные роды и преэклампсия, эклампсия. Во время родов сохраняется риск развития серийных приступов или эпилептического статуса. Neda Razaz и соавт. (2024) в своем исследовании подтвердили высокий риск развития тяжелых акушерских осложнений у данной категории пациенток. Помимо непосредственного гипоксического повреждения плода во время судорожного эпизода матери, ключевой проблемой остается потенциальное тератогенное влияние АЭП. Прием некоторых препаратов ассоциирован с повышением частоты крупных врожденных мальформаций (например, пороков развития нервной трубки, сердца), а также с риском нарушений нейроразвития у ребенка в отдаленном периоде. Однако, фокус исключительно на соматических и тератогенных рисках является недостаточным. Заболевание связано со значительным бременем психологических, поведенческих и социальных проблем, которые у беременных приобретают особую остроту и могут оказывать влияние, сопоставимое с самими судорогами. Страх внезапного приступа, окрашенный ответственностью за ребенка, становится мощным фактором, формирующим поведение избегания, социальную изоляцию и хронический стресс. Этот психологический дистресс сам по себе является независимым фактором риска, способным негативно влиять на приверженность лечению, повышать частоту приступов и, как следствие, ухудшать соматические исходы для матери и плода.

Заключение

Целенаправленный анализ и коррекция психосоциальных аспектов у беременных с эпилепсией представляет собой не просто важное дополнение, а неотъемлемый компонент эффективной медицинской помощи. Систематическая работа в этом направлении ориентирована на разрыв порочного круга и призвана снизить риск, как акушерских и неонатальных осложнений, так и отдаленных негативных последствий для психического здоровья и социальной адаптации матери.



В начало

Содержание

Список авторов

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНЫЙ КОМПЛЕКС У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сафарян И.Р., Цахилова С.Г.

г. Москва

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины лечебного факультета, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Дефицит витамина D является значимой проблемой здравоохранения во всем мире. Витамин D влияет не только на течение беременности, но и на исход беременности. Многочисленные исследования подтверждают отрицательное влияние дефицита витамина D у беременных с гестационным сахарным диабетом на течение и исход беременности, что связано с развитием различных гестационных осложнений, таких как преэклампсии, преждевременные роды, нарушение родовой деятельности, плацентарной недостаточностью, низкая масса плода или крупный плод, а также повышают частоту оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечения.

Цель

Выявление особенностей изменения в фето-плацентарном комплексе у беременных с дефицитом витамина D, у пациенток с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы

Проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций с января 2020г. по декабрь 2025г. по проблеме дефицита витамина D у пациенток с гестационным сахарным диабетом, данные были обобщены в форме описательного обзора. Поиск осуществлялся по ключевым словам и их сочетаниям на русском и английском языках.

Результат

Плацента — ключевое звено системы «мать–плод», определяющая эффективность транспорта кислорода и субстратов, гормональную регуляцию беременности и формирование иммунной толерантности. Биологическая значимость витамина D для плацентарной функции подтверждается наличием витамин D рецептора (VDR) и фермента 1 α гидроксилазы (CYP27B1) в трофобласте и децидуальной ткани, что обеспечивает локальный синтез активной формы (кальцитриола) и реализацию аутокринных/паракринных эффектов. В ранние сроки гестации кальцитриол рассматривается как модификатор дифференцировки и инвазии трофобласта, а также ремоделирования спиральных артерий. Через регуляцию экспрессии генов, связанных с ангиогенезом и сосудистым тонусом, витамин D может влиять на баланс про и антиангиогенных факторов (включая VEGF/PlGF и их антагонисты), синтез оксида



В начало

Содержание

Список авторов

азота и реактивность плацентарных сосудов. При дефиците 25(OH)D описывают тенденцию к эндотелиальной дисфункции и повышению сосудистого сопротивления, что клинически может отражаться ухудшением маточно плацентарной перфузии и неблагоприятными доплерометрическими признаками (повышение PI/RI маточных артерий, признаки плацентарной дисфункции). Иммунологические эффекты витамина D в плаценте и децидуальной оболочке включают снижение провоспалительного ответа и поддержание толерантности. Витамин D способен уменьшать экспрессию IL 6, TNF α и других медиаторов воспаления, поддерживать противовоспалительный профиль и регулировать взаимодействие клеток врождённого иммунитета с трофобластом. На фоне гиповитаминоза D возрастает вероятность дисрегуляции локального иммунного микроклимата, что может усиливать повреждение эндотелия, оксидативный стресс и микроциркуляторные нарушения. При гестационном сахарном диабете перечисленные механизмы приобретают особую значимость. Гестационный сахарный диабет ассоциирован с инсулинорезистентностью, гипергликемией, липотоксичностью и низкоинтенсивным воспалением, что отражается на плаценте: повышается активность путей окислительного стресса, меняется экспрессия транспортёров глюкозы и аминокислот, усиливаются воспалительные изменения ворсин. Дефицит витамина D потенциально способен потенцировать эти нарушения, формируя предпосылки к ухудшению плацентарной перфузии и к нарушениям маточно плацентарного кровотока. С клинической точки зрения, дефицит витамина D у беременных с гестационным сахарным диабетом может рассматриваться как элемент риска, особенно, при сочетании с ожирением, гипертензивными расстройствами и признаками плацентарной дисфункции, в силу высокого риска развития гестационных осложнений.

Заключение

В силу многогранного влияния дефицита витамина D на течение беременности и ее исход, у пациенток с гестационным сахарным диабетом, своевременная коррекция дефицита витамина D является значимым фактором, позволяющим снижать гестационные осложнения. Практически, значимым является индивидуализированный подход к оценке дефицита витамина D у беременных с гестационным сахарным диабетом и коррекция выявленного дефицита с учётом исходного уровня и рекомендаций.



В начало

Содержание

Список авторов

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВЫСОКИМ РИСКОМ АНЕУПЛОИДИЙ ПЛОДА ПО КОМБИНИРОВАННОМУ СКРИНИНГУ I ТРИМЕСТРА: РОЛЬ ДНК-СКРИНИНГА И ИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Сидорчук М.А., Каретникова Н.А., Зарецкая Н.В.

г. Москва

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

Актуальность

Комбинированный скрининг I триместра широко используется для выявления риска хромосомных аномалий плода, однако его прогностическая ценность существенно варьирует в зависимости от уровня риска и наличия дополнительных факторов. В условиях повышения среднего репродуктивного возраста и увеличения числа беременностей высокого риска возрастает необходимость оптимизации тактики ведения пациенток после получения «положительных» результатов скрининга.

Внедрение неинвазивного пренатального ДНК-скрининга (НИПС) позволяет уточнять риск трисомий и более обоснованно определять показания к инвазивной пренатальной диагностике. Персонализированный подход с учётом данных НИПС и ультразвуковых признаков, включая врождённые пороки развития, является ключевым для повышения диагностической точности и снижения числа необоснованных инвазивных вмешательств.

Цель

Разработать персонализированный подход к тактике ведения беременности с учётом индивидуального высокого риска хромосомных аномалий плода по данным комбинированного скрининга I триместра на основе результатов НИПС и ультразвуковых признаков для оптимизации тактики ведения и обоснования необходимости инвазивной пренатальной диагностики (ИПД).

Материалы и методы

Проанализированы результаты обследований 30 беременных женщин, наблюдавшихся в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ. У всех пациенток был установлен высокий риск трисомий хромосом 21/18/13 по данным комбинированного скрининга I триместра. Средний возраст пациенток составил 36,4 лет (диапазон 27–45 лет). Беременность наступила в большинстве случаев естественным путём — у 25 пациенток (83,3%), после ЭКО без ПГТ-А — у 4 пациенток (13,3%), естественным путём на фоне стимуляции овуляции — у 1 пациентки (3,3%).

Комбинированный скрининг I триместра выполнен в программе Astraia, НИПС — с использованием технологии высокопроизводительного секвенирования. Подтверждающая инвазивная пренатальная диагностика во всех наблюдениях проведена в амниотических водах в сроки беременности 16–20 недель. Анализ ДНК околоплод-



ной жидкости выполнен методом QF-PCR, и в 6 (20 %) набл. дополнительно методом хромосомного микроматричного анализа.

Результат

По данным комбинированного скрининга I триместра у плода выявлен высокий риск: трисомии хромосомы 21 – в 17 набл. (57 %); трисомий хромосом 18 и/или 13 — в 6 набл. (20 %), в сочетании трисомий 21 и 18/13 хромосом – в 7 набл. (23 %); высокий риск трисомии хромосомы 21 дополнительно по данным НИПС выявлен в 5 (16 %) наблюдениях. УЗ-признаки наличия врожденных пороков развития (ВПР) установлены в 14 набл. (47 %). В 16 набл. (53 %) структурные аномалии плода отсутствовали. Все беременные с высоким риском трисомий хромосом 21/18/13 у плода по результатам комбинированного скрининга I триместра и дополнительных факторов риска разделены на 4 группы: Группа 1: риск <1:10, Группа 2: риск <1:11–1:50, Группа 3: риск 1:51–1:100, Группа 4: риск <1:100 + высокий риск трисомии хромосомы 21 по данным НИПС.

Хромосомная патология плода по данным ИПД подтверждена: 1-ая группа – в 4 (50%) набл. из 8, 2-ая группа – в 3 (25 %) набл. из 12, 3-я группа – в 1 (20 %) набл. из 5, при этом во всех этих случаях наблюдались ВПР плодов; 4-ая группа – во всех 5 (100 %) набл. из 5 независимо от наличия/отсутствия ВПР плодов.

Заключение

В исследуемой когорте высокий риск по данным комбинированного скрининга I триместра не всегда подтверждался результатами ИПД. Наиболее значимая прогностическая ценность наблюдалась при сочетании высокого риска трисомии хромосомы 21 по комбинированному скринингу I триместра и НИПС – 100 %, и при сочетании экстремально высокого риска (<1:10) и наличии ВПР плода – 50 %. Информативность скрининга при риске 1:11–1:100 была существенно ниже и составила ≤ 25 %, что указывает на ограниченную практическую ценность изолированного риска, не сопровождающегося дополнительными факторами. При этом все группы демонстрируют более высокую выявляемость хромосомной патологии при наличии ВПР плода – в 10 (71 %) набл. из 14. Полученные данные демонстрируют важность своевременного МГК, целесообразность персонализированного подхода с использованием НИПС и УЗИ плода как ключевых инструментов стратификации риска перед направлением на инвазивную пренатальную диагностику.



В начало

Содержание

Список авторов

ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ HLA-ПАТТЕРНОВ МАТЕРИ И ПЛОДА В ФОРМИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сорокина Л.Е., Красный А.М.

г. Москва

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

Актуальность

Особое место среди всех акушерских патологий занимает преэклампсия (ПЭ), представляющая собой мультисистемное заболевание. Гетерогенность и многокомпонентный характер клинических проявлений ПЭ обуславливают отсутствие единого мнения касательно этиопатогенеза данного осложнения беременности. В рамках существующих теорий важная роль отводится иммуногенетическим факторам. Одними из наиболее важных кандидатов в поисках клинически значимой иммуногенетической ассоциации признаны гены главного комплекса гистосовместимости (человеческие лейкоцитарные антигены, HLA). Между тем имеющаяся фрагментарность и противоречивость данных относительно вклада молекул HLA в формирование осложнённого течения беременности обуславливают интерес к проведению дополнительных исследований в рамках одной популяционной группы.

Цель

Изучение потенциальной роли материнских и фетальных HLA-аллелей в формировании преэклампсии.

Материалы и методы

Выполнено HLA-типирование 79 женщин и их новорожденных. Главными условиями отбора пар для исследования явилось течение беременности осложненное ПЭ или отсутствие акушерской патологии. Типирование генов HLA класса I и II проводили с помощью высокопроизводительного секвенирования нового поколения на платформе Illumina.

Результат

Отмечено отсутствие достоверных различий в отношении гомологичных аллелей HLA класса I и II у женщин и их новорожденных в группе ПЭ и неосложненного течения беременности. Выявлены материнские аллели, повышающие риск развития ПЭ (HLA-DRB1*01:01, OR 12,32 [3,87-39,65], $p < 0,001$ и HLA-DQB1*05:01 OR 3,33 [1,91-5,81], $p = 0,014$), либо оказывающие протективный эффект в отношении формирования акушерской патологии (HLA-DPB1*04:01, OR 0,68 [0,54-0,85] $p = 0,015$, HLA-DRB4*01:01, OR 0,51 [0,36-0,72] $p = 0,022$ и HLA-DQA1*03:0, OR 0,36 [0,21-0,62] $p = 0,034$). В отношении фетальных HLA-аллелей подобных ассоциаций обнаружить не удалось.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Результаты проведенных нами исследований позволяют предположить, что в формировании различных клинических форм ПЭ задействованы различные HLA-паттерны матери.

ОЦЕНКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Спирякина Я.Г., Орлова Н.В., Наздрачева М.Р., Лебедева С.Ю.,
Ибрагимова А.М., Белов А.И.**

г. Москва
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России

Актуальность

Артериальная гипертония во время беременности является риском осложнений во время родов, патологии плода, новорожденных. Наиболее частые осложнения – это преэклампсия, преждевременные роды, кровотечения, низкий вес новорожденных. Артериальная гипертония приводит к нарушению микроциркуляции плаценты и, соответственно нарушению кровоснабжению плода, доставки к нему питательных веществ. Доказана взаимосвязь ряда показателей у пациентов с артериальной гипертонией вне беременности с риском осложнений, таких как поражение органов мишеней, развитие инсульта.

Цель

Оценить суточный профиль артериального давления при гипертензивных нарушениях во время беременности

Материалы и методы

В исследование включены 20 беременных с гестационной артериальной гипертензией и 22 беременных без артериальной гипертонии, составившие группу контроля. Обследование включало однократное суточное мониторирование артериального давления, оценку клинических, лабораторных и функциональных методов обследования. Проведено: общий анализ крови, определение микроальбуминурии, биохимических показателей: креатинин, мочевины, СКФ, ЭХО КГ. Нормальность распределения оценивалась в соответствии с критерием Шапиро-Уилка. В случае нормального распределения показатели представлялись в виде среднего \pm SD, в случае распределения, отличного от нормального – в виде медианы и интерквартильного размаха. Сравнение количественных переменных осуществлялось с использованием t-критерия Стьюдента или U-критерия Манна-Уитни (с учетом нормальности распределения). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

В исследуемых группах беременных достоверно значимо отмечались более высокие средние значения дневного, ночного и среднесуточного систолического и диастолического давления. Суточный индекс в обеих группах наблюдения был в пределах нормы. Однако в группе беременных с артериальной гипертонией ночное снижение диастолического давления было достоверно ниже и составило 10,8 [6,1; 13,1] %, в группе беременных без артериальной гипертонии суточный индекс диастолического давления составил 14,4 [11,2; 19,1] ($p < 0,01$). Остальные показатели суточного мониторирования артериального давления для систолического и диастолического давления (вариабельность, величина утреннего подъема, скорость утреннего подъема), а также суточный индекс систолического давления и пульсовое артериальное давление статистически значимых различий не имели. Менее выраженное снижение ночного артериального давления у беременных с артериальной гипертонией может быть обусловлено возможным нарушением циркадной регуляции артериального давления. Недостаточное снижение артериального давления является предиктором риска преэклампсии. Менее выраженное снижение ночного артериального давления у беременных с артериальной гипертонией даже в пределах нормального диапазона, который составляет 10-20%, по-видимому требует динамического наблюдения.

Заключение

Исследование выявило, что ночное снижение диастолического давления в обеих группах было в пределах нормы, однако в группе беременных с артериальной гипертонией суточный индекс диастолического артериального давления был достоверно ниже в сравнении с нормотензивными беременными.

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ КРОВОТОКА ПРИ ПОЗДНЕЙ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА: МЕХАНИЗМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ?

Столярова Е.В., Сыркашев Е.М., Холин А.М., Ходжаева З.С.

г. Москва

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

Актуальность

Традиционно концепция «brain sparing effect» — перераспределение кровотока в пользу головного мозга плода — рассматривается как компенсаторно-адаптивный механизм, направленный на поддержание церебральной оксигенации в условиях хронической плацентарной недостаточности. Вместе с тем остаётся дискуссионным вопрос о том, достаточна ли данная гемодинамическая адаптация для обеспечения нормального морфофункционального развития головного мозга плода. Приме-



В начало

Содержание

Список авторов

нение МР-волуметрии позволяет объективизировать объемные изменения мозга и плаценты, что критически важно для понимания патогенеза поздней задержки роста плода (ЗРП) и уточнения диагностической значимости гемодинамических нарушений.

Цель

Изучение объемных характеристик структур головного мозга плода и плаценты с помощью МРТ у беременных с поздней задержкой роста плода, сопровождающейся признаками централизации кровотока по доплерометрии.

Материалы и методы

В анализ были включены 147 беременных пациенток: 71 с соответствующим для гестационного возраста плодом (СГВ), 38 — с поздней ЗРП и 38 — с маловесным для гестационного возраста плодом (МГВ). Срок беременности на момент проведения МРТ был статистически значимо ниже в группе поздней ЗРП – 35,8 [34,1–37,5] недель по сравнению с группой СГВ – 38,3 [37,4–39,3] и МГВ – 37,8 [36,6–39,3] недель ($p < 0,001$), что отражает клиническую тактику более раннего родоразрешения при ЗРП и, соответственно, обуславливает ограниченность выполнения МРТ в поздние сроки гестации в данной когорте.

Результат

По данным МРТ, предполагаемая масса плода в абсолютных значениях значимо различалась между группами ($p < 0,001$), однако при пересчете в процентилях с учетом гестационного возраста различия между группами МГВ и поздней ЗРП нивелировались ($p = 0,154$), что свидетельствует о сопоставимой степени снижения роста.

Объем супратенториального мозга и мозжечка последовательно снижался от СГВ к МГВ и поздней ЗРП (все попарные различия $p < 0,006$). Отношение объема мозжечка к супратенториальному объему не различалось между группами ($p = 0,124$), указывая на пропорциональный характер снижения. Объем плаценты был значимо ниже в группах МГВ и поздней ЗРП по сравнению с СГВ ($p < 0,001$), тогда как между группами МГВ и ЗРП различий не выявлено ($p = 0,273$).

При анализе внутри группы поздней ЗРП плоды с признаками централизации кровотока (ЦПО/ПИ СМА $< 5p$) имели значимо меньший супратенториальный объем мозга по сравнению с плодами той же группы, но без доплеровских признаков церебральной вазодилатации (251 [206–270] против 284 [246–292] см³; $p = 0,045$) при сопоставимых объемах мозжечка ($p = 0,075$) и плаценты ($p = 0,970$).

Заключение

Централизация кровотока при поздней ЗРП ассоциирована со значимым снижением объема супратенториального мозга при относительной сохранности мозжечка. Это позволяет рассматривать «brain sparing» эффект не как эффективный компенсаторный механизм, а как маркер начальной церебральной декомпенсации, что требует пересмотра его роли в патогенезе поздней ЗРП.



В начало

Содержание

Список авторов

СОВРЕМЕННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Томаева К.Г., Гайдуков С.Н.

г. Владикавказ, Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России;
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинский государственный университет»; ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Актуальность

Плацентарная недостаточность остается актуальной проблемой акушерства и перинатологии, приводя к сниженной гемоперфузии и, тем самым, к гипоксии, задержке развития плода, с отдаленными негативными последствиями как для плода, так и для новорожденного. Частота встречаемости плацентарной недостаточности остается высокой, поэтому поиск современных предикторов возникновения плацентарной недостаточности позволит проводить ранние лечебно-профилактические мероприятия.

Цель

Изучить современные ультразвуковые предикторы возникновения плацентарной недостаточности.

Материалы и методы

В исследование включено 426 беременных женщин, которым проведено соматотипирование по Р.Н. Дорохову в первом триместре гестации, из которых 130 женщин имели макросоматотип (MaC), 183 – мезосоматотип (MeC), 113 – микросоматотип (MiC).

Обследованным женщинам проведено трехмерное ультразвуковое исследование плаценты с цветовым энергетическим доплеровским сканированием посредством программы VOCAL, определены индекс васкуляризации (VI) и индекс кровотока-потока (FI) (Voluson E8, GE, USA).

Статистическая обработка данных проведена с применением пакета прикладных программ STATGRAPHICS Plus 5,0 for Windows и SPSS 15,0 for Windows. Для проверки нормальности распределения признаков в исследуемых группах применялся критерий Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели описывались с помощью средней арифметической, стандартного отклонения. Достоверность различий в группах оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Категориальные данные указывались в виде абсолютных значений и процентных долей. Для анализа категориальных данных применялся χ^2 -критерий.

Результат

Плацентарная недостаточность чаще наблюдалась у беременных женщин с MaC и MiC – в 23 (17,7%) и 22 (19,5%) случаях, в сравнении с MeC – в 16 (8,7%) случаях



В начало

Содержание

Список авторов

($-2 \text{ MaC-MeC}=5,6$, $p=0,02$; $\chi^2 \text{ МиС-MeC}=7,2$, $p=0,01$). Это можно объяснить более частой встречаемостью акушерских осложнений среди женщин с макро- и микросоматотипом. Так, преэклампсия чаще выявлена у женщин с MaC, в сравнении с MeC и МиС – в 15 (11,6%), 10 (5,5%) и 3 (2,7%) случаях, соответственно ($\chi^2 \text{ MaC-MeC}=3,8$, $p=0,05$; $\chi^2 \text{ MaC-MиC}=6,9$, $p=0,01$), тогда как железодефицитная анемия – чаще у женщин с МиС – в 25 (22,1%) случаях, в сравнении с MaC и MeC – в 15 (11,5%) и 16 (8,7%) случаях, соответственно ($\chi^2 \text{ MaC-MиC}=4,9$, $p=0,03$; $\chi^2 \text{ MeC-MиC}=10,5$, $p=0,01$).

VI плаценты у беременных женщин с возникшей плацентарной недостаточностью в первом триместре гестации составил у MaC – $6,3 \pm 1,7$, MeC – $7,4 \pm 1,9$, МиС – $5,6 \pm 1,3$, тогда как у женщин, у которых не было плацентарной недостаточности во время настоящей беременности, составил – $19,4 \pm 2,8$ ($t=7,1$, $p<0,05$), $20,1 \pm 3,2$ ($t=6,8$, $p<0,05$) и $18,4 \pm 2,5$ ($t=6,9$, $p<0,05$), соответственно.

FI плаценты у беременных женщин с возникшей плацентарной недостаточностью в первом триместре гестации составил у MaC – $32,7 \pm 3,7$, MeC – $34,3 \pm 3,4$, МиС – $31,4 \pm 2,8$, тогда как у женщин, у которых не было плацентарной недостаточности во время настоящей беременности, составил – $46,2 \pm 4,8$ ($t=4,8$, $p<0,05$), $46,4 \pm 4,6$ ($t=4,3$, $p<0,05$) и $42,7 \pm 4,2$ ($t=4,0$, $p<0,05$), соответственно.

Во втором и третьем триместре гестации у женщин с возникшей плацентарной недостаточностью при ультразвуковом исследовании были выявлены истончение плаценты, расширение межворсинчатого пространства, маловодие, многоводие, а также нарушение маточно-плацентарного кровотока, что свидетельствовало о правильности выбора показателей в качестве предикторов возникновения плацентарной недостаточности.

Заключение

Плацентарная недостаточность чаще наблюдалась у беременных женщин с макро- и микросоматотипом. Индекс васкуляризации и индекс кровотока-потока плаценты, определенные с помощью трехмерного доплеровского сканирования, в первом триместре гестации были значительно ниже у женщин с возникшей плацентарной недостаточностью, что свидетельствовало о нарушении кровотока и состоянии плаценты.

Таким образом, индекс васкуляризации и индекс кровотока-потока следует относить к предикторам возникновения плацентарной недостаточности, что позволит уже в первом триместре выявлять женщин группы высокого риска и проводить профилактические мероприятия согласно действующим клиническим рекомендациям, утвержденным Минздравом России.



В начало

Содержание

Список авторов

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Турсунова Н.Н., Камалов А.И.

г. Самарканд
СамГМУ, кафедры Акушерства и гинекологии ФПДО

Актуальность

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) относится к наиболее распространённым эндокринным нарушениям у женщин репродуктивного возраста и сопровождается гормональными, метаболическими и сосудистыми изменениями. Беременность у пациенток с СПКЯ нередко протекает с развитием преэклампсии, плацентарной недостаточности, анемии, угрозы прерывания беременности и преждевременных родов. Нарушения углеводного обмена, гиперандрогения и эндотелиальная дисфункция являются важными патогенетическими механизмами данных осложнений. В связи с этим раннее выявление факторов риска и разработка профилактических мероприятий остаются актуальной задачей современного акушерства.

Цель

Оценить прогностическое значение гормональных и метаболических нарушений в развитии осложнений беременности у женщин с СПКЯ и определить эффективность профилактических мероприятий.

Материалы и методы

Проведено обследование 110 беременных женщин, из них 70 пациенток с подтверждённым диагнозом СПКЯ и 40 женщин без эндокринной патологии. Исследование включало анализ анамнеза, оценку гормонального профиля (ЛГ, ФСГ, тестостерон, прогестерон), определение показателей углеводного обмена и индекса НОМА-IR, а также доплерометрическую оценку маточно-плацентарного кровотока. Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием корреляционного и сравнительного анализа.

Результат

У беременных с СПКЯ значительно чаще выявлялись инсулинорезистентность, гиперандрогения и нарушения маточно-плацентарного кровотока. Угроза прерывания беременности отмечалась у 43,7% пациенток основной группы, преэклампсия — у 24,6%, анемия средней степени — у 30,0%, преждевременные роды — у 18,7% случаев. Установлена достоверная связь между повышением индекса НОМА-IR и развитием преэклампсии ($r=0,51$; $p<0,01$). Допплерометрические изменения сопровождалось снижением фетоплацентарной перфузии и задержкой внутриутробного развития плода. Проведение прегравидарной подготовки, коррекции инсулинорезистентности и динамического мониторинга беременности способствовало снижению частоты акушерских осложнений и улучшению перинатальных исходов.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Беременные с синдромом поликистозных яичников относятся к группе высокого риска осложнённого течения беременности. Основными прогностическими факторами неблагоприятных исходов являются гиперандрогения, инсулинорезистентность и нарушение плацентарного кровотока. Своевременная диагностика метаболических нарушений и проведение профилактических мероприятий позволяют снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у данной категории пациенток.

РАСШИРЕННЫЙ СКРИНИНГ ДЛЯ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Хрущ Л.В., Манухина Е.И.

г. Павловский Посад
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»

Актуальность

Преэклампсия – это грозное мультисистемное акушерское осложнение. Терапевтические направления преэклампсии ограничены и акцент научных исследований смещается на прогнозированию и профитактику для снижения материнской и перинатальной смертности. Социально-экономические факторы могут оказывать влияние на статистику по осложнениям, связанным с более высокой распространенностью преэклампсии в некоторых странах. В развитых странах наоборот можно проследить некоторую положительную динамику, ввиду более широкого охвата скринингом и применения профилактических мероприятий, что еще раз подчеркивает важность направления по прогнозированию и профилактике преэклампсии. Наиболее широкое применение в настоящее время имеет тройной тест для прогнозирования преэклампсии, разработанный Фондом медицины плода.

Цель

Повышение эффективности скрининговой программы преэклампсии путем изучения материнских факторов риска, клинических данных и биохимических маркеров.

Материалы и методы

Проведено когортное исследование с вложенным дизайном «случай-контроль» среди 180 пациенток, наблюдавшихся по беременности на базе ГКБ №15 имени О.М. Филатова и в амбулаторном отделении ГБУЗ МО «Павлово-Посадская больница». На первом этапе формировалась когорта и проводился сбор биоматериала. В 12-14 недель у участниц были определены уровни PLGF (плацентарный фактор роста), ADAM-12 (дезинтегрин и металлопротеиназа 12), PAPP-A (ассоциированный с беременностью плацентарный белок А) и ХГЧ (хорионический гонадотропин человека), расширенный ряд материнских факторов риска и показатель PI (пульсационный индекс) маточных артерий. Забор дополнительного анализа на ADAM-12 прово-



В начало

Содержание

Список авторов

дился одномоментно в рамках скрининга. На втором этапе проводилось проспективное наблюдение до родоразрешения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. На III этапе после родов были определены когорты, к первой группе были отнесены 19 пациенток с поздней преэклампсией без тяжелых признаков и ко второй 38 женщин без преэклампсии, сопоставимые по акушерскому и соматическому статусу. Затем проводился ретроспективный анализ данных, отбор предикторов и разработка модели прогнозирования.

Результат

На основании отобранных предикторов и биомаркеров была построена расширенная модель скрининга методом линейной регрессии и получено уравнение функции бинарной логистической регрессии для оценки вероятности развития поздней преэклампсии. Модель продемонстрировала высокие показатели чувствительности и специфичности для предикции поздней преэклампсии – 100% при 6% ложноположительных результатах, $p < 0,001$.

Был проведен анализ течения беременности и родов. У пациенток с преэклампсией достоверно чаще регистрировалась угроза прерывания в первом и втором триместрах, у 47,4% первой группы против 21% у группы сравнения в первом триместре и 31,6% против 5,3% во втором триместре, $p = 0,041$, $p = 0,013$, была выше общая прибавка веса у беременных с преэклампсией, $14,11 \pm 2,35$ кг и $11,77 \pm 1,70$ кг у пациенток без преэклампсии, $p < 0,001$.

В нашем исследовании достоверные различия не были зафиксированы по частоте применения вспомогательных репродуктивных технологий, $p = 1$, по присоединению токсикоза, $p = 0,783$ и анемии в первом триместре, $p = 1$.

Были получены отличия по количеству преждевременных родов, 26,3% в группе с преэклампсией и 2,3% в группе сравнения, $p = 0,013$. Кесарево сечение также чаще проводилось в первой группе, 57,9% против 21,1% в группе сравнения, $p = 0,005$. Среди осложнений родов не получено статистически значимых данных по частоте острой гипоксии плода, $p = 1$, преждевременному излитию околоплодных вод, $p = 0,849$ и кровотечений, $p = 0,225$.

Мы провели ретроспективный анализ среди пациенток, получавших и не получавших гестагены по акушерским показаниям и выявили, что вероятность развития преэклампсии была меньше почти в 8 раз у беременных, получавших 200-400 мг в сутки микронизированного прогестерона, $p = 0,02$. Терапевтические направления не входили в задачи нашего исследования, однако эти данные могут быть изучены более подробно при дальнейших исследованиях.

Заключение

Разработанная модель может позволить повысить эффективность скрининга за счет раннего прогнозирования поздней преэклампсии. Более точное определение группы риска и своевременное проведение профилактических мероприятий остаются самыми надежными методами для улучшения показателей по распространенности преэклампсии, тяжести ее течения и частоте материнских и перинатальных потерь.



В начало

Содержание

Список авторов

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ

Шелепова Т.Н., Нухова М.Ф., Неронов И.И., Анисимова Д.С.,
Добренькая Г.С.

г. Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность

Общий анализ крови представляет собой базовый инструмент лабораторного скрининга в акушерской практике. Физиологическая гестация сопровождается глубокой перестройкой системы крови, включающей увеличение объема плазмы, модификацию лейкоцитарного профиля и состояние управляемой гиперкоагуляции. Классические референсные интервалы зачастую неприменимы, что требует разработки гестационно-ориентированных подходов к интерпретации. В последние годы внимание исследователей привлекают так называемые расширенные индексы ОАК, которые несут информацию о функциональном состоянии и гетерогенности клеточных популяций.

Цель

Провести интерпретацию изменений расширенных клеточных индексов (RDW-CV, MPV, IPF, NLR) ОАК беременных в зависимости от акушерской ситуации.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 80 историй беременности, завершившихся родами в период с 2022 по 2024 год в КРД им. Ю.А. Пасхаловой г. Астрахани, в возрасте от 16 до 23 лет, средний возраст составил 19,2 года. Группы сформированы следующим образом:

Группа 1 – 20 пациенток с физиологическим течением беременности;

Группа 2 – 18 пациенток с диагностированной преэклампсией различной степени тяжести;

Группа 3 – 42 пациенток с анемией беременных.

Всем пациенткам выполнялся общий клинический анализ крови на гематологическом анализаторе Sysmex XN-550 с определением стандартных и расширенных параметров, включая RDW-CV, RDW-SD, MPV, PDW и IPF (фракцию незрелых тромбоцитов). Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа.

Результат

Собственные данные подтвердили классические представления о развитии дилуционной анемии: минимальные значения гемоглобина (в среднем 110.5 ± 7.2 г/л) регистрировались в сроке 28-32 недели в контрольной группе. Однако ключевым наблюдением стало выявление субклинического дефицита железа у 18% пациенток контрольной группы, у которых снижение Hb до 112-115 г/л сопровождалось



В начало

Содержание

Список авторов

падением сывороточного ферритина ниже 30 мкг/л уже в конце первого триместра, при этом MCV и MCH оставались в пределах нормы. Единственным значимым гематологическим маркером в этой подгруппе служило повышение RDW-CV > 14.0%, что указывает на ранний анизоцитоз как признак неэффективного эритропоэза.

Наиболее значимые результаты получены при анализе комбинированных изменений RDW-CV и MPV. RDW-CV как предиктор сосудистых осложнений.

В контрольной группе среднее значение RDW-CV во II триместре составило $13.1 \pm 0.8\%$. В группе ПЭ статистически значимое повышение RDW-CV до $14.8 \pm 1.2\%$ фиксировалось уже в среднем на 22-24 неделе, то есть за 8-12 недель до появления гипертензии и протеинурии. При этом чувствительность RDW-CV > 14.5% для прогноза развития ПЭ составила 76%, специфичность – 89% ($p < 0.01$). Патологически это можно связать с эндотелиальной дисфункцией, приводящей к микрогемолизу и нарушению созревания эритроцитов.

MPV и IPF в оценке тромбоцитарного звена. У пациенток с доброкачественным течением средний MPV оставался стабильным (9.8 ± 0.7 fl). В группе ПЭ с тромбоцитопенией отмечался парадоксальный рост MPV до 12.5 ± 1.1 fl на фоне снижения PLT, что свидетельствовало о выбросе в циркуляцию крупных, активных форм в ответ на периферическое потребление. Наиболее показательным был индекс IPF: его повышение > 5% предшествовало снижению PLT ниже 15010/л у 90% пациенток с последующей преэклампсией.

Нейтрофильно-лимфоцитарное отношение (NLR). В контрольной группе NLR не превышал 5.5. Устойчивое повышение NLR > 7.0 во втором триместре в 85% случаев ассоциировалось с осложнениями: в 60% – с развитием ПЭ, в 25% – с инфекционным процессом (бессимптомная бактериурия, хориоамнионит).

Заключение

Проведенный анализ подтверждает, что общий анализ крови при беременности представляет собой динамичную систему взаимосвязанных параметров. Расширенные клеточные индексы (RDW-CV, MPV, IPF, NLR), отражающие функциональное состояние эритрона и тромбоцитарного звена, несут существенную прогностическую информацию. Представленные собственные наблюдения указывают на то, что отклонения в этих индексах статистически значимо опережают клиническую манифестацию. Интеграция расширенных параметров ОАК в стандартные протоколы ведения беременности позволит реализовать персонализированный и превентивный подход, направленный на своевременную коррекцию патологических состояний и улучшение перинатальных исходов.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Исследуемые группы были сопоставимы по срокам родоразрешения, показателям оценки состояния новорождённых по шкале Apgar score, а также по продолжительности наблюдения. При рождении у детей основной группы регистрировались статистически значимо более низкие антропометрические показатели, включая массу тела, длину тела и окружность головы ($p < 0,001$), а гармоничное физическое развитие встречалось в 2,9 раза реже по сравнению с группой контроля ($p = 0,03$). Полученные данные свидетельствуют о возможном сохранении риска диспропорционального физического развития даже при последующей нормализации показателей массы и длины тела.

В ходе исследования установлена ассоциация между антенатально диагностированным синдромом ограничения роста плода и повышенной вероятностью формирования нарушений со стороны центральной нервной системы у детей. Показано, что в основной группе задержка психомоторного развития выявлялась в 44,7 раза чаще по сравнению с группой сравнения ($p < 0,001$; ОШ = 0,02; 95% ДИ = 0,007–0,07). Кроме того, нарушения психоречевого развития у детей основной группы регистрировались в 12,04 раза чаще ($p = 0,02$).

Заключение

Таким образом, результаты проведённого исследования продемонстрировали, что даже при достижении последующей нормализации антропометрических параметров, характеризующейся феноменом «догоняющего роста», пренатально сформировавшийся синдром ограничения роста плода сохраняет неблагоприятное влияние на нейрокогнитивное развитие ребёнка. Полученные данные подтверждают целесообразность разработки и внедрения программ ранней диагностики, длительного динамического наблюдения и комплексной реабилитации детей, перенёвших синдром ограничения роста плода. Кроме того, результаты исследования подчёркивают необходимость дальнейшего изучения роли пренатальных факторов в механизмах формирования психоречевых нарушений.

ПЛАЦЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА

Шукурхужаева Д.Н.

Узбекистан, г. Ташкент

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Актуальность

Синдром ограничения роста плода (СОРП) – многофакторное осложнение беременности, развитие обусловленное совокупностью различных патогенетических механизмов. Ключевую роль в его формировании играют плацентарные нарушения, сопровождающиеся снижением маточно-плацентарного кровотока и ухудшением метаболического обмена между организмом матери и плодом. Несмотря на значи-



В начало

Содержание

Список авторов

против 0%; $p=0,01$), а также дегенеративные изменения ворсинчатого эпителия с избыточным отложением фибрина и фибриноида (81,82% против 16,67%; $p=0,01$). Фиброз стромы и снижение васкуляризации промежуточных и терминальных ворсин также преобладали при ранней форме заболевания (90,91% против 33,33%; $p=0,01$). В то же время компенсаторно-приспособительные процессы, включая гиперплазию терминальных ворсин (91,67%; $p=0,02$) и их полнокровие (100,0%; $p=0,01$), достоверно чаще определялись при поздней манифестации синдрома ограничения роста плода.

Заключение

Таким образом, ранняя форма СОРП характеризуется преимущественно выраженными морфологическими изменениями, включающими плацентарную гипоплазию, отклонения в конфигурации органа, хроническую недостаточность материнского кровотока, а также базальный и париетальный децидуит, сочетающийся с редукцией васкуляризации ворсинчатого дерева. Данные изменения формируются на фоне недостаточно сформированных адаптационно-компенсаторных механизмов.

В отличие от этого, при позднем варианте СОРП в плаценте преобладают активные компенсаторно-приспособительные реакции, тогда как структурные нарушения выражены в значительно меньшей степени.

ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ В МОНИТОРИНГЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА

Шукурхужаева Д.Н.

Узбекистан, г. Ташкент

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Актуальность

Синдром ограничения роста плода (СОРП) относится к числу ключевых проблем в современной акушерской практике, поскольку его развитие связано с повышенной частотой перинатальной заболеваемости и летальности. Кроме того, данное состояние оказывает существенное влияние на дальнейшее здоровье ребёнка, повышая риск формирования метаболических нарушений и сердечно-сосудистой патологии во взрослом возрасте.

Несмотря на совершенствование клинических рекомендаций и активное внедрение современных методов диагностики, распространённость осложнённого течения беременности, ассоциированного с СОРП, остаётся относительно стабильной и не демонстрирует устойчивого снижения. Такая ситуация объясняется недостаточной изученностью патогенетических основ данного синдрома, а также ограниченными возможностями существующих методов раннего прогнозирования, которые характеризуются недостаточной чувствительностью и специфичностью.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Цель

Оценить прогностическую значимость биохимических (PlGF, витамин D) и биофизических (доплерометрия маточных артерий) маркеров для ранней диагностики и прогнозирования развития у беременных с синдромом ограничения роста плода.

Материалы и методы

В исследование были включены 107 беременных женщин, обратившихся для постановки на диспансерный учет по беременности в 6-МРПЦ г. Ташкента. На основании анализа клинико-anamnestических данных были распределены на две группы: основную группу составили беременные с диагностированным синдромом ограничения роста плода, тогда как контрольную группу сформировали пациентки с физиологически протекающей беременностью.

Результат

В ходе проведенного исследования установлено, что у беременных с наличием клинических факторов риска СОРП на сроках гестации 11–13 и 18–20 недель отмечается достоверное снижение концентрации плацентарного фактора роста (PlGF) по сравнению с женщинами с физиологическим течением беременности. Анализ показал высокую прогностическую ценность PlGF, что позволяет рассматривать данный маркер как ранний биохимический индикатор риска развития синдрома ограничения роста плода (СОРП).

Дополнительно выявлена значимая обратная зависимость между уровнем 25(OH)D в периферической крови и вероятностью формирования СОРП. У пациенток с дефицитом витамина D наблюдалась активация антиангиогенных процессов и нарушения сосудистой регуляции, что подтверждает патогенетическую роль гиповитаминоза D в развитии плацентарной сосудистой дисфункции при беременности.

Результаты доплерометрического исследования маточных артерий продемонстрировали статистически значимое повышение пульсационного индекса (ПИ) у беременных группы риска по СОРП по сравнению с контрольной группой, преимущественно в I и начале II триместра. Увеличение ПИ отражает снижение эффективности маточно-плацентарной перфузии и демонстрирует корреляционные связи с уровнями PlGF и 25(OH)D.

Проведенный корреляционный анализ подтвердил, что объединение биохимических показателей (PlGF, 25(OH)D) и биофизических данных (доплерометрия) существенно повышает диагностическую точность прогнозирования СОРП, увеличивая чувствительность и специфичность модели. Разработанная комплексная прогностическая система обеспечивает точность раннего выявления патологии до 80%, что обосновывает её клиническое применение.

Кроме того, был сформирован алгоритм дифференцированного скрининга и профилактических мероприятий у беременных групп риска. Он основан на комплексной оценке ангиогенных факторов, уровня витамина D и доплерометрических параметров, что позволяет индивидуализировать тактику ведения беременности, своевременно определять необходимость лечебных вмешательств и снижать частоту необоснованных инвазивных процедур и медикаментозной нагрузки.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Системный анализ показателей ангиогенеза, концентрации витамина D и данных доплерометрического исследования обеспечивает высокую точность прогнозирования формирования и дальнейшего прогрессирования синдрома ограничения роста плода (СОРП) уже в первом и втором триместрах беременности. Полученные результаты формируют научно обоснованную базу для реализации персонализированного подхода в акушерской практике, направленного на раннее выявление и индивидуализацию тактики ведения беременности.

СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ВАГИНАЛЬНОЙ И КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Щербакова Е.А., Истомина Н.Г., Баранов А.Н.

г. Архангельск

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

Актуальность

Задержка роста плода — это акушерское осложнение, возникающее вследствие плацентарной недостаточности и встречающееся в 3–7% всех беременностей. Дисбиоз кишечной микробиоты матери и нарушение регуляции метаболитов связаны с патогенезом задержки роста плода, что указывает на активное взаимодействие микробиомов различных локализаций при плацентарной недостаточности. Необходимы стратегии оперативного выявления и корректного ведения беременностей с задержкой роста плода для улучшения перинатальных исходов и качества жизни детей.

Цель

Изучить влияние изменений микробиоты кишечника и влагалища на развитие задержки роста плода.

Материалы и методы

Произведен анализ научных публикаций ELibrary, PubMed, Google Scholar за последние 5 лет.

Результат

По мере прогрессирования гестации разнообразие кишечной микробиоты значительно увеличивается, в то время как разнообразие вагинальной микробиоты снижается. В третьем триместре беременности микробиомы кишечника и влагалища находятся в состоянии динамических изменений. Воспаление является следствием дисбиотических изменений кишечника и влагалища, а также важным патогенетическим звеном развития задержки роста плода. Активация Toll-like рецептора 4 и повышение уровня липополисахарида приводит к их связи и вызывает метаболическую



В начало

Содержание

Список авторов

эндотоксинемию. Впоследствии увеличение провоспалительных цитокинов и хемокинов, таких как фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α) и интерлейкин (ИЛ-6), приводит к плацентарной недостаточности и задержке роста плода. В постнатальном периоде среди маловесных новорожденных отмечается высокая частота случаев некротизирующего энтероколита, неонатального диабета, ожирения и астмы.

Заключение

Изменения микробиоты в организме женщины во время беременности имеют решающее значение для здоровья как матери и ребенка. Ранняя диагностика и своевременная коррекция дисбиоза оси «кишечник-плацента-плод» при задержке роста плода потенциально может улучшить перинатальные исходы.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОТ ФАКТОРОВ РИСКА ДО ОСЛОЖНЕНИЙ РОДОВ

Якутовская С.Л., Андреева Н.Л., Дуда В.И.

г. Минск

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров БГМУ г. Минск 1 ГКБ

Актуальность

Согласно последним данным Международной федерации диабета, данное заболевание является одной из самых быстрорастущих глобальных проблем общественного здравоохранения XXI века. По данным ВОЗ за 2024 год, около 589 миллионов взрослых в возрасте 20–79 лет во всём мире страдали диабетом. Гипергликемия была выявлена во время беременности у 23 миллионов (19,7%) матерей, родивших детей в 2024 году, причем 79,2% случаев приходились на гестационный диабет (ГСД).

Цель

Определить основные подходы к оптимизации оказания медицинской помощи беременным с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели проведено когортное одноцентровое ретроспективное исследование, в котором приняли участие 294 пациентки, находившиеся в 2023 году в акушерском стационаре УЗ «1-я городская клиническая больница»

Для проведения статистической обработки полученных данных использовалось программное обеспечение SPSS 17.0 и Microsoft Excel.

Результат

Все пациентки были разделены на основную и контрольную группы. Основная группа в свою очередь была также разделена на 2 группы. В 1-ю группу вошли 230 женщин с ГСД, у которых диетотерапия использовалась как основной метод лечения. Во 2-ю группу – 33 женщины, получавшие в качестве лечения инсулин. Инсу-



В начало

Содержание

Список авторов

линотерапия назначалась при неудовлетворительном контроле гликемии (уровень глюкозы выше 7,0 ммоль/л через час после еды 2 и более раз в течении двух недель) при условии соблюдения принципов рационального питания, после раннего выявления ГСД. В контрольную группу (группа 3) вошли 31 здоровая беременная. Достоверные различия по паритету родов и возрасту у пациенток всех групп отсутствовали.

Пациентки с ГСД достоверно чаще имели в анамнезе артериальную гипертензию (АГ) по сравнению с контрольной группой (группа 1=28, группа 2=8, группа 3=0), из чего следует, что АГ, существовавшая до беременности, является значимым фактором риска развития ГСД ($p_{1,3}=0,036$) ($p_{2,3}=0,003$).

Беременные с ГСД статистически достоверно чаще имели ожирение в анамнезе по сравнению с контрольной группой, (группа 1=63, группа 2=11, группа 3=3), что также является предиктором развития ГСД ($p_{1,3}=0,033$) ($p_{2,3}=0,022$).

Нами выявлены статистически достоверные различия между пациентками 2 и 3 групп по следующим показателям: частота индуцированных родов: группа 2=13, группа 3=5) ($p_{2,3}=0,039$), частота планового родоразрешения путем операции кесарева сечения (КС): группа 2=13, группа 3=5) ($p_{2,3}=0,039$) и путем экстренного КС: группа 2=10, группа 3=2) ($p_{2,3}=0,015$). Отмечены статистически достоверные различия между пациентками основной и контрольной группы по частоте спонтанного начала родовой деятельности (спонтанные роды: группа 1=88, группа 2=2, группа 3=19) ($p_{1,3}=0,014$) ($p_{2,3}=0,000$), установлено, что женщины с ГСД реже самостоятельно вступали в роды по сравнению с контрольной группой.

Так же была изучена взаимосвязь частоты индукции родов и последующим развитием острой гипоксии плода между пациентками всех 3 групп. При сравнении 2 и 3 групп статистически достоверных различий между частотой индуцированных родов и развитием острой гипоксии плода выявлено не было ($p>0,05$). Однако, статистически доказана взаимосвязь между ожидаемой частотой развития острой гипоксии плода после индукции родов индукции между группами 1 и 3 (значимость точного критерия Фишера = 0,011).

Заключение

Таким образом, становится очевидным, что наличие в анамнезе артериальной гипертензии и ожирения является предиктором развития ГСД, ($p<0,05$). ГСД часто является причиной индукции родов и относительным показанием к выполнению КС, что, вероятно, не всегда оправдано. Острая гипоксия плода после индукции родов чаще встречается у беременных с ГСД, что приводит к увеличению частоты оперативного родоразрешения.



АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКОВ

Якутовская С.Л., Марковская Т.В., Гологутская И.В.

г. Минск

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров БГМУ г. Минск РЦМРБ ООО «Новый Лекарь»

Актуальность

Мертворождаемость является одной из глобальных проблем акушерства, перинатологии и общественного здравоохранения. Согласно статистике ВОЗ, ежегодно в мире фиксируется 2,6 миллиона случаев антенатальной гибели плода. В Республике Беларусь этот показатель составляет 2,3–2,7 % от общего числа рождений, что соответствует европейским стандартам. При этом в структуре перинатальной смертности и заболеваемости доля недоношенных детей достигает 85%.

Цель

Осуществление анализа причин антенатальной гибели плодов на сроках гестации 22–36 6/7 недель беременности дней, оценка их удельного веса в структуре преждевременных родов, определение направлений для разработки профилактических мер по предотвращению подобных потерь.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач был выполнен ретроспективный анализ случаев антенатальной гибели плодов в указанный период гестации за пятилетний период среди пациенток, госпитализированных в акушерские стационары г. Минска по поводу преждевременных родов. Были изучены 902 истории родов (форма № 096/у), 902 обменные карты (форма № 113/у-07), 902 истории развития новорожденных (форма №097/у), а также 33 направления на морфологическое исследование.

Результат

По срокам гестации ПР распределились следующим образом: 22–27 недель гестации – 10,5% (95); 28–33 недели гестации – 36,6% (330); 34–36 6/7 недель гестации) 52,9% (477). Самостоятельно начавшиеся ПР произошли в 362 случаях (40,1%), в том числе, начавшиеся с преждевременного разрыва плодных оболочек у 28,9% пациенток (261). Досрочное родоразрешение чаще всего осуществлялось по следующим показаниям: преэклампсия средней или тяжелой степени – 18,7% (169), хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) с задержкой роста плода в стадии декомпенсации – 7,4%(67); заболевания сердечно-сосудистой системы женщины (врожденные пороки сердца, хроническая ревматическая болезнь сердца, аритмии, эндокардиты, миокардиты, миксомы) – 7% (63); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты– 5,3% (48); резус-сенсibilизация – 5,2% (47); сахарный диабет 1-го типа (классы В, С, D, F, R) – 4,65% (42); злокачественные опухоли различной



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

локализации – 1,21% (11) и др. Антенатальная гибель плода явилась причиной досрочного родоразрешения в 33 случаях, что составило 3,65% от всех ПР.

В 63,6% (21) случаев причиной антенатальных потерь стала ХПН, подтвержденная патоморфологическим исследованием. Основными морфологическими изменениями в плаценте у погибших плодов были: субхориальные инфаркты ворсинчатого хориона; патологическая незрелость плаценты; ускоренное созревание ворсинчатого хориона; диссоциированное созревание ворсин хориона; дефицит промежуточных ворсин.

ХПН как правило, возникала на фоне экстрагенитальной патологии у женщин: бронхиальной астмы, артериальной гипертензии, сахарного диабета, АФС, ВИЧ, онкологических заболеваний, хронической инфекции мочевыводящих путей, хронической никотиновой и алкогольной зависимости и др. У 45,5% (15) женщин с антенатальными потерями имели место воспалительные заболевания половой системы, вызванные различными патогенными и условно патогенными микроорганизмами. Врожденные пороки развития, приведшие к антенатальной гибели плода имели место 12,1% случаев.

Заключение

Ведущее место среди причин антенатальной гибели плода принадлежит ХПН, развивающейся на фоне тяжелой экстрагенитальной патологии, а также никотиновой либо алкогольной зависимости. Значимую роль в проблеме антенатальных потерь занимает как вирусная, так и бактериальная инфекция, приводящая к генерализации патологического процесса, врожденные пороки развития плода, несовместимые с жизнью в условиях морфофункциональной незрелости. Снижение антенатальных потерь возможно за счет ранней диагностики экстрагенитальной патологии, планирования беременности, своевременной диагностики и профилактики врожденных пороков развития плода, раннего выявления и санации очагов инфекции.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Гинекология

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ И ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

Абдуллаева Л.М., Муминжонова И.Ф.

г. Ташкент

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Актуальность

Миома матки является одной из наиболее распространенных доброкачественных опухолей у женщин репродуктивного возраста и связана с воспалительными, ангиогенными и фиброзными процессами, которые ухудшают репродуктивный потенциал и качество жизни. Минимально инвазивные, органосохраняющие методы лечения, такие как радиочастотная абляция (РЧА) и эмболизация маточных артерий (ЭМА), привлекают все больше внимания как альтернатива традиционной хирургии.

Цель

Провести сравнительную оценку клинических результатов, репродуктивной функции и иммунологической динамики у женщин с миомой матки, получавших лечение радиочастотной абляцией или эмболизацией маточных артерий.

Материалы и методы

В проспективное исследование были включены 93 женщины репродуктивного возраста с миомой матки, которым была проведена радиочастотная абляция (РЧА) (n=41) или эмболизация маточных артерий (ЭМА) (n=52). В течение 12 месяцев наблюдения оценивались клинические симптомы, параметры ультразвукового исследования, функция яичников, гормональный статус и удовлетворенность лечением. Кроме того, в подгруппе пациенток (n=45) оценивались уровни TNF- α , VEGF-A и TGF- β 2 в сыворотке крови и сравнивались со здоровыми контрольными группами (n=28) до лечения и через 3 месяца после вмешательства.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Как РЧА, так и ЭМА значительно уменьшили симптомы, связанные с миомой, и объем лимфатических узлов. Беременность наступила у 70% женщин, планировавших зачатие, после малоинвазивного лечения. ЭМА была связана с транзиторными ишемическими изменениями яичников и кратковременными гормональными колебаниями, тогда как РЧА сохраняла функцию яичников на протяжении всего периода наблюдения. Иммунологический анализ продемонстрировал значительно повышенные уровни TNF- α , VEGF-A и TGF- β 2 у пациенток с миомой матки по сравнению с контрольной группой ($p < 0.001$). После эмболизации маточных артерий уровни цитокинов снизились, но оставались выше физиологических значений. В отличие от этого, радиочастотная абляция привела к более выраженному и статистически значимому снижению воспалительных, ангиогенных и фибротических маркеров ($p < 0.001$), что указывает на более глубокое подавление патогенеза.

Заключение

Радиочастотная абляция и эмболизация маточных артерий являются эффективными органосохраняющими методами лечения миомы матки. Однако радиочастотная абляция демонстрирует лучшее сохранение функции яичников и более глубокую нормализацию иммунно-воспалительных и ангиогенных процессов, что подтверждает ее преимущество в качестве предпочтительного варианта лечения для женщин репродуктивного возраста.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)

Алиёрова Г.А., Иноятова Н.М.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

Актуальность

Дисменорея является одной из наиболее распространённых проблем репродуктивного здоровья у подростков. Болезненные менструации снижают учебную и физическую активность, ухудшают психоэмоциональное состояние и качество жизни. Многие девушки воспринимают боли как естественное явление и не обращаются за медицинской помощью, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. В связи с этим изучение распространённости и клинических особенностей дисменореи у подростков имеет важное практическое значение.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Изучить частоту встречаемости дисменореи у подростков, оценить интенсивность болевого синдрома, особенности клинического течения и влияние заболевания на качество жизни.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 108 школьниц 15–16 лет, обучающихся в 8–9 классах. Анкетирование проводилось анонимно и добровольно. С помощью специально разработанной анкеты изучались особенности менструального цикла, наличие и интенсивность боли, а также сопутствующие симптомы. Для оценки боли использовалась шкала Вонг–Бейкер (0–10 баллов). Дополнительно анализировались жалобы на слабость, головную боль, тошноту, головокружение и влияние дисменореи на повседневную активность. Полученные данные обработаны статистически с расчётом процентных показателей.

Результат

Признаки дисменореи выявлены у 78 (72,2%) участниц, что свидетельствует о высокой распространённости данного состояния среди подростков. Умеренная боль отмечена у 46 (42,6%) девушек, выраженная — у 32 (29,6%). У остальных наблюдалась лёгкая степень болевого синдрома.

Установлено, что дисменорея оказывает значительное влияние не только на физическое, но и на социально-психологическое состояние подростков. О трудностях в повседневной деятельности сообщили 60 (55,5%) участниц: некоторые были вынуждены пропускать занятия, ограничивать физическую активность и больше отдыхать.

Среди сопутствующих симптомов наиболее часто отмечалась общая слабость — у 50,9% респонденток. Головная боль наблюдалась у 38,8%, тошнота — у 35,1%. В отдельных случаях отмечались головокружение и раздражительность.

Несмотря на выраженность симптомов, только 23,1% девушек обращались за медицинской помощью. Большинство пытались справиться с болью самостоятельно либо считали её физиологической нормой, что указывает на недостаточный уровень медицинской грамотности в вопросах репродуктивного здоровья.

Заключение

Результаты исследования подтвердили высокую распространённость дисменореи среди подростков. Основным механизмом развития болевого синдрома считается повышение уровня простагландинов, вызывающее усиленные сокращения матки и развитие вегетативных симптомов. Хотя дисменорея обычно не представляет угрозы для жизни, она существенно ухудшает физическое и психоэмоциональное состояние подростков, снижает учебную и социальную активность. Полученные данные свидетельствуют о необходимости усиления профилактической работы, повышения информированности подростков о репродуктивном здоровье, а также расширения возможностей ранней диагностики и консультативной помощи.



СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ НАРУШЕНИЙ

Атхамова Ш.Р.

г. Ташкент

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Актуальность

Преэклампсия является одним из наиболее серьезных осложнений беременности, которое представляет угрозу как для жизни матери, так и для плода. Центральным звеном её патогенеза признана эндотелиальная дисфункция — нарушение нормальной регуляции сосудистого тонуса, микроциркуляции и проницаемости сосудистой стенки.

Эндотелий, выполняющий функции барьера и регулятора гомеостаза, в норме синтезирует вазоактивные вещества — оксид азота (NO), простаглицлин, эндотелин и др. Нарушение равновесия между вазодилатирующими и вазоконстрикторными факторами приводит к спазму артериол, повышению сосудистой проницаемости, активации тромбоцитов и воспалительных реакций.

Исследование особенностей нарушения эндотелиальной функции у беременных с преэклампсией имеет важное значение для понимания механизмов болезни и разработки методов её профилактики и ранней диагностики.

Цель

Изучить особенности нарушения эндотелиальной функции у беременных с преэклампсией и определить роль эндотелиальных медиаторов (в частности, оксида азота и продуктов его метаболизма, а также эндотелина-1) в патогенезе данного осложнения беременности.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе городского родильного комплекса № 6 г. Ташкента. Под наблюдением находились 70 беременных женщин, которые были разделены на две группы. Контрольную группу составили 30 пациенток с физиологически протекающей беременностью; в основную группу вошли 40 беременных с диагностированной преэклампсией различной степени тяжести. Группы были сопоставимы по возрасту и сроку гестации. Критерии включения: одноплодная беременность, для основной группы — установленный диагноз преэклампсии; критерии исключения: многоплодная беременность, тяжёлая хроническая соматическая и эндокринная патология, острые инфекционно-воспалительные процессы.

Оценка эндотелиальной функции проводилась с использованием комплекса лабораторных и функциональных методов. В плазме крови определяли уровень метаболитов оксида азота (нитритов и нитратов) методом Грисса, а также концентрацию эндотелина-1 (ЕТ-1) как основного вазоконстрикторного фактора эндотелия с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Дополнительно методом ИФА определяли



уровень растворимых молекул адгезии (sICAM-1, sVCAM-1), отражающих степень эндотелиального повреждения. Функциональное состояние сосудистой стенки оценивали по показателю эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) с применением ультразвуковой пробы с реактивной гиперемией (временная окклюзия плечевой артерии). Для комплексной оценки баланса вазоактивных факторов рассчитывали соотношение NO/ET-1.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением программ Microsoft Excel и Statistica 10.0. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и его ошибки ($M \pm m$). Достоверность различий между группами оценивали с помощью t-критерия Стьюдента; для выявления взаимосвязей применяли корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона r). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результат

В исследование вошли 70 беременных. У беременных с преэклампсией выявлены выраженные признаки эндотелиальной дисфункции по сравнению с контрольной группой. Полученные данные показали, что у беременных с преэклампсией уровень метаболитов оксида азота был достоверно ниже, чем в контрольной группе (24,3 против 38,6 мкмоль/л; $p < 0,001$), что соответствует снижению показателя на 37,0 % и свидетельствует об уменьшении вазодилатирующего потенциала эндотелия.

Одновременно отмечалось повышение концентрации эндотелина-1 в 2,49 раза (4,78 против 1,92 пг/мл; $p < 0,001$), отражающее усиление вазоконстрикторных процессов и активацию сосудистого эндотелия.

Уровень sICAM-1 (364,7 против 218,4 нг/мл; $p < 0,001$) был выше в 1,67 раза, а уровень sVCAM-1 (1018,4 против 612,5 нг/мл; $p < 0,001$) — в 1,66 раза, что подтверждает наличие системного эндотелиального повреждения.

Показатель эндотелий-зависимой вазодилатации у беременных с преэклампсией составил 6,8 % против 12,4 % в контрольной группе ($p < 0,001$), что соответствует снижению на 45,2 %.

Соотношение NO/ET-1 было снижено в 3,94 раза (5,1 против 20,1 усл. ед.; $p < 0,001$), что отражает выраженный дисбаланс вазоактивных факторов с преобладанием вазоконстрикции.

При корреляционном анализе установлена обратная связь между уровнем эндотелина-1 и ЭЗВД ($r = -0,72$; $p < 0,001$), а также прямая связь между метаболитами NO и ЭЗВД ($r = 0,68$; $p < 0,001$). Выраженность выявленных изменений нарастала параллельно степени тяжести преэклампсии.

Заключение

У беременных с преэклампсией развивается выраженная эндотелиальная дисфункция, характеризующаяся достоверным снижением уровня метаболитов оксида азота и повышением концентрации эндотелина-1.

Повышается уровень растворимых молекул адгезии (sICAM-1, sVCAM-1) подтверждает системную активацию и повреждение сосудистого эндотелия при преэклампсии.



В начало

Содержание

Список авторов

Снижается эндотелий-зависимой вазодилатации и соотношения NO/ET-1 отражает нарушение баланса вазоактивных факторов с преобладанием вазоконстрикции. Изученные показатели (метаболиты NO, эндотелин-1, соотношение NO/ET-1, молекулы адгезии, ЭЗВД) могут использоваться в качестве маркёров для ранней диагностики и оценки риска сосудистых осложнений беременности; выраженность изменений нарастает с увеличением степени тяжести преэклампсии.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Ахмадиев Э.Э.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Актуальность

В последние годы состояние эндометрия рассматривается как один из ключевых факторов успешной имплантации эмбриона. Несмотря на сохранённую овуляцию и удовлетворительные показатели гормонального профиля, у части пациенток беременность не наступает, что может быть связано с нарушением процессов пролиферации и рецептивности эндометрия. Недостаточная пролиферация эндометрия ассоциирована со снижением имплантационного потенциала и уменьшением частоты наступления клинической беременности. Особый интерес представляет изучение данной проблемы у пациенток с первичным бесплодием, поскольку отсутствие реализованной беременности позволяет предположить наличие исходной эндометриальной дисфункции.

Цель

Изучить особенности эндометриальной пролиферации у пациенток с первичным бесплодием и оценить взаимосвязь между ультразвуковыми и гормональными показателями.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 50 медицинских карт пациенток репродуктивного возраста с первичным бесплодием. Критерием включения являлось наличие толщины эндометрия менее 7 мм в перивуляторный период по данным ультразвукового исследования. Анализировались клиничко-anamnestические данные, результаты ультразвукового исследования органов малого таза, а также показатели гормонального профиля, включая уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ) и прогестерона. Проведён корреляционный анализ между толщиной эндометрия и показателями гормонального профиля.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Средний возраст обследованных пациенток составил $31,8 \pm 4,6$ года, средняя длительность бесплодия — $3,9 \pm 2,1$ года. По данным ультразвукового исследования средняя толщина эндометрия в перивуляторный период составила $6,0 \pm 0,7$ мм. У 31 пациентки (62,0%) отмечалась неоднородность структуры эндометрия, у 24 (48,0%) — снижение эхогенности эндометрия.

При анализе анамнестических данных воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе выявлены у 22 пациенток (44,0%), признаки хронического эндометрита — у 17 (34,0%). Внутриматочные вмешательства ранее проводились 14 пациенткам (28,0%).

При оценке гормонального профиля средний уровень ФСГ составил $6,5 \pm 1,8$ мМЕ/мл, ЛГ — $5,7 \pm 2,0$ мМЕ/мл, прогестерона в лютеиновой фазе — $19,1 \pm 5,9$ нг/мл. У большинства пациенток показатели гормонального профиля находились в пределах референсных значений.

При проведении корреляционного анализа не выявлено выраженной взаимосвязи между толщиной эндометрия и уровнями ФСГ ($r=-0,18$), ЛГ ($r=-0,11$) и прогестерона ($r=0,21$). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что нарушение пролиферации эндометрия у пациенток с первичным бесплодием не всегда обусловлено системными гормональными изменениями и, вероятно, связано с локальными нарушениями эндометриальной рецептивности.

Заключение

Недостаточная пролиферация эндометрия у пациенток с первичным бесплодием часто сопровождается структурными изменениями эндометрия и признаками хронического воспалительного процесса при отсутствии выраженных гормональных нарушений. Отсутствие сильной корреляции между толщиной эндометрия и показателями гормонального профиля позволяет предположить преимущественно локальный характер эндометриальной дисфункции. Полученные данные подтверждают необходимость комплексной оценки состояния эндометрия у пациенток с первичным бесплодием.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

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

г. Донецк

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

Актуальность

Эмоциональный стресс, неизбежно возникающий в регионе боевых действий может приводить к соматизации тревожности у населения. Боль, тревога, волнение,



В начало

Содержание

Список авторов

нагрузки, перегрев и охлаждение, случайные или операционные травмы увеличивают вероятность психо-эмоционального напряжения и ухудшения психосоматического здоровья женщин.

Цель

Изучение влияния фактора военного времени на психосоматическое здоровье женщин, проживающих в зоне военного противостояния.

Материалы и методы

Комплексная оценка специфических функций проводилась на основании анализа клинико – психологических и лабораторных методов исследования. Изучалась гинекологическая заболеваемость, менструальная функция, гормональный фон и психоэмоциональное состояние.

Обследовано 64 женщин обратившихся в гинекологическое отделение ЦГКБ № 3 г. Донецка с марта 2022 по март 2026 года в возрасте 18-45 лет, которые составили (1 группа) основную группу исследования. Группу сравнения (2 группа) составили 38 женщин такого же возрастного диапазона, наблюдавшиеся в клинике в довоенное время.

Результат

Анализ гинекологической заболеваемости среди женщин основной группы показал, что чаще всего у женщин диагностировалось нарушение менструального цикла у 49 (76,5 %) женщин. Из них на фоне функциональной гиперпролактинемии у 35 (54,7%) пациенток, на фоне недостаточности лютеиновой фазы у 27 (42,1%) и при гиперкортизолемии у 21 (32,8%) женщин. Сочетание гиперпролактинемии и гиперкортизолемии наблюдалось в 29 (45,3%) случаях, исключая микроаденому, аденому гипофиза и надпочечников методами сонографического исследования и МРТ. Предменструальный синдром диагностировался у 25 (39%) женщин, сопровождающийся функциональной гиперпролактинемией у 16% и гиперэстрадиолемией у 11% молодых женщин с 18 до 27 лет.

Клинико-психологическое обследование женщин 1 группы свидетельствует об их полной (100%) принадлежности к интровертам с высоким уровнем нейротизации.

Среди женщин группы сравнения только у 12 % наблюдалось состояние тревожности и было связано с семейно-бытовыми, производственными факторами.

Анализ заболеваемости у женщин “мирного времени” показал, что чаще всего за исследуемый период пациентки обращались по поводу бактериального вагиноза – 18 (47%), кандидоза -21(55,2%). Трубно-перитонеальное бесплодие было диагностировано у 14 (36,8%) женщин. Недостаточность лютеиновой фазы с образованием кисты желтого тела было установлено у 5 (13,1%) обследуемых. Кроме этого женщины обращались с псевдоэрозией шейки матки – 6 (15,7%).

Заключение

Данные исследования показали, что к группе повышенного риска соматизации тревожности следует отнести женщин находящихся в регионе военных действий.



В начало

Содержание

Список авторов

Соматизация тревожности приводит к нарушению репродуктивного здоровья женского населения. Чаще всего диагностировались различные варианты нарушения менструального цикла с дальнейшим развитием патологических морфологических изменений в органах мишенях. Увеличение продукции пролактина и кортизола у женщин, проживающих в регионе военных действий, является результатом адаптации к стрессовым факторам. Пролактин является эндогенным анксиолитиком, способным снижать уровень тревожности и индуцировать стресслимитирующую реакцию. На основании проведенного исследования установлен статистически высший ($p < 0,05$) уровень пролактина у женщин со средневысоким уровнем ситуативной тревожности в сравнении с пациентками с низким ее уровнем.

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН С МЕНСТРУАЛЬНО – ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

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

г. Донецк

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

Актуальность

Менструально-овариальная дисфункция (МОД) является одной из значимых проблем, влияющих на репродуктивное здоровье женщин. Влияние психоэмоционального напряжения (ПЭН) на менструально-овариальную функцию до конца не изучено, особенно в отношении различных степеней тяжести психоэмоционального состояния. Оценка овариального резерва у женщин с МОД, ассоциированной с ПЭН, может дать новые данные для понимания патогенеза и разработки терапевтических стратегий.

Цель

Оценить овариальный резерв у женщин с менструально-овариальной дисфункцией, ассоциированной с различной степенью тяжести ПЭН и выявить изменения в биохимических и эхографических маркерах овариального резерва.

Материалы и методы

Исследование включало 130 женщин, разделенных на четыре группы: I группа (основная) 30 женщин с менструально-овариальной дисфункцией, ассоциированной с легкой степенью ПЭН, II группа (основная) 30 женщин с менструально-овариальной дисфункцией, ассоциированной с ПЭН средней степени тяжести, III группа (основная): 30 женщин с менструально-овариальной дисфункцией, ассоциированной с ПЭН тяжелой степени тяжести. Контрольная группа (группа сравнения) состояла из 40 здоровых женщин репродуктивного возраста.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Результаты показали значительные различия в биохимических и эхографических маркерах овариального резерва между основными и контрольной группами. Анализ уровня антимюллерова гормона (АМГ) у женщин группы показало снижение с $2,5 \pm 0,2$ нг/мл до $2,0 \pm 0,2$ нг/мл (на 20%), во II группе снижение с $2,5 \pm 0,2$ нг/мл до $1,8 \pm 0,2$ нг/мл (на 28%), в III группе снижение с $2,5 \pm 0,2$ нг/мл до $1,5 \pm 0,2$ нг/мл (на 40%). В контрольной группе данный показатель составил $2,5 \pm 0,2$ нг/мл. Исследование уровни ФСГ в группах показало в I группе увеличение ФСГ составил с $7 \pm 0,5$ МЕ/л до $8,5 \pm 0,5$ МЕ/л (на 21%), во II группе увеличение с $7 \pm 0,5$ МЕ/л до $9 \pm 0,5$ МЕ/л (на 28%), в III группе увеличение с $7 \pm 0,5$ МЕ/л до $10 \pm 0,5$ МЕ/л (на 43%). В контрольной группе данный показатель составил $7 \pm 0,5$ МЕ/л. Исследование количество антральных фолликулов в I группе отмечен снижение с 12 ± 1 до 10 ± 1 (на 17%), во II группе снижение с 12 ± 1 до 9 ± 1 (на 25%) и в III группе снижение с 12 ± 1 до 7 ± 1 (на 42%). В контрольной группе 12 ± 1 . Исследование объем яичников в группах показало снижение их во всех группах в частности у пациенток I группы снижение с $6 \pm 0,5$ см³ до $5,2 \pm 0,5$ см³ (на 13%), во II группе снижение с $6 \pm 0,5$ до $4,8 \pm 0,5$ (на 20%) и у женщин III группы снижение с $6 \pm 0,5$ см³ до $4,2 \pm 0,5$ см³ (на 30%). В контрольной группе данный параметр составил $7,0 \pm 0,5$ см³.

Заключение

Исследование подтвердило значительное влияние ПЭН на овариальный резерв у женщин с менструально-овариальной дисфункцией. Выраженность изменений в биохимических и эхографических маркерах коррелировала с тяжестью перенесенного психоэмоционального напряжения. Исследование выявило значительные различия в биохимических и эхографических маркерах овариального резерва у женщин с менструально-овариальной дисфункцией, ассоциированной с ПЭН. Уровни АМГ снизились 1,25 раз в I группе, в 1,39 раза во II группе и 1,67 раза в III группе по сравнению с контрольной группой. Уровни ФСГ увеличились в 1,21 раза, 1.29 раза и 1.43 раза соответственно в группах. Количество антральных фолликулов уменьшилось в 1.2 раза, 1.33 раза и 1.71 раза, объем яичников снизился в 1.15 раза, 1.25 раза и 1.43 соответственно группам.



В начало

Содержание

Список авторов

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Былым Г.В., Стрябкова А.В., Егорова М.А., Носкова О.В., Давуд А.

г. Донецк

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

Актуальность

Лечение опухолевых образований яичников чаще оперативное. Выбор объёма операции зависит от возраста, сопутствующей патологии, заинтересованности в сохранении фертильности, а также предполагаемого гистологического строения кисты. Однако известно, что любое оперативное вмешательство на яичниках снижает их функционально-морфологический резерв. Не всегда удается при удалении кисты яичника адекватно сохранить здоровые ткани вследствие мощного кровоснабжения яичников и возникновения большой опасности внутреннего кровотечения, как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Одной из сложных проблем современной гинекологии является выбор щадящих методов лечения кист яичников с максимальным сохранением их овариального резерва. Высокий процент рецидива функциональных кист диктует необходимость изучения овариального резерва после перенесенной операции на яичниках у пациенток с бесплодием.

Цель

Оценить состояние отдельных параметров овариального резерва после хирургического лечения функциональных кист яичников.

Материалы и методы

Экспериментальная часть работы выполнена на 38 половозрелых крысах-самках, где основную группу ($n=20$) составили животные с индуцированными кистами яичников после монополярной их коагуляции. В клинической части работы проведено проспективное исследование 59 женщин с функциональными кистами яичников в сочетании с бесплодием. Овариальный резерв оценивали по концентрации фолликулостимулирующего гормона, ингибина В, антимюллерова гормона в сыворотке крови и по сонографии органов малого таза (определение объема яичников, фолликулярный аппарат, число антральных фолликулов), который в значительной степени зависит от объема оперативного вмешательства.

Результат

Монополярная коагуляция экспериментальных кист вызывала значительное снижение абсолютного количества и удельного содержания генеративных элементов, которые к концу эксперимента были представлены незначительным количеством растущих фолликулов, содержащих поврежденный овоцит. Среднее значение



В начало

Содержание

Список авторов

концентраций фолликулостимулирующего гормона у пациенток с функциональными кистами яичников достоверно не отличалось от контрольной группы. При этом, у каждой пятой пациентки, отмечено достоверное повышение уровня фолликулостимулирующего гормона ($p < 0,05$), что является ранним маркером снижения овариального резерва, и позволяет отнести этих пациенток в группу риска по преждевременному истощению функции яичников. При ультразвуковом исследовании через 4-6 месяцев у пациенток с двумя органосохраняющими операциями в анамнезе (цистэктомия) объем яичников был достоверно ниже, чем у пациенток контрольной группы ($p < 0,05$). У пациенток после резекции яичника, его средний объем был достоверно ниже, чем у пациенток контрольной группы и перенесших цистэктомию ($p < 0,05$). Нормальный объем яичников у пациенток, дважды перенесших цистэктомию, выявлялся в 2 раза реже, чем у пациенток контрольной группы.

Заключение

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о том, что состояние овариального резерва при функциональных кистах яичников в значительной степени зависит от числа и объема оперативного вмешательства. Оперативное вмешательство, выполненное даже в щадящем объеме – удаление кисты, сопровождается риском глубокого повреждения ткани яичников и уменьшением овариального резерва.

АССОЦИАЦИЯ ДЕПРЕССИИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Давронова Ю.А.

г. Ташкент
РСНПМЦЗМИР

Актуальность

Период перименопаузы сопровождается выраженными нейроэндокринными изменениями, обусловленными снижением функции яичников и уровня эстрогенов. Эти процессы оказывают влияние не только на соматическое состояние женщины, но и на её психоземotionalную сферу. Депрессия является одним из наиболее распространённых психических расстройств в данный период и существенно ухудшает качество жизни. Несмотря на это, вопрос о характере взаимосвязи депрессивных состояний с климактерическими симптомами остаётся недостаточно изученным.

Цель

Оценить взаимосвязь между депрессивными расстройствами и выраженностью климактерических симптомов у женщин в перименопаузальном периоде.



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

Проведено перекрёстное исследование с участием 133 женщин в возрасте 45–55 лет. В исследование включались пациентки без тяжёлых соматических заболеваний и психических расстройств в анамнезе, давшие информированное согласие.

Для оценки депрессивных состояний использовалась шкала Бека (BDI-II), при этом показатель ≥ 14 баллов рассматривался как наличие депрессии. Выраженность климактерических симптомов оценивалась с помощью шкалы Menopause Rating Scale (MRS), включающей соматовегетативные, психологические и урогенитальные компоненты.

Статистическая обработка включала описательный анализ и корреляционный анализ с использованием коэффициента Пирсона. Уровень статистической значимости принимался при $p < 0,05$.

Результат

По результатам исследования депрессивные расстройства выявлены у 17 из 133 женщин, что составило 12,8%. Средний возраст обследованных — 49,8 лет.

Анализ климактерических симптомов показал их высокую распространённость: соматовегетативные проявления отмечены у 50,4% участниц, урогенитальные — у 75,9%.

При сравнительном анализе установлено, что женщины с депрессивными симптомами характеризуются большей выраженностью климактерического синдрома. У данной группы чаще наблюдались умеренные соматовегетативные симптомы (приливы жара, потливость, тахикардия) и тяжёлые урогенитальные нарушения.

Корреляционный анализ выявил статистически значимую положительную связь между уровнем депрессии и выраженностью климактерических проявлений:

соматовегетативные симптомы — $r = 0,236$ ($p < 0,05$)

урогенитальные симптомы — $r = 0,215$ ($p < 0,05$)

Это свидетельствует о том, что усиление климактерических симптомов сопровождается ростом выраженности депрессивных состояний.

Полученные данные подтверждают мультифакторный характер депрессии в перименопаузе. Одним из ведущих механизмов является дефицит эстрогенов, который влияет на нейромедиаторные системы головного мозга, в частности на серотонинергическую регуляцию, что способствует развитию депрессивных и тревожных расстройств.

Соматовегетативные симптомы, особенно вазомоторные проявления и нарушения сна, оказывают негативное влияние на общее самочувствие и повышают риск эмоциональной дезадаптации. Урогенитальные расстройства, в свою очередь, затрагивают интимную сферу и самооценку женщины, усиливая психологический дискомфорт.

Дополнительное значение имеют психосоциальные факторы, такие как стресс, возрастные изменения социальной роли и семейного статуса.

Заключение

Депрессивные расстройства выявляются у 12,8% женщин в перименопаузе.



В начало

Содержание

Список авторов

Отмечена высокая распространённость климактерических симптомов, особенно урогенитальных.

Установлена достоверная положительная связь между депрессией и выраженностью соматовегетативных и урогенитальных симптомов.

Усиление климактерических проявлений ассоциировано с нарастанием депрессивных состояний.

Практическая значимость.

Результаты исследования подчёркивают необходимость раннего выявления депрессии у женщин в перименопаузе. Ведение данной категории пациенток должно быть комплексным и включать скрининг психоэмоционального состояния, коррекцию гормональных нарушений, психотерапию и модификацию образа жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХЛОРОВАТИСТОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА

Дамирова Б.Д., Пахомова Ж.Е., Азизова З.С., Абдуразакова Г.А.

г. Ташкент

Ташкентский Государственный медицинский университет, ГМПЦ-6

Актуальность

Частота дисбиоза влагалища составляет 20% – 45% среди женщин репродуктивного возраста. Существующие методы лечения не всегда эффективны и нередко возникает рецидивирование клинического процесса. В связи с чем поиск новых альтернативных методов лечения дисбиоза влагалища остается актуальным.

Цель

Сравнить эффективность антисептических средств при лечении дисбиоза влагалища.

Материалы и методы

Нами были обследованы 117 пациенток репродуктивного возраста с дисбиозом влагалища. Всем женщинам было проведено: клинико-визуальный осмотр шейки матки, бактериоскопический и бактериологический методы исследования, определение pH влагалищного отделяемого. 1-ю группу составили 40 пациенток, которым для лечения был применен водный раствор хлоргексидина 0,05%, обладающий противомикробным действием; 2-ю группу – 39 пациенток, которым проводили лечение раствором хлорноватистой кислоты 0,03% (пре-т Просепт). Препарат обладает выраженным бактерицидным действием в отношении грамположительных, грамотрицательных, аэробных и анаэробных бактерий. 3-ю группу составили 38 пациенток, которые получали лечение препаратом «Цитеал». Препарат обладает бактериостатическим действием в отношении грамположительных бактерий, грибов и простейших.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Пациентки с дисбиозом влагалища предъявляли следующие жалобы: на обильные выделения из влагалища 84 (72%), зуд и жжение во влагалище – 39 (34%), боли и дискомфорт в области промежности – 28 (24%), диспареуния – 16(14%), контактные кровянистые выделения – 11 (10%) женщин. После лечения в 1-ой группе жалоб не предъявляло 26 (65%) женщин, во 2-ой – 34 (86%), в 3-ей – 23 (61%) женщин. При исследовании бактериоскопии 3-4 ст. чистоты была выявлена после лечения в 1-ой группе у 14(35%), во 2-ой – у 5 (14%), в 3-ей группе -у 15 (39%) пациенток. При бактериологической оценке микст-инфекция имела место у 98 (84%) пациенток. Так, были обнаружены *E.colli* у 26 (22%), *Staph.aureus*- у 16 (14%), *S.albicans*- у 16 (14%). У всех пациенток pH влагалищного отделяемого до лечения был от 5,7 до 6.0. После проведенного лечения pH влагалищного отделяемого составила в 1-й группе 4,7, во 2-й-4.1 и в 3-й- 4.6. Аллергических реакций и побочных эффектов на данные препараты не установлены.

Заключение

Общая клиничко-лабораторная эффективность по сумме исследуемых показателей составила у р-ра хлоргексидина составила 62%, хлорноватистой кислоты 0.03%–86% и р-ра Цитеала – 58%. Лечение дисбиоза влагалища. Эффективность р-ра хлорноватистой кислоты 0.03% в 2.2 раза выше по сравнению с известными методами лечения дисбиоза влагалища, что позволяет рекомендовать этот метод лечения в практическое здравоохранение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОПУЩЕНИЯ ЗАДНЕГО КОМПАРТМЕНТА

Ищенко А.И., Ищенко А.А., Гадаева И.В., Уланова В.С.

г. Москва

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

Актуальность

Пролапс тазовых органов – распространенная урогенитальная патология. Опушение заднего компартамента встречается в 15-20% случаев ПТО и представляет наибольший интерес на сегодняшний день, что обусловило важность разработки различных современных методов хирургического лечения, а также сравнение эффективности этих методик.

Цель

Изучение и оценка эффективности и безопасности 3 различных способов хирургической коррекции опущения заднего компартамента II-III степени у пациенток репродуктивного, перименопаузального и постменопаузального периодов.



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

Ретроспективное когортное исследование выполнено на базе гинекологического отделения Национального медицинского исследовательского центра «Лечебно-реабилитационный центр Министерства здравоохранения Российской Федерации», а также гинекологического отделения клиники акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева Сеченовского Университета. В исследование включены 228 пациенток с опущением задней стенки влагалища II-III степени и энтероцеле, проходящих хирургическое лечение с 2011 по 2025 г. Пациентки были разделены на 3 гр. в соответствии с видом и объемом проведенного им оперативного вмешательства. Пациенткам I гр. (n=41) проводилась хирургическая коррекция при помощи титановых сетчатых имплантатов «Титановый шелк», II гр. (n=48) - с применением стандартных полипропиленовых имплантатов, III гр. (n=145) по классической методике – кольпоперинеоррафия, леваторопластика. Всем пациенткам на амбулаторном этапе было проведено клинко-лабораторное обследование. Для уточнения диагноза проводился анализ данных УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ с функциональными пробами. Эффективность лечения оценивали при помощи анкетирования и динамического мониторинга, включающего гинекологическое исследование с пробой Вальсальвы, трансперинеальную и трансвагинальную эхографию.

Результат

В течение 1 мес. после операции почти каждая вторая пациентка из 3 групп отмечала нерегулярные тянущие боли в зоне промежности, пояснично-крестцовой и/или паховой областях. В раннем послеоперационном периоде гематомы небольшого объема, имели место у 7,3; 10,4; 13% пациенток I, II, III групп соответственно. Дальнейшее анкетирование пациенток I, II, III групп показало удовлетворенность результатами хирургического лечения, что положительно отразилось на качестве жизни женщин. Однако при динамическом наблюдении через 6–12 мес. у 10,4% пациенток II группы диагностирована эрозия задней стенки влагалища, связанная с установкой сетчатого имплантата, экстррузия имплантата была выявлена у 8,3% пациенток II группы, что потребовало его иссечения. Рецидив генитального пролапса в отсроченном послеоперационном периоде выявлен у 14,5% пациенток III группы. Среди пациенток I гр. осложнений и рецидивов выявлено не было.

Заключение

Исследование показало преимущества использования сетчатых титановых имплантатов индивидуальных размеров вкупе с анкерными лигатурами в коррекции опущения заднего компартамента II–III степени по сравнению с другими хирургическими способами лечения этой патологии.



ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ МИОМЫ МАТКИ С ВЫДЕЛЕНИЕМ ПРОЛИФЕРАТИВНО-АНГИОГЕННОГО ВАРИАНТА

Камилова Н.М.

г. Баку

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Миома матки является наиболее распространённой доброкачественной опухолью репродуктивной системы и характеризуется значительной клинической и биологической гетерогенностью. Наряду с гормональной зависимостью заболевания, в последние годы всё большее внимание уделяется роли ангиогенеза и сосудистой перестройки в прогрессировании миоматозных узлов. Однако комплексные исследования, объединяющие клинические, гемодинамические и эндокринные параметры различных форм заболевания, остаются ограниченными.

Цель

Сравнить клинические проявления, доплерометрические показатели и гормональный профиль у пациенток с различными формами миомы матки, а также обосновать существование пролиферативно-ангиогенного фенотипа.

Материалы и методы

Проведено одноцентровое поперечное сравнительное исследование (2022-2024 гг.), включившее 123 женщины в возрасте 30-45 лет. Основную группу составили 103 пациентки с миомой матки: солитарная форма ($n=35$), множественная ($n=48$), миома в сочетании с эндометриозом ($n=20$). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин.

Всем участницам выполнялось трансвагинальное ультразвуковое исследование с доплерометрией (GE Voluson E8) с оценкой PSV, RI и PI. Гормональный профиль (эстрадиол, ФСГ, ЛГ, прогестерон, пролактин, кортизол) определяли методом ИФА. Статистический анализ проводился с использованием SPSS v26.0 ($p < 0,05$).

Результат

Выраженность клинической симптоматики увеличивалась по мере утяжеления формы заболевания. Бессимптомное течение чаще наблюдалось при солитарной миоме (45,7%) по сравнению с множественной (16,7%) и сочетанной формами (10%) ($p < 0,001$). Частота меноррагий и анемии была значительно выше при множественной миоме (70,8% и 58,3%) по сравнению с солитарной (22,9% и 14,3%).

Допплерометрический анализ выявил выраженную сосудистую активацию при множественной и сочетанной формах: гиперваскуляризация регистрировалась у 66,7-70% пациенток против 28,6% при солитарной миоме ($RR \approx 2,3$; $p < 0,001$).

Гормональные изменения носили неоднородный характер. Повышение ФСГ чаще наблюдалось при множественной форме (60,4% против 28,6%; $RR = 2,11$; $p < 0,01$),



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

тогда как гиперэстрогемия была более характерна для солитарной миомы (34,3% против 22,9%).

На основании сходства клинических, сосудистых и эндокринных характеристик пациентки с множественной миомой и сочетанной патологией были объединены в пролиферативно-ангиогенный фенотип ($n=68$). Данный фенотип характеризовался более высокой вероятностью гиперваскуляризации (67,7% против 28,6%; $RR=2,37$; $OR=5,23$) и повышения ФСГ (52,9% против 28,6%; $RR=1,85$).

Заключение

Множественная и сочетанная формы миомы матки представляют собой биологически более активный пролиферативно-ангиогенный фенотип, характеризующийся усиленной васкуляризацией и нарушением гипофизарной регуляции. В отличие от этого, солитарная миома преимущественно реализуется как эстроген-зависимый вариант с меньшей выраженностью сосудистой активности.

Полученные данные подтверждают концепцию гетерогенности миомы матки и могут служить основой для фенотип-ориентированного подхода к диагностике и персонализированному лечению.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ НА РАННЕЙ СТАДИИ

Каплан Ю.Д., Кустова М.А., Быховцова А.Н.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Общество с ограниченной ответственностью «УЛаНА-Клиник»

Актуальность

Рак шейки матки – четвертый по распространенности вид рака у женщин, и лечение его тем эффективнее, чем на более ранней стадии он выявлен.

Цель

Установить эффективность цитологического исследования, тестирования на вирус папилломы человека (ВПЧ-тест), расширенной кольпоскопии (РК), а также сочетания этих методов для ранней диагностики цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН).

Материалы и методы

Изучены результаты обследования 99 пациенток с ЦИН различной степени тяжести. Цитологическое исследование проводилось по Папаниколау (ПАП-тест), ВПЧ-тест – методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), при РК проводились пробы с раствором Люголя и уксусной кислоты. Обработка данных выполнена в программе «Statistica 8.0», значимым уровнем считали $p<0,05$.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Средний возраст, обследованных пациенток, составил 31,3 года. В связи с выявленной патологией при ПАП-тесте или РК, всем было проведено гистологическое исследование биопсийного или эксцизионного материала. CIN 1 была верифицирована у 37, CIN 2 – у 45 и CIN 3 – у 17 пациенток соответственно.

При CIN 1 и CIN 2 у 26 (70%) и 26 (57,8%) пациенток соответственно, ВПЧ выявлен не был. ПАП-тест также был без отклонений у 29 (78%) и у 33 (73,3%) пациенток с CIN 1 и CIN 2 соответственно. Данные показатели значимо отличались от группы женщин с CIN 3, где ВПЧ-тест был положительным в 100% случаев ($r_{\text{цин1-3}} < 0,001$; $r_{\text{цин2-3}} < 0,001$), а патологический ПАП-тест имели 64,7% пациенток ($r_{\text{цин1-3}} = 0,002$; $r_{\text{цин2-3}} = 0,006$).

Отрицательный двойной тест (отсутствие ВПЧ и нормальный ПАП-тест) был выявлен при подтвержденной CIN 1 в 59,5%, при CIN 2 в 46,7% случаев и у ни одной пациентки с CIN 3 ($r_{\text{цин1-3}} < 0,001$; $r_{\text{цин2-3}} < 0,001$). При положительном двойном тесте вероятность выявить CIN 1 составила 13,5%, CIN 2 – 17,8%, CIN 3 – 64,7% ($r_{\text{цин1-3}} < 0,001$; $r_{\text{цин2-3}} < 0,001$). Один из положительных тестов (ВПЧ или ПАП) был у 24% девушек с CIN 1, у 37,8% с CIN 2 и у 35,3% с CIN 3.

Следует отметить, что несмотря на отрицательные ВПЧ- и ПАП-тест, у всех обследованных девушек, независимо от степени дисплазии, была выявлена аномальная кольпоскопическая картина, что и послужило поводом для гистологического исследования. Статистически значимые отличия получены внутри каждой группы при сравнении частоты наличия аномальной кольпоскопической картины и наличия патологического ВПЧ- или ПАП-теста при верифицированной дисплазии ($p < 0,001$ внутри групп с CIN 1 и CIN 2; $p = 0,02$ в группе CIN 3 при сравнении РК и ПАП-теста).

Заключение

На сегодняшний день, общемировым стандартом диагностики ЦИН является ко-тестирование – ПАП-тест и обследование на ВПЧ высокого канцерогенного риска. Да, при отрицательном двойном тесте, вероятность наличия тяжелой дисплазии значимо ниже $p < 0,001$ (в нашем исследовании ровнялась нулю), однако, не исключает наличие ЦИН легкой и умеренной степени. Как показывают, полученные нами данные, ко-тестирование позволяет выявить лишь 40,5% пациенток с CIN 1 и 53,3% пациенток с CIN 2. Проведение же РК, даже при нормальных результатах ПАП- и ВПЧ-теста (по желанию пациентки, при визуализации доброкачественной патологии шейки матки при осмотре), позволяет выявить ЦИН на ранней стадии, взять пациентку под наблюдение, провести бережное лечение, не допустить прогрессии и избежать эксцизионных процедур, которые в последующем могут негативно сказаться на репродуктивных планах, быть причиной вторичной дисменореи и эндометриоза.



В начало

Содержание

Список авторов

ПОСТГЕСТАЦИОННЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ

Каримова Л.А., Надырханова Н.С., Миралиев Ф.К.

г. Ташкент

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health

Актуальность

Аномальные маточные кровотечения (АМК) после беременности и родов являются одной из частых причин повторных обращений женщин репродуктивного возраста за специализированной гинекологической помощью. В клинической практике подобные кровотечения нередко интерпретируются как проявление гормональных нарушений или гиперпластических процессов эндометрия и лечатся эмпирически. Вместе с тем, АМК в постгестационном периоде представляют собой клинический синдром, обусловленный широким спектром внутриматочной патологии, включая задержку продуктов зачатия, плацентарные полипы, хронический эндометрит, а также воспалительные и структурные изменения эндометрия.

Цель

Оценить диагностическую значимость гистероскопии в выявлении воспалительных и структурных причин аномальных маточных кровотечений после беременности и родов, а также определить её роль в формировании органосохраняющей и репродуктивно-ориентированной тактики ведения пациенток.

Материалы и методы

В исследование включены женщины репродуктивного возраста с аномальными маточными кровотечениями после самопроизвольного выкидыша, медицинского аборта или родов. Обследование пациенток проводилось с использованием трансвагинального ультразвукового исследования с последующим выполнением диагностической гистероскопии и прицельным удалением выявленной внутриматочной патологии. С целью оценки клинических проявлений и диагностических ограничений ультразвукового метода проведён ретроспективный анализ 311 клинических наблюдений плацентарных полипов, включая 215 случаев, выявленных после прерывания беременности, и 96 случаев — после родов. В проспективной группе из 67 пациенток с аномальными маточными кровотечениями и ультразвуковыми признаками гиперплазии эндометрия гистероскопические данные сопоставлялись с результатами гистологического исследования.

Результат

По данным ретроспективного анализа, ведущим клиническим проявлением плацентарных полипов являлись рецидивирующие или длительные маточные кровотечения, зарегистрированные у 58,5% пациенток, при этом примерно у 30% женщин диагноз устанавливался лишь после неоднократных обращений за медицинской помощью. Ультразвуковое исследование в большинстве случаев выявляло внутриматочные



В начало

Содержание

Список авторов

точные образования с неоднородной экоструктурой, однако не обеспечивало надёжной дифференциации между плацентарными полипами, резидуальной плацентарной тканью и воспалительными изменениями эндометрия.

У пациенток с аномальными маточными кровотечениями выявлены выраженные нарушения рецептивности эндометрия, характеризующиеся снижением доли клеток с низкой экспрессией ER (+1) до $3,5 \pm 3,5\%$ по сравнению с $83,3 \pm 10,8\%$ в группе сравнения ($p < 0,001$) и преобладанием умеренной и высокой ER-экспрессии (+2 — $57,1 \pm 9,4\%$; +3 — $39,4 \pm 9,2\%$), а также смещением прогестероновой рецепции в сторону умеренной и высокой активности (PR +2 — $42,9 \pm 4,9\%$; PR +3 — $39,2 \pm 9,2\%$ против PR +1 — $87,3 \pm 3,3\%$ в группе сравнения; $p < 0,001$). Указанные изменения сопровождались выраженным цитокиновым дисбалансом со снижением уровней IFN- γ ($2,11 \pm 0,1$ против $9,47 \pm 0,3$ пг/мл), TNF- α ($1,1 \pm 0,1$ против $4,22 \pm 0,2$ пг/мл) и IL-2 ($8,12 \pm 0,3$ против $29,89 \pm 1,0$ пг/мл) при достоверном повышении IL-6 ($7,09 \pm 0,4$ против $1,69 \pm 0,1$ пг/мл; $p < 0,05$), что свидетельствует о хроническом воспалении и нарушении регенерации эндометрия. Применение гистероскопически направленной тактики в сочетании с последующей индивидуализированной гормональной терапией обеспечило достижение клинического улучшения и нормализацию менструального цикла более чем у 90% пациенток, без необходимости выполнения повторных «слепых» кюретажей.

Заключение

Аномальные маточные кровотечения после беременности и родов в большинстве случаев обусловлены персистирующей воспалительной и структурной патологией полости матки, а не изолированными гормональными нарушениями. Основу данной категории кровотечений составляют плацентарные полипы, резидуальная плацентарная ткань и хронический эндометрит, которые часто остаются недооценёнными при ультразвуковом исследовании. Гистероскопия является ключевым методом точной диагностики и одномоментного лечения указанных состояний, обеспечивая реализацию персонализированного, органосохраняющего и репродуктивно ориентированного подхода и способствуя снижению частоты рецидивов и повторных вмешательств.



В начало

Содержание

Список авторов

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Ковалева Ю.В.

г. Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Актуальность

Хотя яичники являются основным источником избытка андрогенов у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПЯ), примерно у 20–30% пациенток с этим заболеванием также наблюдается повышенный уровень надпочечниковых андрогенов. Классические тесты демонстрируют свою несостоятельность в дифференциальной диагностике. Уровень 17 гидроксипрогестерона (17 ОНП) может быть в пределах нормальных значений у женщин с неклассической формой врожденной дисфункции коры надпочечников (нфВДКН) и повышен в половине случаев при СПЯ. В настоящий момент в РФ отсутствуют зарегистрированные препараты тетракозактида, используемого для теста, являющегося «золотым стандартом» для диагностики нфВДКН. При проведении молекулярно-генетического анализа для исключения нфВДКН исследуется лишь 10–12 наиболее рас-пространенных мутаций в гене CYP21, что не позволяет обнаружить все мутации, известные на сегодняшний день.

Оценка стероидного профиля суточной мочи методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС) дает возможность идентифицировать большое число стероидов и их метаболитов.

Цель

Оптимизация дифференциальной диагностики СПЯ и нфВДКН с помощью дополнительных биохимических маркеров, полученных путем анализа андрогенов, глюкокортикоидов и их метаболитов в суточной моче методом ГХ-МС.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 42 женщины в возрасте от 21 до 36 лет (средний возраст пациенток $28,6 \pm 3,2$ лет) с клиническими и биохимическими признаками гиперандрогении, требующими проведения дифференциальной диагностики между СПЯ и нфВДКН.

При оценке гормональных показателей в сыворотке крови оценивались уровни ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ, общего тестостерона (Т) и ГСПГ с подсчетом ИСА, 17-ОНП. У всех пациенток уровень 17-ОНП находился в «серой зоне».

Проводилось биохимическое исследование крови, включающее оценку показателей липидного и углеводного обмена. Также выполнялось УЗИ органов малого таза с целью оценки мультифолликулярной структуры яичников.



В начало

Содержание

Список авторов

Исследование стероидного профиля суточной мочи проводилось на 5-7-й д.ц. на газовом хромато-масс-спектрометре «GCMS-TQ 8050» фирмы Shimadzu.

Результат

У всех пациенток были повышены уровни Т и 17 ОНП в крови. Уровень ГСПГ был снижен только у больных СПЯ.

Для пациенток с СПЯ характерно повышение экскреции свободного кортизона (UFE), аллотетрагидрокортизола (allo-THF) и аллотетрагидрокортикостерона (allo-TNB); снижение соотношений кортизола к кортизону (UFF/UFE), тетрагидрокортизола к тетрагидрокортизону (THF/TNE), андростерона к этиохоланолону (An/Et), 11-ОН-андростерона к 11-ОН-этиохоланолону (11An/11Et) и allo-TNB/TNB; увеличение экскреции метаболитов $\Delta 4$ А – андростерона (An) и 11 ОН-андростерона (11An); снижение соотношений кортолы/кортолоны.

Повышение экскреции UFE и снижение соотношений UFF/UFE и THF/TNE указывает на уменьшение активности 11β -гидроксистероиддегидрогеназы 1 типа у пациенток с СПЯ.

Увеличение экскреции с мочой allo-THF и allo-TNB, увеличение соотношений An/Et, 11An/11Et, allo-THF/THF и allo-TNB/TNB является признаками повышения активности 5α -редуктазы у пациенток с СПЯ.

В более ранних исследованиях наших коллег у пациенток с дефектом 21 гидроксилазы установле–но увеличение экскреции с мочой ДЭА и его метаболита – 17β -андростендиола (17β -dA2), прегнантриолона, 21 дезокситетрагидрокорти–зола (21 deoxy-THF), метаболитов $\Delta 4$ А – 11An, 11Et, 11 кето-Et и 16 охо-dA2, а также неклассических 5 ен-прегненов; снижение соотношений (TNE+THF)/прегнантриол (P3) менее 3, (TNE+THF)/11-оксопрегнантриол (11 охо-P3) менее 30 и (TNE+THF)/ 17 -гидроксипрегнанолон.

Признаками нфВДКН вследствие недостаточности 3β -гидроксистероиддегидрогеназы (3β -ГСД) являются увеличение экскреции с мочой ДЭА и P3 и снижение соотношений (THF+TNE)/ДЭА и (THF+TNE)/P3.

На нфВДКН вследствие снижения активности 11β -гидроксилазы указывает увеличение экскреции 11-дезоксикортизола (THS) и 11-дезоксикортикостерона и снижение соотношения (5β -THF+ 5α -THF+TNE)/THS.

На основании указанных признаков СПЯ установлен у 76,2% пациенток, нфВДКН вследствие 21 гидроксилазной недостаточности у 19,0%, нфВДКН вследствие дефицита 3β -ГСД в 1 случае (2,4%), вследствие дефицита 11β -гидроксилазы – у 1 пациентки (2,4%).

Заключение

Исследование стероидного профиля мочи методом ГХ-МС дает возможность провести дифференциальную диагностику СПЯ и различных форм нфВДКН (21 -гидроксилазной, 3β -ГСД и 11β -гидроксилазной недостаточности) без проведения функциональных тестов на основании оценки метаболизма андрогенов, глюкокортикоидных гормонов и их предшественников.



ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ БОЛИ И ИНДЕКСА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Крючкова О.М., Истомина Н.Г., Баранов А.Н.

г. Архангельск

ФГОУБ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск

Актуальность

Дисменорея и обильные менструальные кровотечения (ОМК) относятся к числу наиболее распространённых нарушений менструальной функции у девочек-подростков и являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, пропусков учебных занятий и обращения за медицинской помощью в данной возрастной группе. Несмотря на высокую клиническую значимость, данные состояния часто рассматриваются изолированно, без достаточной оценки их возможной взаимосвязи в рамках единого клинического фенотипа аномальных маточных кровотечений (АМК).

Цель

Оценить наличие и характер взаимосвязи между интенсивностью менструальной боли и индексом менструальной кровопотери у девочек-подростков.

Материалы и методы

Проведено одномоментное клинико-эпидемиологическое исследование 858 девочек-подростков. Средний возраст обследованных составил 15,3 лет.

Оценка менструальной кровопотери осуществлялась с использованием клинического индекса, основанного на положениях клинических рекомендаций РОАГ по диагностике обильных менструальных кровотечений в рамках АМК. Индекс включал оценку частоты смены гигиенических средств, скорость их промокания, наличие эпизодов «протекания», присутствие сгустков, а также длительность менструального кровотечения. На основании полученного индекса пациентки были стратифицированы на группы нормальной менструальной кровопотери, умеренной и выраженной гиперменореи.

Интенсивность болевого синдрома оценивалась с использованием (ВАШ, 0–10 баллов). Дополнительно анализировались уровень гемоглобина как показатель возможного влияния кровопотери на системное состояние и длительность менструального кровотечения как клинический маркер тяжести менструальной дисфункции.

Результат

В исследуемой популяции преобладала нормальная менструальная кровопотеря, которая выявлена у 816 (95,1%) пациенток. Умеренная гиперменорея диагностирована у 42 (4,9%) обследованных, тогда как выраженные формы встречались крайне редко — у 2 (0,2%) пациенток.

Средняя интенсивность болевого синдрома составила $3,80 \pm 2,13$ балла при нормальной менструальной кровопотере и $4,70 \pm 1,64$ балла при умеренной гипер-



менорее, что отражает тенденцию к более высокой выраженности боли при увеличении кровопотери, однако без достижения статистически значимого уровня.

Корреляционный анализ не выявил статистически значимой взаимосвязи между индексом менструальной кровопотери и интенсивностью болевого синдрома (Spearman $r = 0,076$; $p = 0,115$), что указывает на отсутствие линейной зависимости между данными клиническими параметрами в исследуемой популяции.

Наиболее частыми клиническими проявлениями повышенной кровопотери являлись быстрое промокание гигиенических средств менее чем за два часа, эпизоды загрязнения белья и наличие крупных сгустков, что отражает преимущественно клинический, а не инструментальный характер оценки кровопотери.

Средний уровень гемоглобина составил $132,9 \pm 10,6$ г/л при нормальной кровопотере ($n=260$), $130,0 \pm 17,2$ г/л при умеренной гиперменорее ($n=6$). Отмечалась тенденция к снижению уровня гемоглобина в группе, умеренной гиперменорее, однако статистическая интерпретация данных ограничена малой численностью подгрупп.

Частота менструаций длительностью более восьми дней составила 1% при нормальной кровопотере, 17% при умеренной гиперменорее, что может свидетельствовать о более выраженной связи между объёмом кровопотери и длительностью менструации по сравнению с уровнем гемоглобина.

Заключение

У девочек-подростков с дисменореей преобладает нормальная менструальная кровопотеря, тогда как клинически значимые формы гиперменорееи встречаются редко.

Отсутствие статистически значимой корреляции между индексом менструальной кровопотери и интенсивностью болевого синдрома подтверждает гипотезу о преимущественно независимых патофизиологических механизмах дисменорееи и аномальных маточных кровотечений в подростковом возрасте.

Выявленная ассоциация индекса кровопотери с длительностью менструации при отсутствии выраженной корреляции с уровнем гемоглобина может отражать преобладание лёгких форм нарушений менструальной функции в исследуемой популяции, а также ограниченную чувствительность гемоглобина как маркера ранних изменений менструальной кровопотери.



СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ ВУЛЬВЫ

Кузнецова И.А., Боровкова Л.В., Ляпина И.А., Зиновьева О.С.,
Замыслова В.П., Варнавская А.Д.

г. Нижний Новгород
НОКБ им. Н.А. Семашко

Актуальность

Гангрена Фурнье – некротизирующая инфекция мягких тканей гениталий, специфическая форма некротизирующего фасциита, чаще встречается у мужчин. В настоящее время отмечен рост заболевания у женщин.

Цель

Редкая частота встречаемости флегмоны вульвы (и как следствие таза) делает каждый клинический случай уникальным и требует ознакомления для повышения квалификации гинекологов-хирургов.

Материалы и методы

Гангрена Фурнье – редкое, опасное для жизни (смертность достигает 40-50%), гнойное осложнение тканей промежности с молниеносным течением. Ввиду этого, для большей осведомленности коллег о данном заболевании представляется рассмотрение законченного клинического случая о своевременной диагностике и успешном лечении гангрены Фурнье вульвы.

Результат

Пациентка 42-х лет находилась на лечении в гинекологическом отделении. В плановом порядке пациентке было произведено хирургическое лечение по поводу кисты бартолиновой железы в объеме кистэктомии. В раннем послеоперационном периоде у пациентки выявлены умеренный отек и незначительная болезненность в зоне операции, субфебрильная темп. тела. По данным лабораторного обследования в течение 2-х дней выявлен значительный рост маркеров системной воспалительной реакции (СРБ, лейкоциты крови, прокальцитонин) и значительное повышение уровня печеночных ферментов. Учитывая значительные изменения в лабораторных анализах, было принято решение об активном хирургическом вмешательстве в зоне операции: полностью сняты швы, проведены широкое рассечение половой губы и зоны промежности со стороны поражения. При анализе течения болезни (быстрое нарастание полиорганной недостаточности при признаках системной воспалительной реакции после гнойного осложнения в зоне промежности) заподозрено развитие гангрены Фурнье вульвы. Пациентка была переведена в ОРИТ, назначена массивная антибактериальная терапия антибиотиками резерва, ГБО, перевязки.

Благодаря своевременной и адекватной хирургической тактике (широкое рассечение тканей в зоне поражения), массивной а/б терапии, включение ГБО удалость в течение 3-х дней остановить прогрессирование патологического процесса, систем-



В начало

Содержание

Список авторов

ный воспалительный ответ, признаки печеночной недостаточности постепенно были купированы. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 21 сутки после операции, рана на промежности зажила вторичным натяжением.

Заключение

Таким образом, своевременно поставленный диагноз позволил максимально быстро принять правильные лечебные решения и справиться с самым опасным гнойным осложнением после операции в области промежности.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Курбанов Б.Б., Сатторова Н.Х.

г. Ташкент

Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Актуальность

В структуре эндокринных нарушений у женщин детородного возраста синдром поликистозных яичников (СПКЯ) занимает особое положение, обусловленное как значительной распространённостью — по разным источникам от 6 до 20% популяции, — так и многообразием вовлечённых в патологический процесс систем организма. Помимо репродуктивной сферы, данное состояние затрагивает углеводный и липидный обмен, повышая вероятность развития инсулинорезистентности, ожирения, гипертонии и метаболического синдрома в целом. Гетерогенность клинической картины — от латентных до выраженных форм — создаёт определённые трудности при постановке диагноза и диктует потребность в усовершенствовании существующих диагностических протоколов.

Цель

Провести комплексную оценку клинико-лабораторных характеристик у женщин с СПКЯ и сформулировать рекомендации по оптимизации диагностической тактики.

Материалы и методы

Настоящая работа выполнялась в течение 2023–2024 годов на клинических базах Ташкентского государственного медицинского университета. Когорту исследования составили 76 пациенток в возрастном диапазоне 18–41 год; среднее значение возраста — $29,5 \pm 6,8$ лет. Отбор в группу осуществлялся при наличии следующих условий: принадлежность к репродуктивному периоду жизни, ранее установленный и клинически верифицированный диагноз СПКЯ, письменное согласие на участие в исследовании.



В начало

Содержание

Список авторов

Диагностический комплекс объединял несколько уровней обследования. На клиническом этапе выполнялись детализированный сбор анамнестических сведений, общий осмотр и специализированное гинекологическое исследование. Лабораторный блок включал определение гормонального статуса — эстрадиола, прогестерона, ЛГ, ФСГ и тестостерона. Визуализационная часть была представлена трансабдоминальной и трансвагинальной эхографией органов малого таза; при наличии показаний проводилась диагностическая лапароскопия. Анализ полученных данных осуществлялся с применением методов описательной статистики.

Результат

Характеристика менструальной функции

Расстройства менструального цикла стали наиболее частой причиной обращения за медицинской помощью и регистрировались у 92,1% обследованных. В структуре этих нарушений преобладала аменорея — её удельный вес составил 64,2%, тогда как на долю олигоменореи приходилось 35,8%. Нерегулярный характер менструаций в целом был зафиксирован у 87,8% женщин. Отсутствие овуляторной активности при ультразвуковом мониторинге подтверждено в 77,4% наблюдений. Средний возраст наступления менархе в исследуемой группе составил $13,4 \pm 0,7$ лет; тем не менее, почти у половины пациенток (45,6%) его наступление выходило за пределы нормативного диапазона — в сторону как ранних, так и поздних сроков.

Болевой синдром

Жалобы на болевые ощущения предъявляла каждая четвёртая женщина (25%); характер боли большинства больных определялся как ноющий либо тянущий, преимущественно с локализацией в нижних отделах живота.

Сопутствующая патология

При анализе коморбидного фона экстрагенитальные заболевания выявлены у 55,2% пациенток. Первое место среди них занимало ожирение различной степени (57,6%), далее следовали патология сердечно-сосудистой системы (32,6%) и заболевания желудочно-кишечного тракта (13,0%). В структуре сопутствующих гинекологических заболеваний лидирующие позиции занимали миома матки (73,9%) и воспалительные процессы придатков хронического характера (34,8%), что согласуется с современными представлениями о гормональной природе данных состояний.

Заключение

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что СПКЯ является клинически гетерогенным заболеванием с доминированием нарушений менструального цикла и ановуляции в клинической картине. Высокая частота сочетанной экстрагенитальной патологии, в первую очередь метаболической и сердечно-сосудистой, подчёркивает системный характер заболевания. Только интеграция клинических, гормональных и ультразвуковых данных в рамках единого диагностического алгоритма обеспечивает необходимый уровень верификации диагноза и даёт возможность формировать персонализированную лечебную стратегию для каждой пациентки.



В начало

Содержание

Список авторов

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Курбанова П.Ж.¹, Жолимбетов И.П.²

г. Ташкент

1. Каракалпакский Медицинский Институт. Кафедра «Акушерство- гинекологии и неонатологии». Республика Каракалпакстан. Узбекистан
2. Филиал Республиканского научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребёнка Республики Каракалпакстан. Узбекистан

Актуальность

Рост частоты кесарева сечения сопровождается увеличением числа инфекционно-воспалительных осложнений, в том числе несостоятельности швов на матке, метроэндометрита и акушерского перитонита. В таких клинических ситуациях традиционная радикальная тактика в виде гистерэктомии приводит к утрате репродуктивной функции, тогда как метропластика, может рассматриваться как альтернатива у тщательно отобранных пациенток.

Цель

Оценить эффективность метропластики как органосберегающего метода лечения гнойно-септических осложнений после кесарева сечения.

Материалы и методы

Проведено ретроспективно-проспективное исследование на базе филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка Республики Каракалпакстан. В анализ включены 13 пациенток репродуктивного возраста, перенесших кесарево сечение, осложнившееся несостоятельностью швов на матке и гнойно-септическим процессом, за период 2022–2024 гг. Средний возраст пациенток составил $24,6 \pm 2,8$ года. Всем больным выполнялся клиничко-лабораторный и инструментальный мониторинг, включая ультразвуковое исследование, лабораторную оценку воспалительных маркеров и интраоперационную ревизию. Органосохраняющая операция включала релапаротомию, санацию брюшной полости, иссечение некротизированных тканей и ушивание дефекта матки викриловыми швами. Дополнительно проводились бактериологическое исследование содержимого и индивидуализированная антибактериальная терапия. Основными оцениваемыми показателями были длительность госпитализации, течение послеоперационного периода и возможность сохранения матки.

Результат

Все 13 пациенток были переведены в специализированный центр с диагнозом перитонита на фоне несостоятельности швов матки. В большинстве случаев (75%) провоцирующим фактором являлась несостоятельность швов после кесарева сечения, выполненного в районных учреждениях. Во всех случаях удалось выполнить метро-



В начало

Содержание

Список авторов

пластику и избежать гистерэктомии, тем самым сохранить матку и репродуктивный потенциал пациенток. Послеоперационный период у 83,3% больных протекал без значимых осложнений, а средняя длительность госпитализации составила $11,5 \pm 2,1$ суток. В двух случаях наблюдался ограниченный перитонит, потребовавший дополнительной антибактериальной терапии; в одном случае имел место разлитой гнойный перитонит с абсцедированием, однако и в этой ситуации матку удалось сохранить. Полученные результаты подтверждают, что метропластика является эффективным органосохраняющим методом при тяжелых инфекционно-воспалительных осложнениях после кесарева сечения. Применение данной тактики в условиях специализированного центра позволяет не только купировать гнойно-септический процесс, но и снизить необходимость радикальных операций.

Заключение

Метропластика при несостоятельности швов на матке, осложненной инфекционно-воспалительным процессом, является реальной альтернативой гистерэктомии. В представленном исследовании органосохраняющая тактика позволила сохранить матку у всех 13 пациенток. Своевременное направление пациенток в специализированный центр является одним из ключевых условий успешного органосохраняющего лечения.

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВАГИНАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Уруймагова А.Т., Донников А.Е.,
Кепша М.А., Мгерян А.Н., Назарова Н.М.**

г. Москва

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

Актуальность

Рецидивирующие бактериальные патологические вагинальные выделения, включая бактериальный вагиноз и аэробный вагинит, остаются частой причиной повторных обращений женщин репродуктивного возраста и ассоциированы с нарушением качества жизни и репродуктивными рисками. Несмотря на значение микробиоценоза и поведенческих факторов, индивидуальная предрасположенность к рецидивам не может быть полностью объяснена только составом вагинальной микробиоты. Перспективным направлением является оценка локального иммунного ответа и иммуногенетических маркеров риска.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Определить иммунологические и молекулярно-генетические факторы, ассоциированные с рецидивированием бактериальных патологических вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Проведено одноцентровое наблюдательное сравнительное исследование с участием 173 женщин 18-45 лет: 59 пациенток с впервые выявленными патологическими вагинальными выделениями, 74 пациентки с рецидивирующим течением и 40 клинически здоровых женщин группы контроля. Рецидивирующее течение определяли как ≥ 3 эпизода в течение 12 месяцев или ≥ 2 эпизода в течение 3 месяцев после лечения. Диагностика включала клинико-гинекологическое обследование, микроскопию мазков, оценку вагинального биотопа методом ПЦР в реальном времени. Генотипирование полиморфизмов IL10 -1082 G>A, TNF- α -238 G>A, MBL2, CRH, CRHR1/2 выполняли методом ПЦР/SNP-типирования. Экспрессию IL1B, IL10, IL18, TNF- α и TLR4 во влагалищных образцах оценивали методом ОТ-ПЦР в реальном времени. Статистический анализ включал χ^2 , точный критерий Фишера, критерий Манна-Уитни, расчет ОИ и 95% ДИ; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результат

У пациенток с рецидивирующим течением выявлена более выраженное снижение доли *Lactobacillus spp.* и преобладание анаэробного типа микробиоценоза по сравнению с эпизодическими случаями. Рецидивирующие формы сопровождалось изменением локального иммунного профиля: повышением экспрессии IL10 и TNF- α на фоне снижения IL18. При воспалительном типе течения рецидивы характеризовались более высоким индексом воспаления, увеличением экспрессии IL10 и снижением IL18. При невоспалительном дисбиотическом типе отмечено одновременное повышение IL10 и TNF- α при подавлении IL18. Генотип GG полиморфизма IL10 -1082 G>A ассоциировался с повышенным риском рецидивирующего течения, особенно при воспалительных формах. Для невоспалительных рецидивирующих дисбиозов была выявлена ассоциация с носительством генотипа GG TNF- α -238 G>A и генотипа GG CRHR1 rs17689966; для каждого из этих маркеров ОИ составило 3,8.

Заключение

Рецидивирование бактериальных патологических вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста связано не только с нарушением вагинального микробиоценоза, но и с локальным иммунным дисбалансом и наследственной предрасположенностью. Полиморфизмы IL10, TNF- α и CRHR1 могут рассматриваться как потенциальные молекулярно-генетические предикторы рецидивов, а их оценка в сочетании с анализом локального иммунного ответа может служить основой для персонализированного прогнозирования и профилактики повторных эпизодов.



В начало

Содержание

Список авторов

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И ПРИЧИНЫ ЕГО РЕЦИДИВИРОВАНИЯ

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М., Копаева М.С.

г. Казань

ГАУЗ ГКБ №7 им. М.Н. Садыкова, г. Казань; Казанский (Приволжский) федеральный университет
институт фундаментальной медицины и биологии кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность

Пролапс тазовых органов остается одной из наиболее распространенных проблем в гинекологии, существенно влияющей на качество жизни женщин и нередко требующей хирургической коррекции. Особую клиническую значимость имеет рецидив заболевания, поскольку повторное опущение органов связано с недостаточной прочностью тканей тазового дна и нарушением их ремоделирования. В последние годы все большее внимание уделяется не только анатомическим, но и морфологическим механизмам развития этой патологии.

Цель

Обобщить современные представления о структурных и клеточных изменениях фасциального аппарата таза при пролапсе гениталий и определить морфологические предпосылки рецидива.

Материалы и методы

Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы за последние 5 лет по морфологии пролапса тазовых органов, ремоделированию соединительной ткани, роли матриксных металлопротеиназ и клеточных элементов воспалительного инфильтрата.

Результат

Пролапс гениталий рассматривается как заболевание, в основе которого лежит несостоятельность структур, обеспечивающих поддержку тазовых органов. Ключевую роль играют фасции, связки, гладкомышечные элементы и внеклеточный матрикс. При нарушении их строения снижается устойчивость тазового дна к статической и динамической нагрузке, а также ухудшается способность тканей к восстановлению после повреждения.

Морфологические изменения при пролапсе включают увеличение доли соединительной ткани за счет фиброза, утолщение и дезорганизацию коллагеновых волокон, снижение числа эластических структур и уменьшение объема гладкомышечного компонента. Одновременно отмечаются сосудистые изменения, интерстициальный отек и склероз сосудистых стенок. Все это приводит к утрате тканевой эластичности и прочности, что создает основу для прогрессирования опущения органов.

Важным звеном патогенеза является нарушение баланса между разрушением и синтезом внеклеточного матрикса. В норме этот процесс регулируется системой матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов. При пролапсе наблюдается повы-



В начало

Содержание

Список авторов

шение активности протеолитических ферментов, прежде всего MMP-9, на фоне снижения TIMP-1 и TIMP-2. Такой сдвиг способствует деградации коллагена и эластина, а также неправильному формированию соединительной ткани. В результате ткань теряет структурную упорядоченность и становится функционально неполноценной.

Не менее значимы клеточные механизмы. В очагах ремоделирования увеличивается количество макрофагов, тучных клеток и нейтрофилов. Эти клетки участвуют в воспалительном ответе, выделяют биологически активные вещества и способны усиливать экспрессию протеаз, в том числе MMP-9. Макрофаги и нейтрофилы поддерживают процессы тканевого распада, а тучные клетки влияют на микроциркуляцию, сосудистую проницаемость и активацию ферментных систем. Таким образом, в фасциальной ткани формируется хроническое воспалительно-ремоделирующее микроокружение, способствующее дальнейшему ослаблению опорных структур.

Особенно выраженные изменения выявляются при рецидивирующем пролапсе. Для него характерны более грубый фиброз, практически полная перестройка фасциального каркаса, выраженное уменьшение гладкомышечного компонента и усиление клеточной инфильтрации. Это указывает на то, что рецидив не является простым повторением первичного процесса, а отражает более глубокую тканевую несостоятельность и продолжающееся патологическое ремоделирование. Следовательно, морфологические нарушения при рецидиве носят более тяжелый и устойчивый характер.

Заключение

Пролапс гениталий представляет собой не только анатомическую, но и морфофункциональную проблему, связанную с выраженным нарушением структуры фасций и внеклеточного матрикса. Рецидив заболевания обусловлен усилением фиброза, дисбалансом системы MMP/TIMP и активацией клеточных элементов воспаления. Понимание этих механизмов важно для профилактики повторного пролапса, выбора тактики лечения и совершенствования хирургических подходов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М., Копаева М.С.

г. Казань

ГАУЗ ГКБ №7 им. М.Н. Садыкова, г. Казань; Казанский (Приволжский) Федеральный университет
кафедра акушерства и гинекологии Института фундаментальной медицины и биологии

Актуальность

Пролапс тазовых органов остается одной из наиболее значимых проблем в клинической гинекологии, поскольку сопровождается снижением качества жизни, нарушением функции мочевого пузыря, кишечника и сексуальной функции, а также высокой частотой рецидивов после лечения. В последние годы хирургическая тактика при этой патологии активно пересматривается: усилился интерес к индивидуализи-



В начало

Содержание

Список авторов

зированной выбору доступа, сочетанным операциям и стратегиям, направленным на профилактику повторного пролапса, поиску новых сетчатых материалов.

Цель

Обобщить современные данные о хирургических методах коррекции пролапса тазовых органов и определить практические подходы к выбору операции в зависимости от уровня и выраженности дефекта.

Материалы и методы

Выполнен обзор отечественных публикаций и материалов в PubMed за 2021-2026 года, посвященных хирургическому лечению пролапса тазовых органов, включая сравнение вагинальных, лапароскопических и комбинированных реконструктивных вмешательств, а также анализ факторов рецидива и послеоперационных осложнений.

Результат

Современное хирургическое лечение пролапса тазовых органов строится на принципе восстановления всех нарушенных уровней поддержки тазового дна. На практике выбор метода зависит от локализации дефекта, степени пролапса, возраста пациентки, репродуктивных планов, соматического статуса и риска рецидива. Для изолированных передних и задних дефектов по-прежнему широко применяются вагинальные реконструктивные операции с использованием собственных тканей, однако при выраженной несостоятельности апикальной поддержки их эффективность ограничена.

Важнейшим направлением остается коррекция апикального пролапса, поскольку недостаточность верхнего уровня поддержки нередко лежит в основе повторных выпадений. Лапароскопическая сакрокольпопексия рассматривается как один из наиболее эффективных методов, обеспечивающий устойчивую анатомическую фиксацию влагалищного купола и хорошие отдаленные результаты. Вместе с тем этот подход требует высокой хирургической квалификации и сопряжен с риском сетчатых осложнений, что ограничивает его универсальное применение. Поэтому в последние годы обсуждаются показания к более щадящим и одновременно более персонализированным реконструктивным вмешательствам.

Отдельного внимания заслуживают комбинированные операции, при которых одномоментно корректируют несколько анатомических уровней. Такой подход особенно актуален при сочетании апикального, переднего и заднего пролапса. Современные публикации подчеркивают, что именно многоуровневая коррекция позволяет снизить вероятность повторного пролапса и уменьшить число повторных операций.

Существенную роль в выборе тактики играет тенденция к отказу от рутинного использования сетчатых имплантов во влагалищной хирургии из-за риска эрозий, экстрезии и других имплантат-ассоциированных осложнений. На этом фоне возрастает интерес к бессетчатым техникам, операциям с использованием собственных тканей и более точному отбору пациенток для каждой методики. Одновременно развивается концепция предоперационного планирования с учетом индивидуаль-



В начало

Содержание

Список авторов

ных топографических особенностей и функционального состояния тазового дна. Обзор современных данных также показал, что идет активный поиск новых материалов для сетчатых имплантов, в том числе с использованием различных лекарственных покрытий, что уменьшило бы риск MESH-ассоциированных осложнений и в то же время увеличило эффективность операции.

Заключение

Современная хирургия пролапса тазовых органов движется в сторону индивидуализации, многоуровневой реконструкции и более строгого отбора показаний к сетчатым технологиям. Наиболее перспективными считаются комбинированные и лапароскопические подходы при сложных формах пролапса, тогда как при ограниченных дефектах сохраняют значение вагинальные операции с использованием собственных тканей. Такой подход позволяет повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивов. Необходима разработка новых сетчатых имплантов для применения в случаях многоуровневого пролапса и рецидивах.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАРАКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Неманова С.Б.^{1,2}, Баранов А.Н.¹, Неманова С.А.¹, Бокарева К.О.¹

г. Архангельск, Северодвинск

1. ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, г. Архангельск
2. ГБУЗ Архангельской области «Северодвинская городская клиническая больница № 2 скорой медицинской помощи»; Россия, г. Северодвинск

Актуальность

Хронический эндометрит является одним из ведущих факторов гинекологической заболеваемости; характеризуется малосимптомным, персистирующим течением, что затрудняет своевременную постановку диагноза. Полиэтиологичность проблемы ассоциирована с дисрегуляцией локального иммунного статуса эндометрия, изменением его гистоархитектоники, рецептивности, хода метаболических путей. Клиническим последствием патологии для пациентки, в частности, являются репродуктивные неудачи вплоть до бесплодия.

Цель

Проанализировать и описать специфику диагностических методик верификации хронического эндометриального воспаления.

Материалы и методы

Проведен поиск и анализ публикаций в международных и отечественных базах научной литературы (Google Scholar, PubMed, eLIBRARY, КиберЛенинка, Scopus), а



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

также монографий, учебных пособий, относящихся к акушерству и гинекологии, патологической анатомии. Глубина поиска – последние 5 лет.

Результат

Основой дифференциальной диагностики хронического эндометрита инфекционного генеза являются бактериоскопическое исследование материала из влагалища, цервикального канала и уретры; ПЦР-исследование на инфекции, передаваемые половым путем. УЗИ органов малого таза с ЦДК остается неинвазивным вариантом инструментальной диагностики.

Для визуальной оценки состояния эндометрия рекомендуется проводить гистероскопию с последующей биопсией. Объективизировать этиологические, патоморфологические, патофизиологические аспекты воспалительных изменений эндометрия позволяет биопсия в совокупности с иммуногистохимическим исследованием (ИГХ).

С помощью ИГХ происходит оценка биомаркеров, относящихся к хроническому эндометриальному воспалению, включая цитокиновый и иммунный профиль, а также его влияние на ангиогенез, васкуляризацию, децидуализацию и аутофагию. В ряде случаев ИГХ позволяет спрогнозировать репродуктивные исходы для конкретной пациентки.

Оптимальной комбинацией провоспалительных маркеров для диагностики хронического эндометрита являются CD8+, CD20+, CD4+, CD138+. Ведущим маркером детекции эндометриального воспаления считается выявление плазматических клеток в биоптате. CD138 также может применяться как маркер дисбиоза микробиома и неинфекционного воспаления эндометрия, что ослабляет его диагностическую ценность.

Потенциальным маркером определения плазматических клеток в биоптате является MUM1+. Комбинированное определение CD138+ и MUM1+ обладает более высокой диагностической значимостью при верификации хронического эндометрита.

Дискутабельным аспектом остается поиск иных комбинаций иммунокомпетентных клеток, репрезентирующих дисбаланс систем локального иммунного ответа. Адаптация маркеров затрудняется отсутствием фиксированных референсных значений и их колебаний в зависимости от гормонального состояния пациентки.

Заключение

Диагноз хронического эндометрита устанавливается врачом-клиницистом на основании клинической картины и параклинических методик диагностики с изучением гистологической картины и проведением ИГХ исследования.

Для достоверного определения хронического эндометрита в ключе параклинических исследований необходимо совместное применение патоморфологической диагностики: биопсии эндометрия с ИГХ, исследование маркеров эндометриального воспаления в комбинации с учетом ИГХ-критериев.

Затрудняет применение узкоспециализированных методик неоднозначность подходов к их интерпретации и отсутствие общепризнанных критериев постановки диагноза, прогнозирования исходов.



В начало

Содержание

Список авторов

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Полухова Е.В.

г. Москва

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Актуальность

Репродуктивный период жизни женщин – один из самых угрожаемых по рецидивам депрессий, связанных с рядом заболеваний – дистимией, циклотимией, шизофренией. Существуют биологические, социальные и психологические факторы, повышающие риск возникновения первого депрессивного эпизода во время беременности и в послеродовой период. К специфическим аффективным расстройствам относят предменструальный синдром (ПМС), предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР), депрессивный синдром беременных, послеродовые депрессии. Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР) – расстройство настроения, встречающееся у 3–8% женщин репродуктивного возраста и характеризуется эмоциональными и поведенческими нарушениями, которые существенно снижают социальное функционирование больных.

Цель

Оценить клиническую картину ПМДР в соответствии с диагностическими критериями по DSM-V (2013).

Материалы и методы

Обследовано 60 пациенток в возрасте от 17 до 48 лет. Проводилось наблюдение за состоянием больных в течение 2 – 3 менструальных циклов с использованием менструального дневника, состоящего из 31 пункта, в котором женщина регистрировала симптомы, соответственно дням цикла и оценивала их степень выраженности по 4 – балльной системе (0 баллов – нет симптомов, 1 – слабо выражены, 2 – умеренно, 3 – тяжелые).

Результат

У всех обследованных отмечалось не менее 5 симптомов, из которых хотя бы один относился к расстройствам настроения. Аффективные нарушения отличались полиморфизмом. Вместе с тем, с учетом преобладающих проявлений представилось возможным выделить следующие ведущие состояния: 1 – дистимия (60%) (F 34.1); 2 – смешанное тревожно-депрессивное расстройство (25%) (F 41.2); 3 – рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней степени (15%) (F 38.8).

Группа больных с дистимией включала 36 наблюдений. В клинической картине у данной категории больных доминировала не резко выраженная субдепрессивная симптоматика, без эпизодов гипомании (длительный период постоянно повторяю-



В начало

Содержание

Список авторов

щегося пониженного настроения, диссомнические нарушения, частая плаксивость, потеря уверенности в себе или идеи женской неполноценности, чувство безнадежности или отчаяния, пессимистическая оценка жизненных перспектив, ограничение социальных контактов). При этом отдельные эпизоды депрессии были недостаточно глубоки, чтобы достигать степени выраженности рекуррентного депрессивного расстройства легкой или средней степени.

Группа пациенток со смешанным тревожно – депрессивным расстройством объединяла 15 наблюдений. Основной особенностью этой группы было присутствие у больных симптомов, как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являлись достаточно выраженными и доминирующими. Тревно-депрессивное настроение в предменструальный период проявлялось подавленностью и пессимизмом, которые сопровождались чувством внутреннего беспокойства, нервного напряжения, ощущением неясной угрозы, навязчивым беспокойством. Однако проявления депрессии и тревоги при данном варианте течения предменструального синдрома оставались на субсиндромальном уровне.

В 3 группу с рекуррентным депрессивным расстройством вошли 9 пациенток. Клиническая картина характеризовалась более выраженным депрессивным состоянием, чем у пациенток двух вышеописанных групп. Их основной особенностью являлось: наличие кратковременных депрессивных эпизодов, которые возникали примерно один раз в месяц в течение последнего года и были связаны со второй фазой менструального цикла. Все отдельные эпизоды длились менее двух недель (в типичном случае 2 – 3 дня с полным выздоровлением), но отвечали критериям депрессивного эпизода средней степени (F32.1, МКБ-10).

Эти симптомы появлялись только в позднем периоде лютеиновой фазы менструального цикла, исчезали в первые дни начала фолликулярной фазы практически при каждом менструальном цикле.

Заключение

Анализируя полученные данные, можно предположить, что указанные выше пограничные расстройства могут приводить к нарушению социальной и профессиональной адаптации. Наибольшие изменения затрагивали индивидуальное восприятие женщинами своих функциональных возможностей, а также социальную реализацию, что выражалось в снижении работоспособности и ограничении межличностных контактов.



В начало

Содержание

Список авторов

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Рухляда Н.Н., Дудова К.А.

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова

Актуальность

Гиперпластические процессы эндометрия занимают одно из ведущих мест среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста.

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) встречается у 133 из 100 тыс. женщин и с возрастом распространенность увеличивается, достигая своего пика в возрастной группе 50-54 лет. ГЭ может иметь бессимптомное течение или сопровождаться аномальными маточными кровотечениями (АМК). Согласно статистическим данным, 75% пациенток с ГЭ без атипии нуждаются в стационарном лечении вследствие АМК. Кроме того, до 40% пациенток, имеющих рецидивирующую ГЭ без атипии вынуждены неоднократно прибегать к внутриматочным хирургическим вмешательствам.

Цель

Оценить клинические проявления и морфологические особенности рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия.

Материалы и методы

В исследование были включены 32 пациентки в возрасте от 31 до 54 лет, экстренно госпитализированных в отделение гинекологии ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» с целью проведения внутриматочного оперативного лечения. Критерии включения: наличие аномальных маточных кровотечений, гистологически подтвержденный диагноз гиперпластических процессов эндометрия в анамнезе.

Результат

Среди всех пациенток, возраст у 45,4 % исследуемых женщин составил старше 45 лет. Кроме того, 82,6 % пациенток имеют индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м². У всех пациенток наблюдались АМК, при этом длительные кровотечения были у 81,8 % женщин, а обильные – у 45,4%. Морфологическое исследование полученных биоптатов показало: железистую ГЭ (45,5 %), железисто-фиброзную ГЭ (9 %), железистый полип (27,3 %), железисто-фиброзный полип (18,2 %).

Заключение

Рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия чаще выявляются у женщин в возрасте старше 45 лет с ИМТ более 25 кг/м² и у большинства пациенток



В начало

Содержание

Список авторов

сопровожаются аномальными маточными кровотечениями, что указывает на необходимость особого внимания к данной группе пациенток. Преимущественно морфологически рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия представлены железистой гиперплазией эндометрия, что требует учета при планировании тактики лечения и прогнозирования.

ФАКТОРЫ РИСКА МАЛИГНИЗАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Рухляда Н.Н., Дудова К.А.

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова

Актуальность

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) — это патологическое состояние, характеризующееся пролиферацией желез и увеличением железистого-стромального соотношения, возникающее на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении.

ГЭ встречается у 133 из 100 тыс. женщин и с возрастом распространенность увеличивается, достигая своего пика в возрастной группе 50-54 лет. Гиперплазия эндометрия считается предшественником рака эндометрия, и согласно данным современных исследований, долгосрочный риск малигнизации среди женщин с данной патологией составляет менее 5%, но при атипичной форме достигает 30% случаев.

За предыдущие 30 лет значительно увеличилась распространенность рака эндометрия. В 2020 году во всем мире было выявлено более 417 000 новых случаев карциномы эндометрия и 97 370 летальных исходов, ассоциированных с данным заболеванием, что представляет собой существенное бремя для здравоохранения.

В соответствии с официальными данными рак эндометрия в России в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения составляет 8,1%, а рост распространенности превышает иные онкозаболевания половых органов.

Кроме того, вышеуказанные результаты имеют тенденцию к увеличению, учитывая рост показателей сопутствующих заболеваний и факторов риска.

Вследствие этого повышенной настороженности заслуживают предраковые изменения эндометрия, имеющие специфическую закономерность патоморфологических процессов.

Цель

Анализ факторов риска малигнизации гиперплазии эндометрия.



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

Анализ научной отечественной и зарубежной литературы, опубликованной в электронных базах данных PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, Elibrary.

Результат

Ключевым патогенетическим фактором выступает дисбаланс половых гормонов, представленный абсолютной или относительной гиперэстрогенией, способствующей пролиферации эндометрия и увеличению риска гиперпластических и последующих предраковых процессов. Примерами чрезмерного эндогенного воздействия эстрогена являются хроническая ановуляция, раннее менархе и поздняя менопауза, а также наличие эстроген-продуцирующих опухолей и ожирение. Длительное применение монотерапии эстрогенами в качестве менопаузальной гормональной терапии в постменопаузе возрастает в 1.5-10 раз по данным рандомизированных исследований.

Риск малигнизации возрастает у женщин с высоким индексом массы тела (ИМТ). Согласно исследованиям Matsuo, средний ИМТ у женщин с ГЭ с атипичией составляет около 36 кг/м², при этом три четверти всех пациенток с патологией эндометрия страдают ожирением.

Прогрессирование эндометриальной патологии во многом зависит от возраста женщины, морфологических свойств эндометрия, а также характера течения заболевания, в том числе длительности и частоты рецидивов.

Аномальные маточные кровотечения, предшествующие ГЭ повышают вероятность развития ее атипичной формы и злокачественных изменений на 25%, что подтверждено исследованиями Giannella.

Генетические факторы, такие как синдром Линча и синдром Коудена также повышают злокачественную трансформацию при ГЭ в исследованиях Manchanda R.

Заключение

Развитие гиперплазии эндометрия и её малигнизации определяется совокупностью гормональных, метаболических и генетических факторов риска. Учитывая высокую распространённость и связь с раком эндометрия, выявление женщин из группы риска и разработка персонализированных мер профилактики имеют ключевое значение для снижения онкологической заболеваемости.



В начало

Содержание

Список авторов

УТОЧНЕНИЕ СРОКОВ РЕЦИДИВА ЭНДОМЕТРИОЗА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГОРИЗОНТЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ – ЧЕТЫРЕ ГОДА

Салов И.А., Жильнио Е.Ю.

г. Саратов

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»,
Саратовская городская клиническая больница №8

Актуальность

Предложенный метод, используемый после хирургического лечения эндометриоза, более чем с 75% надежности позволяет прогнозировать конкретный срок развития рецидива в ближайшие четыре года по формуле $T = 8,4 / N$ (T - год рецидива, N – количество факторов риска). При планировании мер профилактики, разработанный метод позволяет синхронизировать их интенсивность с периодом максимального риска развития рецидива.

Цель

Разработать метод прогнозирования конкретных сроков развития рецидива эндометриоза в ближайшие четыре года после хирургического лечения.

Материалы и методы

Обследовано 148 пациенток с эндометриомой яичников в возрасте 18-35 лет после хирургического лечения, среди которых у 59 (39,8%) случаев развился рецидив. Для разработки системы прогнозирования использовали показатели, с позиций доказательной медицины на уровне А, В и С, увеличивающих риск развития эндометриоза. Приверженность к лечению оценивалась с помощью опросника «КОП-25», уровень стресса «Холмса-Раге». Определяли среднюю арифметическую (M) и ошибку средней (m). Различия считались достоверными при $p < 0,05$ и выше. Значимость предикатов для составления прогноза оценивали по величине относительного риска (RR).

Результат

Проведена количественная оценка значимости 18 качественных предикатов развития рецидива (курения, стресса, возраста, приверженности к лечению, индекса массы тела, неполного удаление очагов и т.д) по величине относительного риска (RR). Установлено, что в течение первого года после операции рецидив произошел у 18 больных на фоне $8,4 \pm 0,2$ факторов риска. В течение последующего года произошло 13 новых случаев рецидива при $5,3 \pm 0,4$ факторов риска. В ходе 3 года число рецидивов увеличилось на 12, а количество факторов риска не превысило $4,6 \pm 0,2$. На основании полученных данных для разработки количественного подхода к оценке конкретных сроков развития рецидива в течение 4 лет был введен индекс $RI = (n-x)$ ус.ед. учитывающий неблагоприятное воздействие «n» факторов риска на организм в течение «x» лет и позволяющий устанавливать точные сроки рецидива.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Существующие методы прогнозирования рецидива эндометриоза указывают горизонт прогноза, но не дают представления о конкретных сроках его реализации. Проведенные исследования показали, что значения индекса RI, равные 8,4 ус.ед. в первый год после операции, позволяет с более чем 75% точностью прогнозировать его рецидив. Суммируя изложенное, конкретные сроки развития рецидива эндометриоза после операции в пределах 4 лет с вероятностью не менее 75 % можно определить по формуле: $T = 8,4 / N$, где: T- год рецидива после операции, N – количество факторов риска. Использование предложенной формулы при планировании персонализированных мер профилактики рецидива эндометриоза позволяет синхронизировать их интенсивность с периодом максимального риска его развития.

АССОЦИАЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сафарова С.С.¹, Сафарова С.С.², Худиева А.Н.², Шарифов Т.М.¹

г. Баку

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Внутренних болезней II, кафедра Акушерства и гинекологии I

Актуальность

Постменопауза сопровождается выраженным ростом кардиометаболических рисков, что определяет приоритетность выявления модифицируемых факторов у данной категории женщин. Субклинический гипотиреоз (СГ), встречающийся у женщин в постменопаузальном периоде, часто маскируется под климактерический синдром. При этом его сочетание с абдоминальным ожирением и инсулинорезистентностью повышает вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель

Провести сравнительный анализ распространенности и характера метаболических нарушений у женщин в ранней постменопаузе при субклиническом гипотиреозе и эутиреозе.

Материалы и методы

В поперечное сравнительное исследование включены 84 женщины в ранней постменопаузе (длительность 1-5 лет) в возрасте 50-65 лет ($57,3 \pm 4,8$ года). Сформированы две группы: основная (СГ, n = 38, ТТГ 5-10 мЕд/л, св.Т4 – норма) и контрольная (эутиреоз, n = 46). Критерии исключения: сахарный диабет 2 типа, патология щитовидной железы в анамнезе, системный прием ГКС, МГТ и липидснижающих препаратов. Обследование включало антропометрию (ИМТ, окружность талии – ОТ), оценку липидного профиля, глюкозу, инсулин, НОМА-IR, триглицерид-глюкозный



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

индекс (TuG) и артериальное давление. Метаболический синдром (МС) диагностирован по критериям IDF (2009). Статистический анализ выполнен в программе SPSS v.25.0.

Результат

Группы были сопоставимы по возрасту и длительности постменопаузы. Абдоминальное ожирение (ОТ > 80 см) выявлено у 68,4% пациенток с СГ против 41,3% в контроле ($p = 0,021$); ОТ составил $91,5 \pm 1,8$ см и $83,0 \pm 2,3$ см соответственно ($p = 0,012$). ИМТ > 30 кг/м² наблюдался у 52,6% в группе СГ и у 26,1% в контроле ($p = 0,018$). Инсулинорезистентность (НОМА-IR > 2,77) выявлена у 71,1% в группе СГ против 37,0% в контроле ($p = 0,003$). Повышение индекса TuG (>4,49) зарегистрировано у 81,6% пациенток с СГ и у 54,3% в контроле ($p = 0,011$). Гипертриглицеридемия (>1,7 ммоль/л) выявлена у 52,6% в группе СГ против 23,9% в контроле ($p = 0,009$), снижение ЛПВП (<1,2 ммоль/л) – у 63,2% и 39,1% соответственно ($p = 0,031$). Выявлена прямая корреляционная связь уровня ТТГ с индексом TuG ($r = 0,38$; $p = 0,015$), НОМА-IR ($r = 0,36$; $p = 0,022$) и окружностью талии ($r = 0,34$; $p = 0,028$). Метаболический синдром диагностирован у 47,4% женщин с СГ против 26,1% в группе эутиреоза ($p = 0,048$).

Заключение

У женщин в ранней постменопаузе субклинический гипотиреоз ассоциирован с более высокой распространённостью абдоминального ожирения, инсулинорезистентности и атерогенной дислипидемии. Корреляционная связь ТТГ с метаболическими маркерами (TuG, НОМА-IR) указывает на вклад дисфункции щитовидной железы в формирование кардиометаболического риска, что обосновывает целесообразность скрининга уровня ТТГ у данной категории пациенток.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОИСК ПРЕПАРАТОВ С ПРОТИВОСПАЕЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

Симрок В.В.¹, Попова И.А.², Мельникова Д.В.³

г. Ростов-на-Дону, г. Луганск, г. Севастополь

1. ФГБОУ Ростовский государственный медицинский университет
2. ГУ Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки
3. ООО «МедФормула»

Актуальность

Исследования последних лет показали, что у женщин с хронической тазовой болью имеется взаимосвязь с воспалительными заболеваниями органов малого



В начало

Содержание

Список авторов

таза и спаечным процессом в малом тазу. Именно на акушеров-гинекологов возлагает надежды в решении проблемы пельвиалгии, предполагая научный поиск и изучение многих факторов развития хронической тазовой боли, в том числе и перитонеальных спаек малого таза. При изучении проблемы спаечной болезни врачи и исследователи встречаются с большим количеством классификаций, методов лечения и профилактики, при этом взгляды абдоминальных хирургов, гинекологов, хирургов-исследователей на эту тему расходятся, имеет значение способ лечения, применение консервативных, эндоскопических или лапаротомных технологий. Среди небольшого арсенала фармацевтических средств, применяемых для профилактики и лечения спаек неоперационного генеза больше всего научных исследований посвящено препарату Лонгидаза – бовгиалурунидаза азоксимер. Наш междисциплинарный поиск препаратов с антиспаечным эффектом привел нас к купренилу (D-пеницилламин), препарату с многоплановым действием, который можно применять длительное время в качестве терапии сопровождения базового лечения воспалительных процессов в малом тазу.

Цель

Поиск противоспаечного препарата, применение которого будет эффективно при ВЗОМТ.

Материалы и методы

Объектом исследования явились женщины репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями органов малого таза, которые были разделены на основную и группу сравнения. Женщины основной группы кроме традиционной противовоспалительной терапии, получали с первых суток поступления купренил перорально в течение месяца – (79 женщин, группа 1, основная). Вторая группа (78 пациенток, сравнения), получали только традиционную противовоспалительную терапию.

Результат

Как показали проведенные исследования, включение в комплексную терапию воспалительных процессов малого таза D-пеницилламина позволяет значительно улучшить результаты проведенного лечения. В первую очередь, следует отметить увеличение подвижности матки и придатков, как непосредственно сразу после лечения, так и через 3 месяца. Уменьшение пастозности тканей наступает в 2 раза быстрее при назначении этого препарата, четкость контуров матки при бимануальном исследовании в основной группе определялась на 3 – 5 дней раньше, чем в группе сравнения. Значительно раньше исчезала тазовая боль в основной группе, особенно это касается реперкуссивных болей.

Заключение

Таким образом, включение D-пеницилламина в комплексную противовоспалительную терапию предотвращает образование перитонеальных спаек, что является профилактикой как бесплодия трубного и перитонеального генеза, так и спаечной болезни в целом.



В начало

Содержание

Список авторов

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Соболева Ю.А., Ахрамович Т.Л.

г. Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность

В этиологической структуре преждевременного снижения овариального резерва (ОР) у женщин раннего репродуктивного возраста ведущую роль играют хирургические вмешательства на яичниках по поводу доброкачественных новообразований яичников. Несмотря на активное внедрение органосохраняющих оперативных методик, риск повреждения овариальной ткани остается клинически значимым. Своевременный контроль показателей ОР и превентивное внедрение современных органосохраняющих методик являются необходимыми условиями сохранения репродуктивного здоровья.

Цель

Изучить ультразвуковые показатели ОР у пациентов раннего репродуктивного периода с доброкачественными опухолями яичников в динамике до и после оперативного лечения.

Материалы и методы

На базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом ПК и П УО «БГМУ» проводится проспективное лонгитюдное исследование в двух параллельных группах. Сформировано две группы: основную группу составили 34 пациента в возрасте 18-35 лет, прооперированных по поводу доброкачественных опухолей яичников. Группу сравнения составили 15 здоровых женщин в возрасте 18-35 лет, без оперативных вмешательств на придатках в анамнезе.

Результат

Пациентам основной группы в динамике до и после выполненного хирургического лечения проводили ультразвуковое исследование: вычисляли объём яичника, количество антральных фолликулов (АФ) и индекс васкуляризации (ИВ) на 3-5 день менструального цикла до оперативного лечения, а так же через 1, 3 и 6 месяцев после операции и сравнивали с показателями до операции. В ходе проведенного мониторинга пациентов основной группы установлено, что в дооперационном периоде количество АФ варьировало в диапазоне от 3 до 7, составив в среднем $5,0 \pm 1,45$. Сравнительный анализ количества АФ до операции с показателями через 1, 3, 6 месяцев после хирургического вмешательства ($4,93 \pm 2,71$, $5,54 \pm 4,46$ и $4,3 \pm 2,67$ соответственно) не выявил достоверного снижения изучаемого показателя ($p > 0,05$). Заслуживает



В начало

Содержание

Список авторов

внимания динамика объема интактного яичника: исходный объём яичниковой ткани в основной группе соответствовал $5,06 \pm 0,87$ см³, в то время как через 1 месяц после операции выявлено его достоверное увеличение до $7,78 \pm 3,42$ см³ ($p=0,012$). Такие изменения объема яичника обусловлены реакцией яичниковой ткани на воздействие травмирующего фактора, проявляющейся локальным отеком стромы. В отдаленные сроки наблюдения, через 3 и 6 месяцев, средние значения объема составляли $6,67 \pm 5,23$ см³ и $6,15 \pm 4,20$ см³ соответственно и не имели статистически значимых различий с исходными показателями. Оценка ИВ в основной группе в дооперационном периоде продемонстрировала значение на уровне $0,86 \pm 0,13\%$. Спустя 1 месяц после хирургического лечения отмечено достоверное снижение интенсивности кровоснабжения яичниковой ткани до $0,65 \pm 0,13\%$ ($p < 0,01$). Подобные гемодинамические изменения являются патогенетическим следствием интраоперационной травмы яичниковой стромы и могут рассматриваться как ранний признак снижения ОР. При динамическом наблюдении через 3 и 6 месяцев после операции показатели васкуляризации стабилизировались ($0,84 \pm 0,34\%$ и $0,83 \pm 0,28\%$ соответственно), достигнув значений, сопоставимых с дооперационными. С целью обеспечения репрезентативности полученных данных пациентам группы сравнения в аналогичном порядке проводили углубленное исследование ОР. При сравнении исходного количества АФ в основной группе с показателями группы сравнения ($7,5 \pm 1,19$) отмечено достоверное снижение показателя ОР ($p < 0,05$). Аналогичная закономерность наблюдается при сравнительном анализе показателей объёма интактной яичниковой ткани: в основной группе до операции он составил $5,06 \pm 0,87$ см³, что статистически значимо ниже показателя в группе сравнения – $7,2 \pm 0,79$ см³ ($p < 0,05$). Статистические различия обнаружены и при оценке индекса васкуляризации яичниковой ткани среди пациентов обеих групп: в основной группе до операции он составил $0,93 \pm 0,07\%$, в группе сравнения – $2,27 \pm 0,22$ (различия достоверны, $p < 0,05$).

Заключение

Наличие доброкачественной опухоли яичника является фактором, снижающим ОР еще до этапа хирургического лечения. Комплексная динамическая оценка ОР в различные сроки после органосохраняющих операций выявила, что спустя 1 месяц после оперативного вмешательства объем яичника примерно в 1,5 раза превышал исходные значения, а интенсивность кровоснабжения яичниковой стромы снижалась в 1,3-1,5 раз относительно исходных значений, что вероятнее всего обусловлено травмирующим термическим воздействием биполярной энергии на интактные ткани яичника при осуществлении гемостаза.



В начало

Содержание

Список авторов

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ДИСМЕНОРЕЕЙ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Удовика Н.А., Гусев А.Ф., Копытин Д.М.

г. Луганск

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Дисменорея – одно из самых распространённых гинекологических состояний у молодых женщин. При этом частота болевого синдрома во время менструации среди девочек-подростков достигает 63%-90%, приобретая черты тяжёлого недуга с потерей трудоспособности и социальной адаптации. Дисменорея нередко сопряжена с обильными менструациями и железодефицитной анемией, которая может приводить к нарушениям процессов роста, снижению иммунитета, неврологическим симптомам и др. Общеизвестно, с другой стороны, что растёт число девочек-подростков, которые зависимы от электронных сигарет, последствия чего также кроются в нарушении работы иммунной системы, мозга, формировании хронических заболеваний органов и психологической зависимости.

Цель

Изучение в динамике наблюдения некоторых иммунологических показателей у девочек-подростков с дисменореей, рожденных после 2007 года, и проживающих в крупных городах Луганской Народной Республики.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 57 девочек-подростков, учащихся колледжей, в возрасте от 14 до 17 лет, которые страдали дисменореей. Все они в среднем от шести месяцев до 3-х лет курили электронные сигареты (основная группа). Группу сопоставления составили 48 девочек-подростков с дисменореей, но без вредных привычек. Легкая степень дисменореи выявлена в 38,6% в основной и 53,8% – в группе сопоставления; средняя – в 31,6% и 31,7% случаев и тяжелая – в 29,8% и 14,5% соответственно. Сексуальные отношения имели 19 (33,3%) и 14 (29,1%) пациенток. Изучали данные медицинских карт, уровень гормонов (пролактин, прогестерон, эстрадиол, АМГ, ФСГ, ЛГ, ТТГ; антитела к ТПО); выполняли УЗИ щитовидной железы и органов малого таза. Определяли ряд количественных показателей клеточного иммунитета в цитотоксическом тесте с моноклональными антителами классов CD3+ (к тотальной популяции Т лимфоцитов), CD4+ (субпопуляции Т хелперов/индукторов) и CD8+ (субпопуляции Т супрессоров/киллеров). Изучалась концентрация циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и их разномолекулярный состав (крупно- (>19S), средне (11S-19S) и низкомолекулярные (<11S) фракции) в 2%, 3,5% и 6% растворах полиэтиленгликоля с молекулярной массой 6000 дальтон. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Установлено, что в основной группе имели место более значимые сдвиги изученных иммунологических показателей. Так, в 38,6% случаев отмечено возрастание общей концентрации ЦИК в сыворотке крови, преимущественно за счет наиболее патогенных средне (11S-19S) и мелкомолекулярных (<11S) их фракций. Наряду с этим у 33,3% выявлялась тенденция к снижению общего уровня Т-клеток с фенотипом CD 3+ в среднем до $65,8 \pm 2,5\%$ (при норме $72,2 \pm 2,4\%$; $P < 0,05$), дисбаланс субпопуляционного состава Т-лимфоцитов за счет снижения числа Т-хелперов/индукторов (CD 4+) в среднем до $34,6 \pm 1,7\%$ (при норме $45,8 \pm 2,2\%$; $P < 0,05$), в результате чего иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 имел четкую тенденцию к уменьшению (в среднем до $1,69 \pm 0,5$ при норме $1,99 \pm 0,4$; $P < 0,05$). Это нами трактовалось как вторичный иммунодефицит по относительному супрессорному варианту. У других 35,1% пациенток основной группы имело место снижение числа Т-клеток с фенотипом CD8+ (Т-киллеров/супрессоров), в результате чего коэффициент CD4/CD8 имел тенденцию к возрастанию, что можно было характеризовать как гипосупрессорный вариант иммунодефицита. У ряда пациенток сдвиги изученных показателей были разнонаправленные, варьируя в пределах нормы. Выявленные сдвиги коррелировали с выраженностью болевого синдрома. В группе сопоставления сдвиги изученных показателей были менее выражены и лишь в 31,5% случаев достоверно отличались от нормы, что указывало на негативную роль парения на состояние иммунитета у данного контингента наблюдаемых. После проведения бесед с девочками-подростками о вреде курения, далее на протяжении 3-6 месяцев 26,3% пациенток отказались от данной вредной привычки. Повторный анализ показал, что в течение последующих 6-8 месяцев имела место тенденция к снижению общего уровня ЦИК в сыворотке крови за счет уменьшения уровня наиболее патогенных мелкомолекулярных (<11S) фракций, что говорило о снижении исходно повышенного уровня иммунокомплексных реакций. Однако быстрой нормализации данных показателей у большинства не происходило. У половины пациенток основной группы, бросивших парение, степень выраженности болевого синдрома при менструации со временем снижалась, что могло быть связано с уменьшением уровня иммунокомплексных реакций.

Заключение

Полученные данные указывают на роль иммунных нарушений при дисменорее, что необходимо учитывать при разработке программ ведения данных пациенток.



В начало

Содержание

Список авторов

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОСТАТКОВ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ

Фармонова Г.М., Надырханова Н.С.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Актуальность

Остатки плацентарной ткани после родов, самопроизвольного выкидыша, неразвивающейся беременности или прерывания беременности являются клинически значимой причиной аномальных маточных кровотечений, хронического эндометрита, внутриматочных синехий и последующего нарушения репродуктивной функции. Гистероскопическое удаление позволяет выполнить прицельную эвакуацию патологической ткани под визуальным контролем и минимизировать травматизацию интактного эндометрия. Однако восстановление эндометрия после вмешательства зависит не только от метода удаления, но и от сроков выполнения операции, степени васкуляризации остаточной ткани и выраженности воспалительных изменений.

Цель

Оценить влияние сроков гистероскопического вмешательства, васкуляризации остатков плацентарной ткани и воспалительных изменений эндометрия на характер его послеоперационного восстановления.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 64 пациенток после гистероскопического удаления остатков плацентарной ткани. Оценивали три ключевых фактора: сроки вмешательства — до 6 недель и более 6 недель, степень васкуляризации остаточной ткани по данным ЦДК и наличие воспалительных изменений эндометрия по клинкоморфологическим данным. Восстановление эндометрия определяли по нормализации менструальной функции, отсутствию внутриматочных включений и синехий, а также соответствию эндометрия фазе цикла. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результат

При анализе влияния сроков вмешательства установлено, что раннее гистероскопическое удаление остатков плацентарной ткани — до 6 недель после завершения беременности — ассоциировалось с более благоприятным восстановлением эндометрия. В этой группе полноценная регенерация отмечена у 37 из 39 пациен-



ток — 94,9%, тогда как при позднем вмешательстве — более 6 недель — у 20 из 25 пациенток — 80,0%. Средняя толщина эндометрия через 3 месяца составила $9,1 \pm 1,6$ мм против $7,9 \pm 2,1$ мм соответственно, а замедленное восстановление наблюдалось реже: 5,1% против 20,0%.

В зависимости от выраженности васкуляризации остаточной ткани по данным цветового доплеровского картирования установлено, что отсутствие или умеренная васкуляризация ассоциировались с более благоприятным восстановлением эндометрия. У пациенток без выраженной васкуляризации полноценное восстановление эндометрия зарегистрировано в 45 из 48 случаев — 93,8%, тогда как при выраженной васкуляризации — у 12 из 16 пациенток — 75,0%. В группе выраженной васкуляризации чаще отмечались более длительное оперативное время, необходимость более осторожной поэтапной резекции ткани и признаки локального повреждения эндометрия. Частота внутриматочных синехий при выраженной васкуляризации составила 18,8%, тогда как при её отсутствии или умеренной выраженности — 2,1%.

Морфологические признаки хронического эндометрита были выявлены у 19 пациенток — 29,7%. У пациенток без воспалительных изменений полноценное восстановление эндометрия достигнуто у 43 из 45 пациенток — 95,6%, тогда как при наличии хронического эндометрита — у 14 из 19 пациенток — 73,7%. Средняя толщина эндометрия через 3 месяца у пациенток без хронического эндометрита составила $9,2 \pm 1,5$ мм, при наличии воспалительных изменений — $7,6 \pm 2,0$ мм. Кроме того, у пациенток с хроническим эндометритом чаще отмечались нарушения менструального цикла в послеоперационном периоде — 26,3% против 6,7% в группе без воспалительных изменений.

При сочетании нескольких неблагоприятных факторов риск неполного восстановления эндометрия возрастал. Так, среди пациенток с одновременным наличием позднего вмешательства, выраженной васкуляризации и морфологических признаков хронического эндометрита полноценное восстановление эндометрия наблюдалось только у 4 из 8 пациенток — 50,0%. Напротив, при отсутствии указанных факторов нормализация структуры эндометрия и менструальной функции отмечена у 28 из 29 пациенток — 96,6%.

Заключение

Восстановление эндометрия после гистероскопического удаления остатков плацентарной ткани определяется совокупным влиянием сроков вмешательства, степени васкуляризации остаточной ткани и выраженности воспалительных изменений. Наиболее благоприятные результаты отмечаются при выполнении гистероскопии в течение первых 6 недель после завершения беременности, отсутствии выраженной васкуляризации и отсутствии морфологических признаков хронического эндометрита. Позднее вмешательство, гипervasкуляризация остаточной ткани и хронический эндометрит ассоциируются с повышенным риском замедленной регенерации эндометрия, формирования внутриматочных синехий и стойкой гипоплазии эндометрия.



В начало

Содержание

Список авторов

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭСТРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА И ПРОФИЛАКТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Шукурова М.Р., Иргашева С.У.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический центр здоровья матери и ребенка

Актуальность

Хирургическая менопауза, возникающая вследствие двусторонней овариоэктомии у женщин перименопаузального возраста, сопровождается резким дефицитом эстрогенов, что приводит к ускоренному развитию метаболических нарушений, включая дислипидемию, инсулинорезистентность и повышение сердечно-сосудистого риска. Несмотря на эффективность менопаузальной гормональной терапии (МГТ), её применение ограничено наличием противопоказаний и низкой приверженностью пациенток. В связи с этим актуальным является поиск альтернативных и персонализированных подходов к коррекции эстрогенного дефицита.

Цель

Оценить эффективность персонализированного подхода к коррекции эстрогенной недостаточности и профилактике метаболических нарушений у женщин с хирургической менопаузой в перименопаузе.

Материалы и методы

Исследование выполнено на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья и материт и ребенка (РСНПМЦМиР, Ташкент, Узбекистан). В исследование включены 80 женщин в возрасте 40–50 лет с хирургической менопаузой после тотальной гистерэктомии с двусторонней овариоэктомией.

Пациентки были распределены на две группы: основная группа (n=40), получавшая фитоселективный эстрогеномодулятор, и группа сравнения (n=40), получавшая трансдермальную менопаузальную гормональную терапию.

Оценка эффективности терапии включала анализ клинико-anamnestических данных, выраженности климактерического синдрома (по шкалам Куппермана и Greene), гормонального профиля (тестостерон, дегидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА-С), пролактин, тиреотропный гормон (ТТГ)), а также показателей метаболического статуса (общий холестерин, липопротеины низкой и высокой плотности, триглицериды, индекс инсулинорезистентности НОМА).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики с определением достоверности различий между группами (p<0,05).



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

У пациенток основной группы выявлено статистически значимое снижение выраженности климактерического синдрома по шкалам Куппермана и Greene ($p < 0,05$), сопровождающееся улучшением показателей липидного профиля, включая снижение уровня общего холестерина и липопротеинов низкой плотности ($p < 0,05$), а также тенденцией к снижению инсулинорезистентности по индексу НОМА ($p > 0,05$).

В группе менопаузальной гормональной терапии (МГТ) отмечена более выраженная динамика гормональных показателей, отражающая адекватную гормональную компенсацию, однако межгрупповые различия по ключевым метаболическим параметрам не достигали клинической значимости ($p > 0,05$).

Применение персонализированного подхода с учётом исходного метаболического статуса пациенток способствовало повышению эффективности терапии, а также улучшению приверженности к лечению.

Заключение

Персонализированный подход к коррекции эстрогенного дефицита у женщин с хирургической менопаузой в перименопаузальном периоде ассоциирован с улучшением клинических и метаболических показателей и может рассматриваться как эффективная стратегия профилактики метаболических нарушений.

Применение альтернативных эстрогеномодулирующих средств представляет собой перспективное направление терапии, особенно у пациенток с противопоказаниями к менопаузальной гормональной терапии или недостаточной приверженностью к её применению.

Полученные результаты обосновывают целесообразность дальнейших исследований, направленных на оптимизацию индивидуализированных лечебных стратегий в данной категории пациенток.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СТРУКТУРЕ МГКЦГ

**Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Бакановская С.Е., Ильюк Ж.Н.,
Рубинштейн И.А., Астапова Н.П.**

г. Минск

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров БГМУ г. Минск, МГКЦГ

Актуальность

Рак шейки матки продолжает оставаться актуальной и серьезной проблемой современного здравоохранения, несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении. Согласно статистике ВОЗ ежегодно регистрируется 529,4 тысяч новых случаев рака шейки матки, смертность от этой патологии составляет 274,9 тысяч женщин. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) является предраковым



В начало

Содержание

Список авторов

состоянием. У женщин с таким диагнозом вероятность перехода патологии в рак шейки матки возрастает в 20 раз по сравнению с показателями здоровой популяции. Во время беременности частота первичного выявления дисплазии шейки матки составляет 13 случаев на 10 000 женщин. Своевременная диагностика и адекватное лечение интраэпителиальной цервикальной неоплазии играет ключевую роль в предотвращении дальнейшего прогрессирования заболевания.

Цель

Оценить эффективность работы кабинета патологии шейки матки, созданного на базе гинекологического отделения №3 Минского городского клинического центра гинекологии (МГКЦГ).

Материалы и методы

Для оценки эффективности работы был проведен анализ амбулаторных карт пациенток, впервые обратившихся в кабинет патологии шейки матки в 2024–2025 гг.

Результат

Всего за указанный период было обследовано 4909 женщин, 66% (3248 человек) – пациентки, проходящие лечение в МГКЦГ, из них 23% от числа обследованных составили беременные; 34 % (1646) женщин – обратились самостоятельно. Цервикальный скрининг выполнен у 1942 (39%) обследуемых, из них методом жидкостной цитологии с выявлением ДНК ВПЧ высокой степени онкогенного риска методом ПЦР – у 22% (420).

Расширенная кольпоскопия проведена 2894 женщинам (59%), вульвоскопия – 184(3,7%).

Биопсия шейки матки различными методами проводилась у 823 (20 %) пациенток.

По результатам обследования интраэпителиальное поражение шейки матки низкой степени (LSIL) было выявлено у 121(14,7%) женщин, из них у пациенток МГКЦГ в 105 случаях (87%); интраэпителиальное поражение шейки матки высокой степени (HSIL) в 93 (11,3%) и 82 (88%) случаев соответственно. Рак шейки матки имел место у 45 (5,5%) женщин, из них у 34 (4, 1%) пациенток МГКЦГ.

Хирургическое лечение (радиоволновая эксцизия/конизация) шейки матки проведено 48 (5,8%) женщин, проходящих лечение в МГКЦГ.

Заключение

Таким образом, интенсивное совместное действие специалистов от первичного консультирования до лечения и долгосрочной реабилитации приводит к раннему выявлению патологии шейки матки, своевременной коррекции лечения и формированию комплексных стратегий для каждой пациентки, что ведет к существенному сокращению числа интраэпителиальных поражений и рака шейки матки.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Онкогинекология

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧИСТО СТРОМАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Мишина А.Е.¹, Харя П.Н.¹, Петрович В.Г.¹, Мишин И.В.²

г. Кишинев (Молдова)

1. Институт матери и ребенка, г. Кишинев, Молдова
2. Государственный Университет медицины и фармации им. Н.А.Тестемицану, г. Кишинев, Молдова

Актуальность

Чисто стромальные опухоли яичника (ЧСОЯ) – достаточно редкие новообразования из группы новообразований стромы полового тяжа. ЧСОЯ составляют от 1% до 4% в структуре опухолей яичников и включают три гистопатологических подтипа (фиброма, текома и фибротекома).

Цель

Изучить клинико-радиологические и гистопатологические характеристики ЧСОЯ, а так же ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения данных опухолей.

Материалы и методы

Проанализированы данные 39 пациенток, оперированных в отделении хирургической гинекологии Института матери и ребенка в период с 2008 по 2026 гг. с финальным гистопатологическим диагнозом ЧСОЯ. Для диагностики использованы ультразвукография (УЗГ), компьютерная томография (КТ, n=5) или магнитнорезонансная томография (МРТ, n=8).

Результат

Возраст пациенток с ЧСОЯ варьировал от 18 до 75 лет и среднее значение данного показателя составило 47.7 ± 2.4 лет (95% CI: 42.90-52.54). Пациентки в репродуктивном возрасте наблюдались статистически достоверно реже ($p=0.0062$), чем в статусе пре- и постменопауза и соотношение составило соответственно 13 (33.3%) vs. 26 (66.7%). В подавляющем большинстве случаев ($n=37$, 94.9%) пациентки симптоматичны, из которых в 30 (81.1%) случаях основной симптом хронические тазовые боли и чувство тяжести внизу живота. По данным методов визуализации средний



В начало

Содержание

Список авторов

максимальный размер опухолей составил 8.1 ± 0.5 см (от 3.5 до 15.3), а объем новообразований – 324.9 ± 66.4 см³ (95% CI:114.4-468.9). ЧСОЯ встречались чаще как односторонние (n=34, 87.2%), чем двухсторонние (n=5, 12.8%) образования. По данным радиологических методов ЧСОЯ визуализировались как солидные (n=28, 71.8%) или солидно-кистозные (n=11, 28.2%) образования овальной/округлой (n=27, 69.2%) или неправильной формы (n=12, 30.8%). При доплерографии в большинстве случаев (n=37, 84.1%) фиксировалось отсутствие периферического кровотока вокруг опухоли. В 16(41.7%) случаях визуализировалась свободная жидкость в брюшной полости и интраоперационно подтвердилось наличие прозрачной асцитической жидкости в среднем объеме 240.1 ± 13.9 мл (95% CI:210.2-269.8). Объем оперативного вмешательства при ЧСОЯ включал: субтотальная гистрэктомия + двухсторонняя аднексэктомия (n=13, 33.3%), субтотальная гистрэктомия с односторонней аднексэктомией (n=1, 2.6%), двухсторонняя аднексэктомия (n=4, 10.2%), аднексэктомия (n=11, 28.2%), аднексэктомия с контралатеральной туморэктомией (n=1, 2.6%), двухсторонняя туморэктомия (n=1, 2.6%) и туморэктомия (n=8, 20.5%). При гистологическом исследовании (n=44) были установлены следующие морфологические варианты ЧСОЯ: фибромы – 16(36.4%), текомы яичника – 14(31.8%), и фибротеккомы – 14(31.8%). Срок наблюдения составил в среднем 66.1 ± 7.7 мес. (95% CI:50.03-81.97), все пациентки бессимптомны, рецидива опухолей не наблюдалось.

Заключение

ЧСОЯ чаще наблюдаются у пременопаузальных и менопаузальных пациенток. Достаточно часто диагностируются как фибромы матки и злокачественные опухоли яичника. Выполнение туморэктомии при ЧСОЯ является адекватным методом лечения у пациенток репродуктивного возраста.

ОЦЕНКА ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Орлова Н.В., Тиганова О.А., Ильенко Л.И., Бурак М.В., Карселадзе Н.Д.

г. Москва

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России

Актуальность

Проведенное в детстве лечение острого лимфобластного лейкоза может вызвать нарушение репродуктивной функции у женщин. Лучевое воздействие на гипоталамо-гипофиз-яичниковую ось нарушает менструальный цикл, приводит к проблемам с имплантацией, риску прерывания беременности, преждевременным родам, внутриутробной гибели плода. Преждевременная недостаточность яичников у женщин, перенесших противоопухолевое лечение может быть связано как с лучевой терапией, а также с применением химических препаратов, особенно алкилиру-



В начало

Содержание

Список авторов

ющих агентов и прокарбазина. Противоопухолевой лечение острого лимфобластного лейкоза также увеличивает риск гинекологических заболеваний, поражения сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной и других систем.

Цель

Оценить распространенность заболеваний у женщин, перенесших в детстве острый лимфобластный лейкоз.

Материалы и методы

Из базы данных, составляющей 470 пациентов, прошедших лечение острого лимфобластного лейкоза в детском возрасте (с 1990-2008гг) в ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» ДЗ г. Москвы изучено 200 записей ЕМИАС пациентов женского пола. Средний возраст 30 лет (22-37 лет). Возраст дебюта острого лимфобластного лейкоза 4,5 (3-6) года. Оценены результаты обращения к гинекологу, а также результаты обследования эндокринолога и невропатолога. Статистический анализ проведен он-лайн на сайте www.mathportal.org.

Результат

Наиболее часто женщины обращались по поводу нарушений менструального цикла – 10%, у 1% выявлена первичная аменорея, у 0,5% выявлена вторичная аменорея. Доброкачественная опухоль фиброаденома молочной железы определена у 0,5% пациенток, киста желтого тела – 1,5%, что не выходит за рамки среднестатистических показателей в изучаемой возрастной группе. Вагинит выявлен у 6,5%. Частота встречаемости патологии щитовидной железы составила: аутоиммунный тиреоидит 1,6%, гипотиреоз 3,3%, узловой зоб 3,3%. Распространение ожирения 1 степени составило 4,9%, ожирение 2 степени – 1,6%. Наши данные совпадают со статистическими данными ранее проведенных зарубежных исследований, демонстрирующих увеличение числа заболеваний щитовидной железы и нарушений жирового обмена после проведенного противоопухолевого лечения острого лимфобластного лейкоза в детском возрасте. Среди неврологических заболеваний преобладали цефалгический синдром 22,6%, дорсопатии 20,7%, головная боль напряжения 18,8% и мигрень 11,3%.

Заключение

Проведенный анализ обращения женщин за медицинской помощью в лечебные учреждения, перенесших острый лимфобластный лейкоз в детском возрасте, показывает наличие изменения менструального цикла, включая аменорею. Изменения функции щитовидной железы может оказывать дополнительное негативное воздействие на репродуктивную функцию. Среди женщин выявлено высокое распространение неврологических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом, что оказывает влияние на качество жизни. Исследование показывает, что основные причины обращения за медицинской помощью связаны с наличием болевого синдрома. Более низкие показатели обращаемости по поводу других заболеваний вероятно не отражают полную картину распространенности патологии. Проведенный анализ показы-



В начало

Содержание

Список авторов

вает необходимость более внимательного медицинского наблюдения за женщинами, перенесшими острый лимфобластный лейкоз в детском возрасте.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ РАКА ВУЛЬВЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Патюпо Е.О., Астапенко Т.Г., Летковская А.С.

г. Гродно

Гродненский государственный медицинский университет, Гродненская клиническая больница №3

г. Гродно

Актуальность

Злокачественные опухоли наружных половых органов составляют до 8 % от общего числа заболеваний злокачественными опухолями женских половых органов и занимают четвёртое место после рака шейки матки, тела матки и яичников. Рак вульвы составляет лишь 2-5% и преимущественно встречается у женщин пожилого и старческого возраста: 80 % случаев инвазивного рака вульвы выявляются у пациенток старше 55 лет, средний возраст пациентов — 65-68 лет, с максимальным уровнем заболеваемости в возрасте около 75 лет. У половины пациенток этот диагноз устанавливается в III и IV стадиях, что влияет на прогноз и возможности лечения. В Республике Беларусь ежегодно регистрируется 145-160 новых случаев рака вульвы, однако комплексный анализ эпидемиологической ситуации представлен лишь фрагментарно.

Цель

Изучить эпидемиологические тенденции рака вульвы у пациенток Гродненской области.

Материалы и методы

На основании данных канцер-регистра и данных 97 медицинских карт, авторами проведен ретроспективный анализ динамики заболеваемости в Гродненской области за 2000 по 2025 год.

Результат

В период с 2010 по 2019 год наблюдался умеренный рост заболеваемости раком вульвы, составляющий 1,2% в год ($p > 0,05$), что указывает на статистическую незначимость данного роста. Однако в 2020 и 2021 годах произошел заметный спад заболеваемости на 4,3%, который, как предполагается, связан с пандемией COVID-19 и задержками в диагностике заболеваний. С 2022 года уровень заболеваемости снова вернулся к базовому уровню с тенденцией к росту в возрастной группе 50–65 лет, что требует дальнейшего мониторинга.

Анализ структуры заболеваемости по возрастным категориям демонстрирует явную тенденцию к «омоложению» когорты заболевших. В 2015 году доля женщин



младше 50 лет составила 3,7%, а к 2024 году увеличилась до 5,2% (+1,5 процентного пункта). Доля заболевших в возрасте 50–64 года также возросла с 28,4% до 33,1% (+4,7 процентных пунктов). Вместе с тем наблюдается снижение доли женщин в возрастных группах 65–74 года (с 38,2% до 36,8%) и ≥75 лет (с 29,7% до 24,9%), что, вероятно, указывает на изменение в клинической практике и патологическую картину, коррелирующие с ростом ВПЧ-ассоциированных форм плоскоклеточного рака вульвы.

Данные о стадиях рака при первичном обращении также показывают положительные сдвиги в ранней диагностике. В 2015 году доля заболеваний на стадии I составила 18,3%, а к 2024 году этот показатель увеличился до 24,1% (+5,8 процентного пункта). Доля заболеваний на стадии II возросла с 32,7% до 35,4% (+2,7 процентного пункта). Напротив, наблюдается снижение доли III стадии с 31,2% до 27,8% (-3,4 процентных пункта) и IV стадии с 17,8% до 12,7% (-5,1 процентного пункта). Общее количество случаев, относящихся к ранним стадиям (I и II), увеличилось с 51,0% до 59,5%, что может свидетельствовать о повышении онконастороженности медиков и внедрении в практику вульвоскопии в скрининговые алгоритмы. Относительная 1-летняя выживаемость составляет 72,0%, в то время как 5-летняя выживаемость — 41,8%. Для ранних стадий, таких как I, выживаемость достигает 90–100% при наличии адекватного хирургического лечения, в то время как для стадии II она составляет 75–85%. Для III стадии выживаемость снижается до 45–55%, а для стадии IV варьируется в пределах 20–30%. Моделирование прогноза показывает, что дальнейшее снижение доли III и IV стадий на 10% может увеличить общую 5-летнюю выживаемость на 6–8 процентных пунктов.

К ключевым факторам, предопределяющим изменения в эпидемиологической картине, относятся:

1. Рост инфицированности ВПЧ высокого онкогенного риска (типов 16, 18, 33), что приводит к увеличению заболеваемости в возрастной группе 50–65 лет.
2. Отсутствие национальной программы вакцинации против ВПЧ создает пробелы в профилактическом охвате среди женщин младше 30 лет.
3. Улучшение доступности вульвоскопии и прицельной биопсии, что положительно сказывается на выявляемости ранних стадий.
4. Старение населения, которое распределяет нагрузку заболеваний среди женщин старше 70 лет.
5. Обострение коморбидных состояний (ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия), что ухудшает прогноз и ограничивает возможности радикального лечения.

Заключение

Таким образом, эпидемиологические тенденции рака вульвы в Гродненской области показывают как положительные изменения в ранней диагностике, так истораживающие сдвиги в возрасте заболевших.



В начало

Содержание

Список авторов

ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ВТОРОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТИПА ОПУХОЛИ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Патюпо Е.О., Кулик О.А., Вашкевич Е.С.

г. Гродно

Гродненский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №3
г. Гродно, Гродненская университетская клиника

Актуальность

Рак яичников представляет собой гетерогенную группу заболеваний, включающую высокодифференцированную серозную, муцинозную, светлоклеточную, эндометриоидную и низкодифференцированную серозную карциномы, которые различаются по молекулярному патогенезу, клиническому течению и чувствительности к системной терапии. Традиционный подход к лечению рецидивов, основанный исключительно на платиновом интервале, не учитывает биологические особенности отдельных гистотипов, что может ограничивать эффективность терапии второй линии. В условиях расширения арсенала таргетных препаратов и ингибиторов контрольных точек иммунного ответа дифференцированный выбор лечения с учётом гистологической принадлежности приобретает особое клиническое значение.

Цель

Проанализировать современные данные о влиянии гистологического подтипа на выбор препаратов второй линии и прогноз у пациенток с рецидивирующим раком яичников.

Материалы и методы

Проведён аналитический обзор актуальных клинических рекомендаций (NCCN, ESGO-ESMO-ESP, 2024–2026), результатов рандомизированных исследований фазы II–III (SOLO3, ARIEL4, AURELIA, MILO), а также ретроспективных когортных исследований, опубликованных в период 2020–2026 гг. Оценивались показатели объективного ответа, выживаемости без прогрессирования и общей выживаемости в зависимости от гистологического подтипа и применяемой схемы терапии второй линии.

Результат

Установлено, что высокодифференцированная серозная карцинома демонстрирует наилучшую чувствительность к платиносодержащим комбинациям при платино-чувствительном рецидиве (объективный ответ 50–75%, медиана выживаемости без прогрессирования 9–13 мес), а наличие мутаций BRCA1/2 или статуса HRD обосновывает назначение ингибиторов PARP в качестве поддерживающей терапии. В то же время муцинозная и светлоклеточная карциномы характеризуются первичной или вторичной резистентностью к стандартным режимам: объективный ответ на платиносодержащую терапию не превышает 13–35% и 22–56% соответственно. Для муцинозного подтипа перспективными представляются схемы, адаптированные



В начало

Содержание

Список авторов

из практики лечения аденокарцином желудочно-кишечного тракта (оксалиплатин + капецитабин), а также таргетная терапия при экспрессии HER2. При светлоклеточном раке обосновано раннее включение антиангиогенных препаратов (бевацизумаб) и изучение ингибиторов пути PI3K/AKT/mTOR. Низкодифференцированная серозная карцинома, характеризующаяся мутациями KRAS/BRAF, демонстрирует низкую эффективность химиотерапии (<15% ответа), однако отвечает на ингибиторы MEK (траметиниб, биниметиниб), которые в настоящее время рассматриваются как стандарт второй линии для данного подтипа. Эндометриоидная карцинома занимает промежуточное положение и при наличии микросателлитной нестабильности может отвечать на иммунотерапию.

Заключение

Гистологический подтип является независимым предиктором ответа на терапию второй линии при рецидивирующем раке яичников и должен учитываться наряду с платиновым интервалом и молекулярным профилем опухоли.

МОНОХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ

Патюпо Е.О., Чушель С.Г., Арещенко Е.В.

г. Гродно

Гродненский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №3
г. Гродно, Гродненская университетская клиника

Актуальность

Несмотря на внедрение иммунотерапии и таргетных препаратов в первую линию лечения распространённого рака шейки матки (РШМ), значительная часть пациенток после прогрессирования на платиносодержащих режимах получает терапию второй линии в режиме монотерапии. Традиционные цитостатики (паклитаксел, топотекан, гемцитабин, винорелбин) демонстрируют ограниченную эффективность: объективный ответ 10–20%, медиана выживаемости без прогрессирования (ВБП) 2,9–4,2 мес, общая выживаемость (ОВ) 9–11 мес. В условиях расширения арсенала иммуноонкологических и конъюгированных препаратов пересмотр роли и места монокимиотерапии приобретает особую клиническую значимость.

Цель

Проанализировать современные данные о новых подходах к монотерапии рецидивирующего/метастатического РШМ, включая иммунопрепараты, антитело-лекарственные конъюгаты и таргетные агенты.

Материалы и методы

Проведён анализ клинических рекомендаций (NCCN, ESGO-ESMO, 2024–2026), результатов рандомизированных исследований фазы II–III (InnovaTV 301,



В начало

Содержание

Список авторов

KEYNOTE-158, EMPOWER-Cervical 1, COMPASSION-03), а также данных реестров и ретроспективных когорт, опубликованных в 2020–2026 гг. Оценивались показатели эффективности и безопасности монорежимов в сравнении с историческим контролем.

Результат

Проведённый анализ свидетельствует о существенной дифференциации эффективности различных классов препаратов при монотерапии рецидивирующего или метастатического рака шейки матки. Традиционные цитостатические агенты, применяемые в режиме монотерапии второй линии, демонстрируют ограниченный терапевтический потенциал: объективный ответ регистрируется у 10–20% пациенток, медиана выживаемости без прогрессирования не превышает 2,9–4,2 месяца, а общая выживаемость стабилизируется на уровне 9–11 месяцев, причём ни один из препаратов данной группы не показал статистически значимого преимущества в прямых сравнительных исследованиях. В противовес этому, ингибиторы иммунных контрольных точек, несмотря на сопоставимые показатели общей выживаемости (9,4–12,0 месяцев), характеризуются более благоприятным профилем переносимости и способностью индуцировать длительные ответы у отдельных категорий пациентов, включая подгруппу с экспрессией PD-L1. Наиболее убедительные данные получены в отношении антитело-лекарственных конъюгатов: тисотумаб ведотин в исследовании фазы III продемонстрировал статистически значимое преимущество по общей выживаемости (11,5 против 9,5 месяцев; отношение рисков 0,70) и выживаемости без прогрессирования по сравнению с химиотерапией выбора, что обосновывает его рассмотрение в качестве нового стандарта терапии второй линии при условии организации специализированного офтальмологического мониторинга. Параллельно накапливаются данные о перспективности комбинированных подходов, сочетающих иммунотерапию и таргетные агенты: сочетание камрелизумаба с апатинибом продемонстрировало объективный ответ у более чем половины пациенток и медиану общей выживаемости 15,9 месяцев во второй линии, что существенно превосходит исторические контрольные группы.

Заключение

Современная парадигма монотерапии рецидивирующего рака шейки матки эволюционирует от эмпирического подбора цитостатиков к стратифицированному назначению препаратов на основе биомаркерного профиля, при этом ключевыми детерминантами выбора становятся статус PD-L1, предшествующее лечение, молекулярные характеристики опухоли и функциональный резерв пациентки.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Репродуктология

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

Ващилина Т.П.

г. Минск
РНИЦ «Мать и дитя»

Актуальность

По данным литературы выявлено, что примерно 3,5% женщин в популяции страдают преждевременной недостаточностью яичников или синдромом истощения яичников, и это гораздо больше, чем считалось ранее, которое проявляется низким овариальным резервом. Для данной категории женщин характерно стойкое бесплодие. Женщины с низким овариальным резервом представляют собой сложную для врача-акушера-гинеколога группу. Эффективность программ экстракорпорального оплодотворения с собственными ооцитами остается низкой.

Цель

Установить причины эффективности программ ЭКО у женщин с низким овариальным резервом.

Материалы и методы

Проведен анализ данных 43 женщины с низким овариальным резервом в программе ЭКО. В ходе исследования все женщины были разделены на две группы: Группа НБ (29 женщин) – беременность в программе ЭКО не наступила, Группа Б (14 женщин) – программа ЭКО закончилась беременностью.

В группах исследования средний возраст женщин в группе Б составил 36 (35 – 39) лет, в группе НБ – 37 (32 – 39). Средний рост женщин в группе Б составил – 167 (164 – 174), вес – 68,5 (60 – 73) кг, средний возраст начала менструальной функции составил 13 (13 – 14) лет. Средний рост женщин в группе НБ составил 164 (160 – 168) см, вес – 60,0 (53 – 70) кг, средний возраст начала менструальной функции составил 13 (12 – 14) лет.



В начало

Содержание

Список авторов

Средняя длительность бесплодия у женщин группы Б составила 5,5 (3,0 – 10,0) лет, а у женщин группы НБ – 5,0 (4,0 – 8,0) лет, ($p=0,52$).

Первичное бесплодие диагностировано в группе Б у 64,3% (9 женщин), вторичное – у 35,7% (5 женщин). В группе НБ первичное бесплодие диагностировано в группе Б у 55,2% (16 женщин), вторичное – у 44,8% (13 женщин).

При вступлении в программу ЭКО уровень антимюллера гормона у женщин группы Б составил 0,67 (0,4 – 0,8) нг/мл, в группе НБ – 0,54 (0,38 – 0,69) нг/мл, статистически значимых различий получено не было ($p=0,28$).

Статистическую обработку материала выполнили с использованием статистической программы «STATISTICA 10.0», база данных составлена в среде Excel пакета MicrosoftOffice 2007. Для сравнения качественных показателей (долей) в группах использовали критерий χ^2 . Статистически значимыми принимали различия при $p<0,05$.

Результат

При контролируемой стимуляции овуляции (далее – КОС) были использованы длинный и короткий протоколы стимуляции: в группе Б количество женщин, которым были применены протоколы было одинаковым и составило по 7 женщин, в группе НБ короткий протокол КОС применялся 18 женщинам, длинный соответственно – 25 женщин.

При контролируемой стимуляции овуляции в программе ЭКО в группе Б было получено 7 (4 – 9) фолликулов, в группе НБ 3 (2 – 6) фолликулов, что было статистически значимо меньше ($p=0,0046$), в дальнейшем в группе Б при пункции фолликулов получено 5 (4 – 9) ооцитов, а в группе НБ – 3 (2 – 6), что было статистически значимо меньше ($p=0,01$), при оплодотворении среднее количество полученных эмбрионов в группах не имело статистически значимых различий и в среднем составило в группе Б – 2 (2 – 3), в группе НБ – 2 (1 – 3) ($p=0,29$).

При анализе биохимического анализа сыворотки крови получены статистически значимые различия в показателях общего билирубина в группе НБ уровень общего белка составил 73 (71 – 76) г/л, в группе Б – 69,5 (67 – 72) г/л, что было статистически значимо ниже, чем в группе НБ ($p=0,02$), уровень глюкозы в группе НБ был статистически значимо выше ($p=0,02$) и составил 4,9 (4,6 – 5,3) моль/л, а в группе Б – 4,6 (4,4 – 4,8) моль/л. Количество тромбоцитов в общем анализе крови в группе Б составило 206,5 (188 – 238) $\times 10^9$ /л, и было статистически значимо меньше ($p=0,036$), чем в группе НБ (276 (205 – 313) $\times 10^9$ /л).

Заключение

Следовательно, эффективность программ ЭКО у женщин с низким овариальным резервом зависит от количества полученных фолликулов и ооцитов, а также состояния гомеостаза.



В начало

Содержание

Список авторов

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЕСПЛОДИЕ. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПЛОДА

Григорьян М.Р.

г. Москва

Экспертный совет Комитета Государственной думы по охране здоровья

Актуальность

Негативные явления в обществе оказывают отрицательное влияние на психологическое состояние женщины, то есть на процессы: зачатия, вынашивания беременности и рождения детей. В результате отклонений, происходящих в психике, беременность либо не наступает, либо происходят внутриутробные изменения в тканях и органах плода.

Цель

Изучение влияния внутриличностного психологического конфликта (ВЛК) на течение беременности. Было заявлено, что наличие деструктивного ВЛК способно вызвать у беременной женщины токсические реакции (токсикоз) на процесс беременности, отторгая плод или негативно влияя на плод. ВЛК у женщины может вызвать также и психологическое бесплодие, негативно влияя через гормональную систему на процесс созревание яйцеклетки.

Материалы и методы

Изучением этого вопроса в течение двух лет занимались на базе женских консультаций и регионального центра планирования семьи и репродукции. Изучение проводилось при помощи психологических опросников и психологических тестов, способных с достоверностью до 80% выявить нестабильное психологическое состояние матери. На физическом уровне такая нестабильность вызывает реакции неприятия организмом матери возникшей в ее лоне новой жизни. Таким образом, возникают токсикозы 1, 2 и 3 триместра беременности. Если реакции в психике женщины продолжают усиливаться, то такое напряжение может вызвать реакцию абортации или запустить преждевременные роды. Зависимость влияния психологического фактора на возникновение и течение беременности доказана психологическими исследованиями, где были использованы следующие психологические методики: опросник Айзенка (шкала нейротизма), опросник Шмишека (акцентуация личности), цветовая методика Григорьян, опросник Григорьян, тест «Несуществующее животное», опросник «Транзактный анализ» Берна, тест ценностных ориентаций Рокича.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

В результате опроса было выявлено, что из 400 опрошенных респондентов (беременных женщин) положительно ответили на следующие вопросы:

1. «Испытываете ли Вы необходимость получения эффективной психологической помощи в периоде беременности?» – 75% респондентов.
2. «Хотели бы Вы получить расширенную и более подробную информацию на тему влияния психологического состояния матери на здоровье будущего ребенка?» – 81%.
3. «Хотели бы Вы более подробно узнать о взаимовлиянии организма матери на плод и плода на организм матери?» – 67%.
4. «Считаете ли Вы необходимым знать о мерах профилактики врожденных уродств у новорожденного ребенка?» – 45%.
5. «Считаете ли Вы важным знать, какие из социальных факторов негативно влияют во время беременности на нормальное развитие плода?» – 47%.
6. «Считаете ли Вы, что важно иметь более подробную информацию о влиянии употребляемых продуктов и лекарственных средств во время беременности на развитие плода и здоровье новорожденного ребенка?» – 58%.
7. «Считаете ли Вы необходимым получить более подробную информацию о приемах взаимодействия с медицинским персоналом во время родов?» – 38%.
8. «Хотели бы Вы больше узнать о правилах взаимодействия с недоношенным или больным новорожденным ребенком?» – 49%.
9. «Хотели бы Вы получить больше информации о навыках и способах саморегуляции эмоционального и физического состояния во время беременности и в послеродовом периоде?» – 93%.

Заключение

Указанная информация говорит о том, что при важнейшем значении психологического фактора в процессе вынашивания полноценного здорового плода влияние этого фактора в полном объеме неизвестно для будущих родителей. Информация, связанная с внутренними психологическими процессами, является разрозненной и несистематизированной. Просветительская работа с будущими матерями недостаточно информативна и рассчитана на процесс самообразования женщины. Для построения системного просвещения и системного процесса подготовки и сопровождения беременности и родов необходимо создание единой централизованной структуры в системе здравоохранения для применения единой психологической классификации/подхода к системной практической подготовке специалистов-психологов, основанной на единой типологии в психологической парадигме.



В начало

Содержание

Список авторов

ЭТИОЛОГИЯ БЕСПЛОДИЯ КАК НЕДОУЧТЁННЫЙ ФАКТОР ВЫБОР ГОРМОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПОСЛЕ ВРТ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА

Мелиева Б.А.

г. Ташкент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

Актуальность

Бесплодие затрагивает около 17,5% взрослых, поэтому эффективность ВРТ имеет важное медицинское и социальное значение. Лютеиновая поддержка после ВРТ обычно стандартизирована, однако её результат может зависеть от этиологии бесплодия. Недостаточная изученность этого фактора и противоречивость данных о выборе схем создают риск недооценки пациенток и снижения частоты имплантации и беременности.

Цель

Оценить влияние этиологии бесплодия на эффективность гормональной поддержки лютеиновой фазы после ВРТ на основании анализа современных научных данных.

Материалы и методы

Проведён обзор публикаций PubMed и Scopus, включая оригинальные исследования, систематические обзоры и метаанализы по лютеиновой поддержке после ВРТ, персонализации терапии и влиянию этиологии бесплодия на исходы лечения.

Результат

По данным систематического обзора Cochrane, включившего 94 исследования и 26 198 женщин, лютеиновая поддержка прогестероном после ВРТ повышает вероятность живорождения или продолжающейся беременности по сравнению с отсутствием поддержки: OR 1,77; 95% ДИ 1,09–2,86. Частота клинической беременности также возрастает: OR 1,85; 95% ДИ 1,32–2,59. При сравнении основных путей введения прогестерона — вагинального, внутримышечного и перорального — убедительных преимуществ одного метода над другим не получено. Современные исследования показывают, что низкий уровень сывороточного прогестерона в день переноса или накануне переноса, чаще при значениях менее 9,6–11 нг/мл, ассоциирован со снижением частоты продолжающейся беременности, тогда как усиление поддержки может частично компенсировать этот риск. При эндометриозе описаны прогестеронрезистентность, нарушение децидуализации и снижение рецептивности эндометрия, что потенциально ухудшает имплантацию. Однако клинических доказательств, что схема



В начало

Содержание

Список авторов

лютеиновой поддержки должна различаться в зависимости от этиологии бесплодия, пока недостаточно, что подчёркивает необходимость дальнейших исследований.

Заключение

Этиологические факторы бесплодия могут влиять на эндометриальную рецептивность и эффективность имплантации после ВРТ. Однако существующие рекомендации по лютеиновой поддержке преимущественно основаны на стандартизированном подходе. Наиболее доказанным методом персонализации терапии остаётся мониторинг уровня прогестерона с последующей коррекцией лечения. Для разработки дифференцированных схем гормональной поддержки с учётом этиологии бесплодия необходимы дальнейшие клинические исследования.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПГТ-А (FISH И NGS) В ПРОГРАММАХ ЭКО С КРИОПЕРЕНОСОМ ЭМБРИОНОВ

Пахомова Ж.Е., Бахадирова Ш.Ф.

г. Ташкент

«ДОКТОР ШАХНОЗА-ФАЙЗ»

Актуальность

Снижение репродуктивного потенциала и рост частоты эмбриональных анеуплоидий с возрастом остаются ведущими причинами неудач программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Преимплантационное генетическое тестирование на анеуплоидии (ПГТ-А) направлено на повышение эффективности эмбрионального отбора, однако клиническая результативность различных методов ПГТ-А продолжает обсуждаться.

Цель

Оценить влияние методов ПГТ-А (FISH и NGS) на частоту клинической беременности, риск неразвивающейся беременности и выявление эуплоидных эмбрионов с учётом возраста пациенток.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ циклов ЭКО с криопереносом эмбрионов. Оценивались клинические исходы в группах без ПГТ-А, с ПГТ-А методом FISH и методом NGS. Дополнительно выполнен анализ частоты эуплоидных эмбрионов в возрастных группах <35 лет и ≥35 лет в зависимости от метода ПГТ-А. Возраст пациенток и количество переносимых эмбрионов были сопоставимы между группами.



В начало

Содержание

Список авторов

Результат

Наивысшая частота клинической беременности была зарегистрирована в группе NGS и составила 53,1%, что достоверно превышало показатели в группе без ПГТ-А (39,8%) и в группе FISH (42,8%). Частота неразвивающейся беременности была минимальной при использовании NGS — 11,1%, по сравнению с 17,9% в группе без ПГТ-А и 18,9% при применении FISH. Средний возраст пациенток в группах не различался (28–32 года), так же как и число перенесённых эмбрионов (в среднем 1,1–1,3 на перенос), что указывает на определяющую роль метода генетического тестирования в различиях клинических исходов. У пациенток моложе 35 лет метод NGS также продемонстрировал наилучшие результаты: частота клинической беременности составила 52,6%, по сравнению с 40,5% без ПГТ-А и 42,6% при использовании FISH. В данной группе частота неразвивающейся беременности при NGS была 0%, тогда как при FISH — 12,5%, а без ПГТ-А — 15,2%. Анализ эуплоидности эмбрионов показал ожидаемое возрастное снижение при использовании NGS: 59,38% у пациенток <35 лет и 46,88% у пациенток ≥35 лет. В группе FISH показатели эуплоидности были существенно выше (85,71% и 74,0% соответственно), что объясняется ограниченной диагностической панелью (5 пар хромосом) и невозможностью выявления значительной части анеуплоидий. Различия между методами были наиболее выражены у пациенток ≥35 лет (46,88% при NGS против 74,0% при FISH), подчёркивая риск ложной классификации эмбрионов как эуплоидных при использовании FISH.

Заключение

Метод ПГТ-А на основе NGS демонстрирует наивысшую клиническую эффективность и безопасность по сравнению с FISH и отсутствием ПГТ-А. Применение NGS особенно целесообразно у пациенток старше 35 лет и должно рассматриваться как предпочтительный метод ПГТ-А в современных программах ЭКО.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Пономарева В.А.¹, Юрьева М.А.¹, Лебедева Т.Б.¹, Дьячков С.К.¹,
Муковоз Т.Л.²

г. Архангельск

1. ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск
2. ООО «Центр ЭКО» (г. Архангельск)

Актуальность

Частота наступления беременности в циклах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) варьирует в диапазоне 24,8–33,7%. В структуре неудач ЭКО значительную и клинически сложную долю составляют повторные неудачи имплантации (ПНИ), обусловленные многообразными факторами материнского, отцовского и эмбрио-



В начало

Содержание

Список авторов

нального генеза. Выявление и коррекция данных факторов требуют специализированных диагностических и лечебных подходов.

Цель

Выявить факторы, обуславливающие ПНИ и их корреляционную зависимость с количеством неудачных попыток имплантации.

Материалы и методы

На базе ООО «Центр ЭКО» (г. Архангельск) выполнено одноцентровое ретроспективное исследование серии случаев за период январь–июнь 2024 года. Проанализирована медицинская документация 100 пациенток, из которых отобраны 20 женщин с ПНИ. Критерий включения: наличие в анамнезе трех и более последовательных неудачных попыток имплантации эмбриона. Оценивались следующие параметры: индекс массы тела (ИМТ), мужской фактор бесплодия, уровень анти-мюллера гормона (АМГ, нг/мл), экстрагенитальная патология, гинекологические заболевания, результаты предимплантационного генетического тестирования (ПГТ). В исследуемой группе первичное бесплодие диагностировано у 12 пациенток (60%), вторичное — у 8 (40%). Средний возраст пациенток составил $36,9 \pm 3,8$ года. Медиана количества попыток имплантации к моменту исследования — 5 [4;5]. Медиана длительности бесплодия — 5,5 года [4;10], медиана возраста при первой попытке ЭКО — 33 года [31;36]. Наибольшая доля ПНИ (50%) наблюдалась в возрастной подгруппе 35,0–39,9 лет. Ввиду малого объема выборки и отсутствия нормального распределения большинства количественных переменных (по критерию Шапиро–Уилка), корреляционный анализ выполнен с использованием непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистическая обработка проведена в пакете «Excel».

Результат

Гинекологическая патология выявлена в 95% случаев, при этом наиболее частыми нозологиями оказались хронический эндометрит (25%) и эндометриоз (25%). Мужской фактор бесплодия зафиксирован в 50% случаев с преобладанием тератозооспермии. Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз) отмечены в 30% случаев. Консультацию гематолога прошли лишь 25% (5/20) женщин, у 10% из них обнаружены лабораторные изменения. Ожирения (ИМТ ≥ 30 кг/м²) в выборке не зарегистрировано. Средний ИМТ составил 23,6 кг/м²; избыточная масса тела (ИМТ 25–29,9 кг/м²) выявлена в 7 случаях (35%). М-эхо в перивульторный период (9–14-й день цикла) у всех пациенток превышало 7 мм ($9,7 \pm 1,3$). ПГТ выполнено у 30% пациенток; консультация генетика проведена в 60% случаев, изменений генотипа не обнаружено.

Корреляционный анализ выявил следующие связи между количеством попыток имплантации и факторами риска: прямая корреляция с мужским фактором ($r_s = 0,34$; $p = 0,20$), прямая с хроническим эндометритом ($r_s = 0,58$; $p = 0,01$), прямая с уровнем АМГ ($r_s = 0,41$; $p = 0,10$). Наиболее сильная корреляция установлена между числом попыток имплантации и заболеваниями щитовидной железы ($r_s = 0,53$; $p = 0,02$).



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Заключение

Продемонстрирована взаимосвязь между факторами риска ПНИ и числом предшествующих неудачных попыток имплантации у женщин с бесплодием. Показано, что наличие мужского фактора, хронического эндометрита, заболеваний щитовидной железы и сниженного уровня АМГ ассоциировано с увеличением количества попыток имплантации, необходимых для достижения беременности. Перспективой дальнейших исследований является расширение выборки и формирование контрольной группы пациенток, у которых беременность наступила в течение трех попыток имплантации эмбриона.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Неонатология

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Близнецова Е.А., Антонова Л.К.

г. Тверь
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, ООО Медицинский центр
«Консилиум»

Актуальность

В последние годы отмечен рост числа преждевременных родов и рождения детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ). Это связано с ухудшением состояния здоровья женщин фертильного возраста, а с другой стороны – введением в клиническую практику критериев живорожденности, рекомендованных ВОЗ. Благодаря стремительному развитию неонатальной интенсивной терапии и реанимации постоянно увеличивается число новорожденных с ЭНМТ, которые выжили, несмотря на тяжелое течение заболеваний и выраженную морфо-функциональную незрелость. Колоссальное влияние на ближайший и отдаленный результат заболеваний оказывают принципы организации оказания реанимационной помощи, опыт и материально-техническое оснащение лечебно-профилактических учреждений, занимающихся выхаживанием данной категории пациентов.

Цель

Изучить клинические и патоморфологические особенности, провести анализ причин смерти недоношенных детей, родившихся с ЭНМТ.

Материалы и методы

Проведено изучение 72 историй болезни и протоколов патоморфологических исследований глубоконедоношенных детей, родившихся в Тверском областном клиническом перинатальном центре им.Е.М. Бакуниной в течение 4 лет. Средний гестационный возраст составил 26,9 недели, средняя масса тела при рождении – 798,8 г. С массой тела менее 750 г родилось 36 детей, от 750 до 999 г – 36 детей; мальчики составили 48,6%, девочки – 51,3%. Детей от многоплодной беременности



В начало

Содержание

Список авторов

(двойни) было 12 (16,7%), четверо детей были зачаты с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), как правило, после длительного бесплодия женщин. Продолжительность жизни глубоконедоношенных детей колебалась от 1,5 часов до 74 суток.

Результат

Половина женщин, родивших маловесных детей, были в возрасте старше 30 лет, а каждая четвертая из них – старше 35 лет. Соматический анамнез был отягощен хроническими заболеваниями в стадии компенсации у 21 (29,2%) женщины, 28 (38,9%) имели различные сердечно-сосудистые заболевания (артериальную гипертензию, варикозную болезнь), а каждая шестая женщина страдала эндокринной патологией (ожирением, заболеванием щитовидной железы). Отягощенным оказался и гинекологический анамнез, включающий эрозию шейки матки – у 27 (37,5%), воспалительную патологию у 17 (23,6%) женщин, пороки развития половых органов у 9 (12,5%) женщин (седловидная матка, порок развития яичников), миома матки во время беременности – у 7 (9,7%) женщин. 51 женщина (70,8%) имели в анамнезе медицинский аборт до рождения маловесных детей (от 1 до 6 медицинских прерываний беременности), у каждой четвертой – самопроизвольные выкидыши, антенатальная гибель плодов и смерть детей в анамнезе (16,7%). Угроза прерывания отмечалась у 47 (65,3%), синдром задержки развития плода – 34 (47,2%), фетоплацентарная недостаточность – у 11 женщин (36,7%), преждевременное излитие вод с длительным безводным периодом – 15 (20,8%), преэклампсию – 20 (27,8%), преждевременную отслойку плаценты – 17 (23,6%). Оперативные роды составили 70%. В асфиксии тяжелой степени родились 48 (66,7%) недоношенных детей, респираторный дистресс синдром (РДС) тяжелой степени развился у 58 (80,6%) детей, все дети получали респираторную поддержку - ИВЛ, 8 детей находились на высокочастотной вентиляции легких. Все умершие дети имели полиорганную недостаточность, выраженные метаболические нарушения, изменения кислотно-основного состояния при поступлении в отделение реанимации новорожденных, проявления ишемической нефропатии отмечены у 26 (36,1%), острая почечная недостаточность – у 10 (13,9%), тяжелый геморрагический синдром – 27 (37,5%), артериальную гипотонию, рефрактерную к симпатомиметикам – 21 (29,2%), некротический энтероколит 3 степени выявлен у 13 (18,0%) недоношенных детей. Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) 3-4 степени тяжести выявлены у 26 (36,1%) детей. У 13 (18,1%) детей выявлена перивентрикулярная лейкомаляция и венрикуломегалия. На 1 -ой неделе жизни (в раннем неонатальном периоде) умерли 43,1% недоношенных, родившихся с массой тела до 1000 г, среди них были в основном дети с массой менее 750 г, которые находятся в «зоне предела жизнеспособности», выживание таких пациентов проблематично, а заболеваемость выживших детей весьма значительна. В возрасте от 7 дней до 28 дня умерли 37,5% детей, а в постнеонатальном периоде – 19,4%.

Заключение

Основные причины смерти детей – внутриутробная генерализованная инфекция, врожденная пневмония, внутричерепные кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция, сложный врожденный порок сердца, опухоль головного мозга – эпен-



В начало

Содержание

Список авторов

диома. Анализ причин смерти показал, что наши данные не расходятся с данными других авторов.

ОБРАЗ РЕБЕНКА У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Блох М.Е., Дьяконова И.К.

г. Санкт-Петербург
СПбГУ, НИИАГиР им Отта

Актуальность

Проблема недоношенности является одной из важнейших в современном здравоохранении и обращает на себя внимание специалистов различных специальностей. По данным ВОЗ в мире рождается около 15 млн недоношенных детей каждый год. Преждевременное рождение ребенка затрагивает не только его здоровье, но и психологическое состояние матери. Известно, что у матерей недоношенных детей симптомы депрессии, тревожности и посттравматического стресса в среднем более выражены и встречаются чаще, чем у матерей доношенных детей. общепризнанным фактом является зависимость психического развития и здоровья детей от эмоционального состояния матери, ее представлений о ребенке и материнстве, качестве взаимодействия с ребенком. Причем негативное эмоциональное состояние матерей может сохраняться длительное время, оказывая влияние на удовлетворенность материнством и качество взаимодействия с ребенком, а также на представления о себе и младенце.

Цель

Изучение образа ребенка и материнства у матерей недоношенных детей младенческого возраста.

Материалы и методы

Обследованы 32 матери младенцев, из которых 16 матерей имели недоношенного ребенка (средний возраст $5,5 \pm 3$ мес) и 16 матерей имели доношенных детей (средний возраст $6,5 \pm 3$ мес). Использованные методики: социально-демографическая анкета для матерей, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии, скрининг опросник ПТСР, опросник удовлетворенности материнством, методика Личностного дифференциала с понятием «Я – мать», «Мой ребенок».

Результат

Матери обеих групп имеют признаки постнатальной депрессии ($11 \pm 6,3$ и $11 \pm 4,3$), при этом показатели послеродовой депрессии и симптомов ПТСР отрицательно коррелируют с уверенностью в себе как группе матерей недоношенных детей и с оценкой себя как хорошей матери в группе сравнения. Матери недоношенных детей достоверно выше (при $p < 0,05$) оценивают себя как мать ($12,5 \pm 5,4$ против



В начало

Содержание

Список авторов

5,5±9,1) и более удовлетворены отношениями с близким окружением (8,5±1,6 против 6±2,5), чем матери доношенных детей. При этом матери недоношенных детей в оценке ребенка чаще используют определения «беспомощный», «несмышленный», «непривлекательный», интересно, что, чем более женщина открыта к социальным контактам и удовлетворена отношениями с окружающими, тем более позитивное представление о своем ребенке она имеет. Удовлетворенность собственным материнством в группе матерей недоношенных детей взаимосвязана с оценкой физических и когнитивных характеристик ребенка, а в группе матерей доношенных детей – с оценкой себя как матери и аффективными и характеристиками ребенка (при $p < 0,05$).

Заключение

По результатам исследования удалось выяснить, что матери недоношенных детей склонны более высоко оценивать качество взаимодействия со своим окружением и удовлетворенность социальными отношениями напрямую связана с более позитивным образом ребенка. Если удовлетворенность материнством матерей младенцев, родившихся в срок, связана с собственными характеристиками матери и аффективными характеристиками ребенка, то для матерей недоношенных младенцев не столь важны аффективные особенности ребенка, сколько характеристики его здоровья, его умственные способности. Полученные результаты подчеркивают важность психологической поддержки для матерей младенческого возраста для коррекции эмоционального состояния, формирования позитивной самооценки и уверенности у матерей недоношенных детей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЛОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Гавровская С.В., Кробинец И.И., Бодрова Н.Н., Щапова А.Ю.

г. Санкт-Петербург г

ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства»

Актуальность

У 35% новорожденных встречается тромбоцитопения (количество тромбоцитов $< 150 \times 10^9 / л$). Снижение показателя до $50 \times 10^9 / л$ ведет к развитию геморрагического синдрома. Одной из причин является неонатальная аллоиммунная тромбоцитопения (НАИТ). Частота встречаемости аллельных вариантов генов НРА (Human Platelet Antigens) в России не отличается от других европейских популяций и отклоняется в сторону «а» аллеля, а гомозиготы по «b» составляют от 0 до 15%. При несовместимости матери и плода по антигенам системы НРА (Human Platelet Antigens) аналогично резус-конфликту происходит иммунизации женщины и образование



В начало

Содержание

Список авторов

аллоантител к одному или нескольким антигенам. Из-за высокой иммуногенности НРА в 50 % случаев тромбоцитопения плода развивается уже при первой беременности. Клинически значимыми являются анти-НРА1а, анти-НРА5b, анти-НРА3а и анти-НРА3b антитела, разрушающие тромбоциты плода/новорожденного, что приводит к развитию тяжелых осложнений: в 20% случаев развиваются внутричерепные кровоизлияния, в 10 % случаев происходит пренатальная или постнатальная гибель плода/ребенка. Грамотное проведение диагностики определяет успех терапевтических мероприятий, кардинально различающихся в зависимости от причины тромбоцитопении.

Цель

Установить причину тромбоцитопении новорожденного.

Материалы и методы

Исследовали образцы крови новорожденного Г. с тромбоцитопенией ($87 \times 10^9 / \text{л}$) и его родителей, доставленные в лабораторию из учреждения здравоохранения одного из городов Российской Федерации. Аллоантитела в плазме матери определяли методом проточной цитометрии после инкубации с тромбоцитами отца и ребенка и окрашивания моноклональными антителами Goat F(ab')₂ Anti-Human IgG-FITC и CD41-PE. Для контроля определяли наличие аутоантител на тромбоцитах. Показатель аллосенсибилизации вычисляли как процент IgG-позитивных клеток к числу клеток, фиксирующих анти-CD41 антитела. При значении ≥ 15 % делали вывод о наличии в образце антитромбоцитарных аллоантител. Генетические исследования проводили с использованием молекулярной системы детекции на анализаторе FluoVista (Inno-Train, Германия) с помощью аллель-специфических праймеров. Аллели генов, кодирующих экспрессию антигенов НРА1, НРА2, НРА3, НРА4, НРА5, НРА6, НРА9, НРА15 определяли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени используя набор реактивов НРА-FluoGene (Inno-Train, Германия). Геномную ДНК выделяли с помощью набора «EXTRA-GENE I» (BAG diagnostik, Германия).

Результат

В результате исследования у матери не обнаружены ни аутоантитела, ни аллоантитела класса IgG, направленные против тромбоцитов отца и ребенка. Однако на тромбоцитах ребенка обнаружены антитела, количество IgG позитивных клеток к числу клеток, фиксирующих анти-CD41 составило 22 %. В результате молекулярно-генетического типирования определены генотипы: у матери – НРА1аа/НРА2аа/НРА3bb/НРА4аа/НРА5аа/НРА6аа/НРА9аа/НРА15ab; у отца – НРА1аа/НРА2ab/НРА3ab/НРА4аа/НРА5аа/НРА6аа/НРА9аа/НРА15аа; у ребенка – НРА1аа/НРА2ab/НРА3ab/НРА4аа/НРА5аа/НРА6аа/НРА9аа/НРА15ab. В результате сравнительного анализа генотипов в паре мать/ребенок выявлена несовместимость по антигенам НРА3b/НРА3а и НРА2а/НРА2b. Мать гомозиготна по «b» аллелю гена НРА3 и по «a» аллелю гена НРА2. Отец и ребенок гетерозиготны, т.е. имеют и «a» и «b» аллели. Таким образом, мать во время беременности была сенсибилизирована тромбоцитарными антигенами плода и антитела, обнаруженные на тромбоцитах ребенка, являются материнскими. По другим генам НРА несовместимости не обнаружено. Так как



В начало

Содержание

Список авторов

анти-НРА2а антитела не считаются клинически значимыми, вероятная специфичность антител определена как анти-НРА3а.

Заключение

Подтверждена иммунная природа тромбоцитопении ребенка, применение молекулярно-генетического типирования позволило установить специфичность аллоантител.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА В ФОРМИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЁННЫХ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТА-АНАЛИЗ

Невмержицкая О.В., Марченко С.П., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г., Шкалаберда С.А., Кривошеков Е.В., Александрович Ю.С., Пшениснов К.В., Струпенева У.А., Кулемин Е.С., Селиверстова А.А., Янулевич О.С.

г. Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Открытый артериальный проток (ОАП) у недоношенных новорождённых ассоциирован с повышенным риском бронхолёгочной дисплазии и летального исхода, однако современные рандомизированные исследования не продемонстрировали убедительных преимуществ раннего закрытия ОАП. Одной из причин данного «парадокса эффективности» считается гемодинамическая гетерогенность пациентов. В последние годы активно развивается концепция гемодинамического фенотипирования ОАП, основанная на комплексной эхокардиографической оценке системной и лёгочной гемодинамики. Несмотря на рост числа исследований, до настоящего времени отсутствовали систематические обзоры и мета-анализы, оценивающие связь различных гемодинамических фенотипов ОАП с риском неблагоприятного исхода у недоношенных новорождённых.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Оценить ассоциацию различных гемодинамических фенотипов у новорождённых с открытым артериальным протоком с комбинированным неблагоприятным исходом (бронхолёгочная дисплазия и/или летальность).

Материалы и методы

Систематический обзор и мета-анализ выполнены в соответствии с PRISMA 2020. Поиск проведён 28.04.2026 в пяти базах: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science Core Collection, Cochrane CENTRAL, eLibrary.ru — без языковых ограничений (английский и русский), за период 01.01.2010–28.04.2026. Риск систематической ошибки оценён с использованием инструментов RoB 2 для рандомизированных исследований, ROBINS-I для наблюдательных исследований и QUADAS-2 для классификационных работ. Количественный синтез выполнен в R 4.5.0 с пакетом metafor 5.0.1 с применением модели случайных эффектов методом REML с поправкой Хартунга–Кнаппа; подгрупповой анализ проведён с помощью мета-регрессии; уверенность доказательств оценена по системе GRADE.

Результат

В количественный синтез включены 16 источников предварительного целевого отбора (2 РКИ; 7 когортных; 4 случай-контроль; 3 классификационные работы; 798 новорожденных с выполненной оценкой гемодинамики хотя бы 1 раз с момента рождения до выписки из родильного дома и 837 новорождённых, которым оценка гемодинамики по эхокардиографии не выполнялась). Суммарный эффект для комбинированного исхода смерть/БЛД: ОШ = 2,00 (95% ДИ 1,78; 2,25; $p < 0,001$); $I^2 = 0,0\%$; $Q(15) = 4,05$; $p = 0,998$. Подгрупповой анализ по гемодинамическим фенотипам ($p = 0,004$) выявил наибольший риск для фенотипа «прекапиллярная ЛГ с диастолической дисфункцией ЛЖ» (ОШ = 2,47; 95% ДИ 2,08; 2,94) и фенотипа «гемодинамически значимый ОАП с обкрадыванием системного кровотока» (ОШ = 2,23; 95% ДИ 1,94; 2,56); наименьший риск отмечен для смешанных популяций РКИ (ОШ = 1,56; 95% ДИ 0,30; 8,16). Тесты публикационного смещения не выявили систематического смещения (Egger $p = 0,157$; Begg $p = 0,506$). Уверенность доказательств по системе GRADE — умеренная для указанных гемодинамических фенотипов.

Заключение

Гемодинамические фенотипы ОАП ассоциированы с двукратным повышением риска комбинированного неблагоприятного исхода — БЛД ≥ 36 нед постконцептуального возраста и/или летальный исход у недоношенных новорождённых. Наибольший эффект характерен для таких вариантов гемодинамических нарушений как «прекапиллярная ЛГ с диастолической дисфункцией ЛЖ» и «гемодинамически значимый ОАП с обкрадыванием системного кровотока», тогда как смешанные популяции современных РКИ демонстрируют существенно меньшие оценки ОШ, что объясняет «парадокс эффективности» терапии ОАП и обосновывает дизайн фенотип-стратифицированных интервенционных исследований следующего поколения.



ПЛАЦЕНТАРНЫЕ И МАТЕРИНСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ПЛОДА: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Невмержицкая О.В., Марченко С.П., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г.,
Шкалаберда С.А., Струпенева У.А.**

г. Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Национальный исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Аntenатальная смертность остается одной из причин неблагоприятных исходов беременности, при этом количественные данные о вкладе плацентарного фактора в гибель плода в Санкт-Петербурге ограничены. Доступные исследования, как правило, оценивают либо морфометрические характеристики плаценты (в том числе отношение массы плаценты к массе плода, ППО), либо инфекционный компонент, но значительно реже рассматривают эти факторы совместно в рамках одной многофакторной модели, что ограничивает возможности количественного прогноза антенатальной гибели плода в клинической практике.

Цель

Оценить связь отношения массы плаценты к массе плода, гестационного возраста и инфекции плода с антенатальной смертью в региональной когорте и разработать многовариантную логистическую модель для количественной оценки риска антенатального исхода.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование, включавшее 296 беременностей с наличием данных о гестационном возрасте, массе при рождении, массе плаценты, уровне гемоглобина матери и инфекции плода. ППО рассчитывали как массу плаценты, делённую на массу плода при рождении. Первичным исходом была антенатальная гибель плода. Построена многовариантная модель логистической регрессии с включением ППО, гестационного возраста, массы плода, признака преждевременных родов, гемоглобина матери и инфекции плода в качестве предикторов.

Результат

Изучалась антенатальная гибель плода в 77 случаях, при этом инфекция плода имела место лишь в 11 (3,7%) наблюдениях. В финальной многовариантной модели более низкое ППО было независимо связано с повышением шансов смерти ($-11,62$; $p=0,0019$), тогда как увеличение гестационного возраста снижало риск ($-0,64$



В начало

Содержание

Список авторов

на неделю; $p < 0,001$). Инфекция плода оставалась самостоятельным фактором риска (β 1,84; $p = 0,026$), тогда как масса плода, недоношенность и гемоглобин матери не достигали статистической значимости после коррекции.

Заключение

Аntenатальная гибель плода чаще приходилась на периоды гестации (медиана 33,0 недели; межквартильный интервал 28,0–38,0), когда возрастает потребность плода в доставке кислорода и системном кровотоке. В этот интервал целесообразно усилить эхокардиографический и доплеровский контроль фето-плацентарного кровотока для своевременного выявления декомпенсации до развития антенатальной гибели. Более низкие значения ППО, отражающие «диспропорционально маленькую» плаценту при заданном весе плода, ассоциировались с повышенным риском летального исхода. Бинарный признак инфекции плода демонстрировал статистическую ассоциацию с повышением риска антенатальной гибели, однако эта ассоциация основана на небольшом числе инфицированных наблюдений (3,7% выборки), что ограничивает точность оценки эффекта и не позволяет делать уверенных выводов о его причинной роли.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КАК РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Прилуцкая В.А., Бойдак М.П., Жулего Е.С., Виктор С.А.

г. Минск

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Актуальность

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) часто осложняет течение периода постнатальной адаптации недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела (ОНМТ) и связана с длительной заболеваемостью. Системное воспаление является ключевым фактором развития БЛД. Раннее прогнозирование и профилактика БЛД остаются сложной задачей современной неонатологии. Интеграция гематологических показателей с установленными клиническими факторами риска может улучшить раннее прогнозирование БЛД в критический постнатальный период.

Цель

Оценить возможности использования гематологических маркеров для прогнозирования формирования БЛД у недоношенных новорожденных детей.



В начало

Содержание

Список авторов

Материалы и методы

Проведено когортное исследование с участием 81 младенца с гестационным возрастом менее 30 недель беременности, родившихся и получавших лечение в РНПЦ «Мать и дитя». Медиана (Ме) гестационного составила 27 (26–29) недель, масса тела – 985 (810–1250) грамм. Недоношенных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) было 47 (59,5%). Девочек 38 (46,9%), мальчиков 43 (53,1%). Основная группа 61 (75,3%) новорождённый с диагнозом БЛД, группа сравнения – 20 (24,7%) детей без БЛД. Параметры общего анализа крови (ОАК) проанализированы при рождении, через 3-5 и 7-10 дней. Оценены взаимосвязи между прямыми и производными гематологическими показателями новорожденных и развитием БЛД. Для оценки прогностической эффективности маркеров проведен монофакторный регрессионный анализ и анализ кривых рабочих характеристик приемника (AUC ROC). Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

Результат

Гестационный возраст, масса тела при рождении и гематологические показатели независимо предсказывали развитие БЛД. У недоношенных детей с БЛД наблюдались значительно более высокие значения среднего объема эритроцитов (MCV) и палочкоядерных нейтрофилов при рождении, а также более низкие показатели индекса сдвига лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина в анализируемые моменты времени. ROC-анализ показал, что среди лабораторных показателей высокая прогностическая значимость отмечалась для индекса сдвига лейкоцитов в 1-е сутки жизни (AUC 0,79 (95% ДИ 0,67–0,92), $p < 0,001$, чувствительность (Se) 80,3%, специфичность (Sp) 77,8%); содержания эритроцитов (AUC 0,71 (95% ДИ 0,56–0,86), $p = 0,006$, Se 68,4%, Sp 73,3%) и гемоглобина (AUC 0,71 (95% (0,56–0,87), $p = 0,007$, Se 78,9%, Sp 60,0%) на 3–5-и сутки, концентрации гемоглобина (AUC 0,69 (95% 0,55–0,84), $p = 0,009$, Se 77,2%, Sp 60,0%) и нейтрофильный индекс (AUC 0,79 (95% 0,65–0,86), $p = 0,010$, Se 85,1%, Sp 68,7%) на 7–10-е сутки жизни.

Заключение

Гематологические маркеры воспаления, особенно индекс сдвига лейкоцитов, нейтрофильный индекс, содержание эритроцитов и гемоглобина, полученные в ходе выполнения рутинных стандартов оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным, могут служить доступными и экономически эффективными инструментами для ранней стратификации риска БЛД у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ. Мониторинг изменений этих биомаркеров обеспечивает раннее выявление недоношенных детей высокого риска БЛД на ранних стадиях, влиять на решения об интенсивности респираторной поддержки, сроках кортикостероидной терапии или других целенаправленных вмешательствах. Важны дальнейшие исследования для подтверждения этих результатов и более точного определения их значимости в клинической практике.



В начало

Содержание

Список авторов

НАРУШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Усынина А.А., Бекарова М.М., Усынин М.В.

г. Архангельск
ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России

Актуальность

По данным популяционного исследования (Регистра родов Архангельской области, 2012-2017) избыточную массу тела/ожирение в регионе имеют 29,3% беременных, причем доля беременных с индексом массы тела более 30 кг/м², что соответствует ожирению, среди них составляет в популяции 9,1%. Избыточная масса тела/ожирение ассоциируются с повышенным риском преждевременных родов, неонатальной смертью, риском жизнеугрожающего состояния у ребенка, а также таких осложнений беременности, как гестационный сахарный диабет, преэклампсия/эклампсия и артериальная гипертензия.

Цель

Изучить частоту нарушений физического развития у новорождённых от матерей с ожирением.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование с использованием деперсонифицированных данных медико-информационной системы родовспомогательного учреждения третьего уровня оказания помощи (г. Архангельск). Проанализированы данные антропометрии у выбранных рандомным методом 1844 живорожденных из числа детей, не потребовавших дальнейшей госпитализации в другие отделения перинатального центра или перевода в другие стационары. Диагноз “Ожирение” присутствовал у 206 (11,2%) матерей из выборки.

Результат

Средние значения массы и длины тела новорожденных в основной и контрольной группах не имели статистически значимых различий. В группе детей, рожденных женщинами с ожирением, каждый десятый ребенок имел массу более 4000 г., в то время как в группе сравнения доля таких детей составила 7,4%. Диагноз “Замедленный рост и недостаточность питания плода” (МКБ 10: P05.0 – P05.2) в контрольной группе был выставлен 7,4% новорожденных, в то время как этот же диагноз имели только 3,4% младенцев, рожденных женщинами с ожирением. Отсутствие статистически значимых различий можно объяснить малым размером выборки и ограничениями при формировании групп. Нельзя исключить эффект гестационного сахарного диабета, который не был учтен в данном исследовании.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Доля крупновесных младенцев у женщин с ожирением превышает таковую у новорожденных от детей матерей с нормальной массой тела. Поскольку дети от матерей с ожирением подвержены более высокому риску нарушений адаптации (в том числе обусловленной наличием диабетической фетопатии), они требуют особого внимания для своевременного выявления и коррекции возможных отклонений в состоянии здоровья.

СТАРТОВАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ

Цой Е.Г., Семейкина П.В., Елесина В.В.

г. Кемерово

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность

Стабилизация недоношенных новорожденных в родильном зале является критическим этапом, определяющим риск развития тяжелых осложнений (бронхолегочной дисплазии, внутрижелудочковых кровоизлияний). Тактика респираторной поддержки в родильном зале представляет собой дифференцированный подход, направленный на минимизацию инвазивности при сохранении эффективности стабилизации состояния ребенка.

Цель

Оценить эффективность различных вариантов стартовой респираторной поддержки и мониторинга критических состояний у недоношенных новорожденных в неонатальном периоде.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе неонатальных отделений перинатального центра им. Решетовой Л.А. г. Кемерово 2019-2024 гг. путем ретроспективного анализа 38 историй болезни новорожденных детей с ОНМТ и ЭНМТ, получивших респираторную поддержку. Проанализированы клиничко-anamnestические, антропометрические данные, результаты эхокардиографии, биохимические показатели крови, С-РБ, показатели общего анализа крови, способы респираторной поддержки в родильном зале, длительность респираторной поддержки, кислородозависимость, исходы заболевания.

В исследуемой группе недоношенных детей срок гестации при рождении составил $26,3 \pm 0,31$ недель (22 – 29 недель), средняя масса тела при рождении $793,67 \pm 74,97$ г (Ме 870 г, Мо 900 г, 480 – 1400 г) средняя длина тела $31 \pm 1,34$ см (Ме 30 см, Мо 26 см, 24 – 43 см). Родились путем операции кесарево сечение 25 детей (65,7%). Полная



В начало

Содержание

Список авторов

пренатальная профилактика РДС стероидами была проведена у 11 детей (29%). Сурфактантная терапия осуществлялась всем детям в родильном зале, повторное введение потребовалось в 8 случаях (21,1%).

Самостоятельное дыхания при рождении отсутствовало у 19 детей (50%), имелось самостоятельное дыхание при рождении у 19 детей (50%). Всем детям требовалась респираторная поддержка (1-79 суток) в различных режимах.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 12.0» и Microsoft Excel на персональном компьютере. Статистически значимыми считались показатели при уровне $p < 0,05$.

Результат

Количество пациентов, у которых в качестве стартовой респираторной поддержки использовался nCPAP, составило 10 человек (26,3%), методика «продленного раздувания легких» с параметрами ПДКВ 20 мБар в течение 20 секунд проведена 18 новорожденным (47,4%), ИИВЛ – у 6 пациентов (15,8%), иИВЛ сразу после рождения – у 4 пациентов (10,5%). К 5-10 минуте жизни на иИВЛ были переведены 7 детей (18%), ИИВЛ получали 9 детей (24%), мCPAP (РЕЕР 10-25 см вод ст) – 15 детей (40%), мCPAP (6-8 см вод ст) – 7 детей (18%). В группе детей с наличием самостоятельного дыхания с рождения летальный исход наступил в 6 случаях (32%), в группе детей без дыхания при рождении – в 8 случаях (42%), что не различалось. У недоношенных новорожденных со стартовой респираторной поддержкой не инвазивными методами отмечена тенденция к снижению летальности (35%), в группе с инвазивной респираторной поддержкой – 50%.

Инвазивные режимы вентиляции с рождения и в первые 10 минут после рождения ассоциированы с врожденной анемией ($rs=0,559$), врожденной инфекцией (СРБ в 48 часов, $rs=-0,556$), меньшим сроком гестации ($rs=0,616$). Синдром утечки воздуха сопряжен со стартом с инвазивных методов респираторной поддержки, и с анемическим синдромом и гуморальной активностью. Наличие синдрома «утечки воздуха» при рождении определяло более «жесткие» режимы вентиляции в первые сутки жизни ($rs=-0,734$).

Кислородозависимость имелась у всех детей и составила от 1 суток до 70 суток. Длительная О2-зависимости ассоциирована с врожденной инфекцией, что подтверждается высокой гуморальной активностью при рождении (СРБ в 48 часов, $rs=0,554$), нейтропенией при рождении ($rs=-0,630$), так и с поддержанием инфекционного процесса после 2 недель жизни (лейкоцитоз, $rs=0,691$). Длительность О2-зависимости определялась инвазивной ИВЛ ($rs=0,846$) и общей длительностью респираторной поддержки ($rs=0,835$). Более длительная О2-зависимость способствовала формированию БЛД ($rs=0,639$) и ретинопатии ($rs=0,882$).

Заключение

Таким образом, необходимость в инвазивных режимах вентиляции определяется наличием внутриутробного инфекционного процесса, врожденной анемией, меньшим гестационным возрастом. Развитие синдрома утечки воздуха при рождении требует более жестких режимов ИВЛ в первые сутки жизни. Длительность респираторной поддержки и О-зависимости определяется как врожденной инфекцией



В начало

Содержание

Список авторов

и анемией, так и текущим инфекционным процессом в течении первого месяца жизни и сохранением анемического синдрома к 2 месяцам жизни.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В АНАМНЕЗЕ МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Черемисина Р.М., Вахитова Л.Ф., Вахитов Х.М., Черемисин А.Е.

г. Казань
ГАУЗ РКБ МЗ РТ

Актуальность

Объектом современных исследований в неонатологии служат инфекции в материнском анамнезе как одни из ведущих факторов риска неблагоприятного течения беременности и родов. Известно, что инфекционные агенты способны запускать каскады воспалительных реакций, негативно влияющих на формирование и развитие органов и систем плода и новорожденного. При этом значительно повышается риск преждевременных родов, повреждения плаценты, внутриутробного инфицирования, развития генерализованных форм инфекций.

На сегодняшний момент остается актуальным вопрос типирования инфекционного агента, выраженности воспалительного ответа, а также разработки диагностических и лечебных алгоритмов.

Цель

Оценка роли инфекций в анамнезе матерей недоношенных новорожденных.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе отделения патологии беременных ГАУЗ «Республиканской клинической больницы» МЗ РТ г.Казани. Анализировались данные акушерско-гинекологического, соматического и социального анамнезов 58 женщин, находившихся под наблюдением до момента родоразрешения.

Результат

Результаты исследований показали, что у подавляющего большинства рожениц имеется в анамнезе сочетание целого ряда патологических состояний. Общее количество нозологических форм у 58 матерей составило 263. То есть в среднем на одну маму приходится 4,5 диагностические единицы, связанные с патологией со стороны различных органов и систем. Инфекции различной локализации составили 69 случаев, что составляет 26,2% от общего числа нозологических форм.

Из инфекционных заболеваний преобладали инфекции мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит) (34,0%), респираторные заболевания в период беременности (27,5%), кольпит (15,5%), инфекции половых путей (6,8%), вирус папилломы и герпетические инфекции (5,1%). Реже встречались заболевания легких (1,7%), носительство стафилококка (1,7%), хламидийная инфекция (1,7%) и др.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Анализ аналогичных данных матерей доношенных детей показал отсутствие значимых инфекционных факторов в анамнезе.

Заключение

Таким образом можно предположить положительные корреляционные связи между наличием инфекционных факторов риска в акушерско-гинекологическом анамнезе и неблагоприятным характером течения беременности и родов.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Общественное здравоохранение

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА ПЕРВОРОДЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ XXI ВЕКА

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

г. Москва

1. Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2. Государственное автономное образовательное учреждение высшего образования города Москвы «Московский городской педагогический университет»

Актуальность

Охрана и укрепление репродуктивного здоровья- приоритет государственной политики. Демографические изменения последних лет требуют особого внимания к качеству перинатальной помощи и внедрению инновационных подходов к ведению беременности и родов. Отмечается увеличение числа женщин репродуктивного возраста после 30 лет, что требует персонализированного подхода к ведению беременности, родов. Растёт доля беременностей с высокой фармакологической нагрузкой, что повышает риски для матери и плода. В связи с чем в Москве открыты Центры женского здоровья, где наблюдение осуществляется на базе единого комплекса: родильный дом/перинатальный центр- гинекологическое отделение многопрофильного стационара. Перинатальные факторы оказывают системное воздействие на организм ребёнка через ключевые механизмы: формирование ЦНС(нейрогенез, миелинизация и синаптогенез наиболее уязвимы в перинатальном периоде, повреждение на этом этапе -стойкие нарушения когнитивных и моторных функций), становление микробиоты (первичная колонизация кишечника влияет на иммунитет, метаболизм и поведение через ось «кишечник — мозг»), гормональный стресс-ответ (активация оси «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» определяет стрессоустойчивость ребёнка на протяжении всей жизни), эпигенетические изменения (стресс и гипоксия модифицируют экспрессию генов без изменения ДНК-последовательности, влияя



В начало

Содержание

Список авторов

на фенотип ребёнка). Современная перинатология требует мультидисциплинарного, интегративного подхода.

Цель

Оптимизация помощи матерям и детям.

Материалы и методы

Проведен анализ особенности течения антенатального и постнатального периода (оперативное родоразрешение, ВРТ, инфекционные заболевания, соматическая патология, гестационный диабет, АГ, преэклампсия, родоразрешение на ранних сроках гестации, гипогалактия, массо-ростовые показатели при рождении, физическое развитие, нервно-психическое развитие, ПА, ФНЖКТ, частота ОРВИ) у 65 детей от матерей, возраст которых составил 30-35 лет.

Результат

При анализе амбулаторных карт наблюдаемых детей от «позднеродящих женщин» были получены следующие показатели: доля оперативных родов составляла 47%, частота кесарева сечения при беременности с помощью вспомогательных репродуктивных технологий составляла 84%, частота экстрагенитальной патологии составила 70%, что в 3 раза выше чем у женщин родоразрешенных по данным литературы до 25 лет. Частота гестационного диабета составила 17%, частота артериальной гипертензии 10%, из которых 70% составила преэклампсия, частота родоразрешений на ранних сроках гестации составила 12%, частота многоплодной беременности наступившей при помощи ВРТ составила 30%, частота гипогалактии составляла 33%. У 48% детей до года отмечалась низкая прибавка массы, из них 82% составляли дети от ВРТ, у 23% детей наблюдалась легкая степень задержки речевого и психомоторного развития, из них дети от ВРТ составляли 68%. У 70% детей раннего возраста отмечалась гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, из них 90% детей от оперативного родоразрешения, ФНЖКТ у всех детей от оперативного родоразрешения, находившихся на ИВ, у 70% детей отмечались частые ОРВИ, из которых дети на искусственном вскармливании в анамнезе составляли 80%.

Заключение

Рост возраста первородящей женщины составляет группу риска по неблагоприятному течению беременности, родов, влияя на физическое, речевое, психомоторное развитие ребенка что требует персонифицированного подхода на этапах планирования беременности, течения беременности, родов и сопровождения в раннем возрасте на амбулаторном этапе. Перинатальный период — критическое окно развития, когда закладываются основы адаптации ребёнка к внеутробной жизни. Ранний возраст уникален для решения медицинских, обучающих, развивающих и воспитательных задач. Отсутствие специально организованного сопровождения детей дошкольного возраста, родившихся с помощью операции кесарева сечения, может повлечь дезадаптацию в школьном возрасте, трудности в общении со сверстниками, отставание в психическом развитии. Врач – стратег здоровья поколений, где необходимо сохранить не только жизнь, но и её качество.



ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ФАКТОРЫ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ИЗ ТАДЖИКИСТАНА, ВРЕМЕННО ПРОЖИВАЮЩИХ В РФ

Гафурова Т.У.

г. Москва
ООО «Авиценна»

Актуальность

У беременных женщин из Таджикистана, временно проживающих в РФ, миграционный стресс может ухудшать психоэмоциональный статус, нейроэндокринную адаптацию и исходы беременности, однако такие данные ограничены.

Цель

Оценить связь психоэмоционального и гормонального статусов с акушерскими и перинатальными исходами у беременных гражданок Таджикистана, временно проживающих в РФ.

Материалы и методы

Сравнительное исследование 100 беременных гражданок Таджикистана, временно проживающих в РФ, и 30 беременных, проживающих в Таджикистане. Подгруппа $n=28$ — гормональный профиль и доплерометрия; $n=32$ и $n=68$ — оценка психоэмоциональной поддержки. Применены шкалы Спилбергера-Ханина и Бека, ИФА прогестерона, ПЛГ, эстриола, кортизола, доплерометрия. Статистика: MS Excel, R.

Результат

Угроза прерывания беременности отмечена у 25% женщин, нарушения кровотока — у 15%, преэклампсия — у 5%, СЗРП — у 6%; депрессивная симптоматика — у 53%. В подгруппе $n=28$ депрессивные расстройства встречались чаще, чем в группе сравнения (46,4% против 16,7%; $p<0,05$), высокий/умеренный уровень личностной тревожности — у 89,3% против 16,7% ($p<0,001$). Средний уровень кортизола был выше ($19,2\pm 0,4$ против $16,2\pm 1,1$ нг/мл; $t=2,6$; $p<0,05$), а прогестерона ($106,6\pm 1,5$ против $115,1\pm 0,8$ нмоль/л; $p<0,001$) и ПЛГ ($5,4\pm 0,5$ против $8,6\pm 0,7$ мг/л; $p<0,001$) — ниже. Снижение прогестерона коррелировало с угрозой прерывания беременности ($r\approx 0,78$), ПЛГ — с нарушениями кровотока ($r=1,0$). Частота преждевременных родов составила 40% против 16,7% ($p<0,05$). После психоэмоциональной поддержки доля женщин без депрессивной симптоматики возросла с 28,1% до 78,1% ($p=0,003$); отмечены смещение родоразрешения к срочным родам ($p<0,001$), снижение нарушений фетоплацентарного кровотока ($p=0,005$), более благоприятная оценка по шкале Апгар ($p=0,009$) и отсутствие перинатальной смертности.



В начало

Содержание

Список авторов

Заключение

Миграционный стресс у беременных женщин из Таджикистана, временно проживающих вне страны, ассоциирован с тревожно-депрессивными нарушениями, гиперкортизолемией, снижением ПЛГ и неблагоприятными акушерскими и перинатальными исходами. Регулярное антенатальное наблюдение с психоэмоциональным скринингом и поддержкой целесообразно включать в антенатальные программы для этой уязвимой группы.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Лепин.Д.С.

г. Архангельск
ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России

Актуальность

В последние годы в Российской Федерации и во многих странах мира наблюдается отчётливая тенденция к повышению среднего возраста женщины при рождении детей. Анализ демографических данных, представленных Федеральной службой государственной статистики (Росстат), демонстрирует отчётливую тенденцию к увеличению среднего возраста женщины при рождении ребёнка. В частности, за пятилетний период (2018–2023 гг.) данный показатель возрос и составил почти 29 лет. Наряду с этим зафиксировано статистически значимое увеличение числа родов у женщин позднего репродуктивного возраста.

Цель

Проанализировать тенденции позднего материнства в РФ и оценить влияние позднего репродуктивного возраста (старше 35 лет) на течение беременности и родов.

Материалы и методы

Проведён анализ демографических данных Росстата за 2018–2023 гг., а также обобщены результаты отечественных и зарубежных научных работ. Изучены статистические показатели частоты родов, осложнений беременности и родоразрешения.

Результат

Доля родов у женщин в возрасте 35 лет и старше от общего числа родов возросла на 5% в период с 2018 года 18% (284553 случая) по 2022 год 23% (301652 случая). Установлено, что частота экстрагенитальных патологий у возрастных женщин встречается гораздо чаще. Индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м² у женщин старше 35 отмечался в 2 раза чаще, чем у женщин более молодой группы (24,5% и 46,4%); Частота диагностики артериальной гипертензии возрастает в 4 раза (8,8% против 1,9%). АГ вызванная беременность в 2 раза чаще (9% и 19%) и преэклампсия в 1,8 раза (3,3%



В начало

Содержание

Список авторов

и 5,7%). Частота выкидышей возрастает с 15–20 % у женщин в возрасте 35–39 лет до примерно 40 % у женщин в возрасте 40–44 лет и до 70 % у женщин в возрасте 45 лет и старше. Происходящие с возрастом метаболические нарушения приводили к тому, что ГСД у женщин старше 35 встречался почти 3 раза чаще, преждевременных родов (в 1,4 раза чаще 5,9% 8,5%). Слабости родовой деятельности возрастает почти в 2 раза (10,2 % против 5,2 %), родоразрешение путем кесарева сечения у женщин после 35 лет составляет от 40% до 70%, что по сравнению с женщинами до 35 лет выше в 2-2,5 раза. Риск материнской смертности значительно возрастает с увеличением возраста: в 35-40 лет он в 4 раза выше, а в 40 – 45 лет в 7 раз выше, чем в среднем в популяции.

Заключение

В РФ закрепляется тренд на позднее материнство, сопряжённое с ростом частоты хронических заболеваний у беременных и осложнений в течение беременности и родов. Это ведёт к увеличению доли оперативных родоразрешений и повышает риск неблагоприятных исходов для матери и ребёнка.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР НА ТЕМУ: «КОЛИЧЕСТВО РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ»

Михайлова Д.К., Слямханова Н.С.

г. Усть-Каменогорск
НАО МУС

Актуальность

Восточно-Казахстанская область характеризуется высокими показателями репродуктивных потерь. Согласно данным, в 2022 году уровень материнской смертности в области составлял 11,58 на 1000 населения, что выше среднереспубликанского уровня. Кроме того, в регионе наблюдается высокая частота аборт: в 2020 году зарегистрировано 20,8 случаев на 1000 женщин репродуктивного возраста, что также выше среднего по стране.

Цель

Систематизация существующих данных о количестве и структуре репродуктивных потерь среди женщин, проживающих в Восточно-Казахстанской области, а также выявление факторов, влияющих на их частоту.

Материалы и методы

Для подготовки обзора использованы данные из научных публикаций, официальных статистических отчетов, а также результаты социологических и медицинских



В начало

Содержание

Список авторов

исследований, проведенных в Восточно-Казахстанской области. Методологический подход включает анализ количественных и качественных данных, полученных в ходе эпидемиологических и социологических исследований.

Результат

1. Общее количество репродуктивных потерь

За период с 2018 по 2023 год в Восточно-Казахстанской области наблюдается рост количества репродуктивных потерь. Среднегодовой уровень выкидышей составляет около 6,2% от всех зарегистрированных беременностей, что превышает среднереспубликанский показатель в 4,8%. По данным регионального управления здравоохранения, в 2022 году было зарегистрировано 1200 случаев выкидышей среди женщин репродуктивного возраста.

2. Аборты и их динамика

Частота искусственных абортов остаётся высокой — в 2022 году зафиксировано 18,5 абортов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет, тогда как средний показатель по Казахстану составляет 13,2 на 1000. В 2018 году уровень абортов в области был 20,3 на 1000 женщин, что указывает на некоторое снижение, но показатель остаётся существенно выше национального среднего. Более 60% абортов приходится на женщин в возрасте 20–34 лет.

3. Преждевременные роды

Преждевременные роды составляют около 7,9% от всех родов, что превышает средний уровень по Казахстану (около 6,5%). В 2022 году в области зарегистрировано 900 случаев преждевременных родов, что на 10% выше показателей 2018 года. Эти показатели особенно высоки в сельских районах, где частота преждевременных родов достигает 9,5%.

4. Мертворождения

Уровень мертворождений в Восточно-Казахстанской области составляет 5,8 на 1000 родов, что в 1,3 раза превышает средний показатель по стране. За последние пять лет наблюдается тенденция к снижению, однако ситуация остаётся напряжённой, особенно в отдалённых районах.

5. Влияние социальных и экологических факторов

Согласно исследованиям, женщины с низким уровнем дохода и образования сталкиваются с повышенным риском репродуктивных потерь. В группе с доходом ниже прожиточного минимума частота репродуктивных потерь достигает 9,2%, в то время как в более обеспеченных слоях населения — около 4,5%.

Экологическая ситуация региона, в частности влияние промышленного загрязнения воздуха и воды, способствует развитию хронических заболеваний у женщин, что увеличивает риск осложнений беременности и репродуктивных потерь.

6. Различия между городом и сельской местностью

В сельской местности показатели репродуктивных потерь значительно выше:

Абортов — 22,1 на 1000 женщин против 14,7 на 1000 в городах;

Выкидышей — 7,8% от беременностей против 4,9% в городах;

Преждевременных родов — 9,5% против 6,7% в городах.



В начало

Содержание

Список авторов

Основные причины — ограниченный доступ к качественным медицинским услугам, нехватка квалифицированных специалистов и недостаточная информированность женщин.

Заключение

Репродуктивные потери в Восточно-Казахстанской области остаются актуальной проблемой, требующей комплексного подхода к решению. Необходимы следующие меры:

Улучшение доступа к медицинским услугам: Обеспечение равного доступа женщин, особенно в сельской местности, к качественной медицинской помощи, включая профилактику и лечение заболеваний репродуктивной системы.

Повышение информированности населения: Разработка и внедрение программ по репродуктивному здоровью, направленных на повышение осведомленности женщин о методах контрацепции и планировании семьи.

Прегравидарная подготовка — это ключевой инструмент первичной профилактики репродуктивных потерь. Системный подход к её внедрению в Восточно-Казахстанской области позволит существенно снизить частоту осложнений беременности, мертворождений и преждевременных родов, а также улучшить демографическую ситуацию региона.

ИТОГИ РАБОТЫ ОБЩЕРОССИЙСКОГО ПРОЕКТА «РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ РОАГ» В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2026 Г.

Нестерова Л.А.

г. Москва

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

Актуальность

В России в современном виде НМО начало активно развиваться с 2011 года после изменения государственного регулирования права на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности. До этого момента существовали различные программы дополнительного и послевузовского профессионального медицинского образования в различных учебных заведениях. В «классической» схеме повышения квалификации медработников 1 раз в 5 лет с выдачей сертификата был ряд недостатков: отсутствие непрерывности образования, единой базы образовательных программ, усовершенствования практических навыков в симуляционных условиях и др. Этот круг проблем решает НМО, уже внедрённое в систему национального здравоохранения и закреплённое законодательно.



В начало

Содержание

Список авторов

Цель

Провести анализ работы Школ РОАГ в процессе непрерывного медицинского образования профильных специалистов в первом полугодии 2026 года.

Материалы и методы

В 2026 году проект Региональных образовательных Школ РОАГ в качестве общероссийского будет отмечать свое 10-летие. За эти годы ведущие эксперты акушеры-гинекологи страны смогли посетить все федеральные округа РФ, чтобы предоставить актуальные знания для профессионального роста и повышения квалификации практикующим врачам регионов.

Проект продолжает организацию последипломного образовательного процесса, расширяя практику внедрения инновационных подходов Центра им. В. И. Кулакова. Более 180 специалистов, включая представителей Центра, ведущих научных медицинских организаций и вузов регулярно делятся своими знаниями и практическим опытом.

Значимость Школ для профессионального развития акушеров-гинекологов все годы его существования подтверждается активным содействием региональных органов исполнительной власти, главных внештатных акушеров, гинекологов, специалистов по репродуктивному здоровью женщин, региональных Министерств и департаментов здравоохранения, региональных отделений РОАГ, руководителей крупнейших медицинских вузов, практикующих врачей.

Результат

За первое полугодие 2026 г. проведено 10 Региональных научно-образовательных школ РОАГ (далее – Школы РОАГ) в очном формате. В реализации этого Общероссийского образовательного проекта на 96 круглых столах, семинарах, мастер-классах и совещаниях были прочитаны 394 доклада, приняли участие 2158 специалистов. Общая статистика по специальностям была представлена следующим образом: акушеры-гинекологи – 97,6%, эндокринологи -1.6 %, другие специальности -0,8%.

Каждый слушатель Школы оценил возможность получать необходимую образовательную информацию в удобном виде, в нужное время и смог пополнить персональное портфолио баллами НМО по каждой Школе РОАГ, необходимыми для дальнейшей успешной аккредитации по специальности. Статистика обратной связи с участниками показала следующее: более 88% слушателей Школ отметили актуальность содержания научной программы, 86% – приобрели новые профессиональные знания, 91%- отметил высокое качество организации мероприятия.

Всего за годы реализации проекта прошло 166 Школ РОАГ, практически, большинство специалистов (акушеры-гинекологи, неонатологи, врачи УЗИ, онкогинекологи, педиатры, эндокринологи, анестезиологи-реаниматологи, хирурги, репродуктологи, терапевты, урологи и др.), занятых в сфере охраны здоровья матери и ребенка приняли участие в их работе очно и онлайн.

Заключение

Региональные образовательные Школы РОАГ продолжают быть востребованным проектом по непрерывному медицинскому образованию акушеров- гинеколо-



В начало

Содержание

Список авторов

гов страны, который представляет уникальную возможность для повышения уровня квалификации врачей в регионах и эффективного общения с коллегами ведущих научных и учебных организаций страны.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Савенышева С.С., Блох М.Е.

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность

Для эффективного психологического сопровождения женщин в период беременности важно понимание их психического статуса (нарушений психического здоровья и отношения к беременности), особенно при осложненном течении беременности.

Цель

Изучение показателей психического здоровья и отношения к беременности и ребенку у женщин во время беременности, и их связи с протеканием беременности и родов.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 476 беременных женщин в возрасте 18-44 (среднее – 30,7) лет, срок гестации 17-40 (в среднем 31) недель. Методики: Шкала психологического функционирования (Achenbach, T., Rescorla, L., 2003, адапт. Слободской); Шкала ситуативной тревожности (Спилбергер, Ханин); Шкала оценки влияния травматического события (Тарабрина, 2001); Шкала оценки пренатальной привязанности (Condon, 1993); Тест отношений беременной (ТОБ) (Добряков, 2010); Способы совладающего поведения (Лазарус, Фолкман, адапт. Крюковой и др., 2004); Проективный рисунок «Я и мой ребенок» (Филиппова, 2002).

Результат

У женщин с госпитализацией в анамнезе в течении беременности из нарушений психического здоровья выше синдром делинквентного поведения ($p=0,093$), синдром назойливости ($p=0,097$), уровень тревожного расстройства ($p<0,05$); из показателей отношения к беременности и ребенку у них ниже показатель поведенческой привязанности ($p<0,05$) и ее компонента – взаимодействия с ребенком ($p=0,066$).

У женщин с угрозой прерывания беременности был обнаружен более высокий (по сравнению с женщинами без угрозы) уровень тревожного типа отношения к беременности ($p<0,01$); среди нарушений психического здоровья был выявлен



В начало

Содержание

Список авторов

более высокий уровень ситуативной тревожности ($p < 0,01$), синдромов соматических проблем ($p < 0,01$), агрессивности ($p < 0,01$), нарушений внимания ($p < 0,05$), замкнутости ($p < 0,05$), делинквентного поведения, а также DSM-ассоциированных расстройств избегания ($p < 0,01$), депрессии ($p < 0,01$), тревожного ($p < 0,01$) и соматических расстройств ($p < 0,01$). Из копинг-стратегий более выраженными были принятие ответственности ($p < 0,01$), конфронтация ($p < 0,05$) и избегания ($p < 0,05$).

Для женщин с токсикозом характерна более слабая сформированность образа ребенка ($p < 0,05$), тенденция к конфликтному образу материнства ($p = 0,073$), а также более высокий уровень синдромов соматических проблем ($p < 0,05$), нарушений внимания ($p < 0,05$), а также DSM-ассоциированных депрессивного ($p < 0,01$) и соматического расстройств ($p < 0,001$).

У беременных женщин с незапланированной беременностью значимо отличаются все показатели отношения к беременности и ребенку. Со стороны нарушений психического здоровья у них был выявлен более высокий уровень синдромов тревожности/депрессивности ($p < 0,01$), агрессивности ($p < 0,05$), делинквентного поведения ($p < 0,05$), а также соматических расстройств ($p < 0,01$), по сравнению с женщинами с запланированной беременностью.

У беременных женщин с плановым кесаревым сечением значимо выше уровень: соматических проблем ($p < 0,01$), агрессивности ($p < 0,01$), проблем мышления ($p < 0,01$), делинквентного поведения ($p < 0,05$), тревожного ($p < 0,05$), соматического ($p < 0,05$) и антисоциального расстройства ($p < 0,01$).

Заключение

Выявлены такие факторы риска для психического здоровья беременных женщин как: угроза прерывания беременности, планируемое кесарево сечение, незапланированная беременность. Психологического вмешательства с точки зрения работы с отношением к беременности и ребенку в большей степени требуют группы женщин с токсикозом, госпитализацией и незапланированной беременностью.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках проекта № 25-28-00699.



В начало

Содержание

Список авторов

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Семена А.А., Сейц А.А., Печеникова В.А., Акопян Р.А.

г. Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность

Анализ динамики прерывания беременности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в период с 2019 по 2023 год является актуальным с учётом региональных особенностей и высокой доступности медицинской помощи. Изучение данных показателей позволяет оценить влияние проводимой социальной и демографической политики.

Цель

Проанализировать динамику показателей искусственного прерывания беременности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в период с 2019 по 2023 год.

Материалы и методы

В исследовании использованы официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации и Управления Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области в период с 2019 по 2023 год. Проанализированы показатели, характеризующие динамику прерывания беременности: общее число абортс, число абортс на 1000 женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) и число абортс на 100 родов.

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики, анализ временных трендов с использованием непараметрического критерия Манна-Кендалла.

Результат

В 2019–2023 годах в Санкт-Петербурге и Ленинградской области выявлена устойчивая тенденция к снижению основных показателей прерывания беременности: общего числа абортс, числа абортс на 1000 женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) и числа абортс на 100 родов.

В Санкт-Петербурге показатель числа абортс на 1000 женщин 15–49 лет снизился на 30,1% (с 14,3 до 10,0). Среднегодовой темп снижения составил 8,6%. Критерий Манна-Кендалла подтвердил наличие статистически значимого нисходящего тренда. В Ленинградской области снижение данного показателя было более выраженным – на 48,1% (с 15,6 до 8,1). Среднегодовой темп снижения составил 15,1%. Критерий Манна-Кендалла подтвердил наличие статистически значимого нисходящего тренда.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Общее число аборт в Санкт-Петербурге за изучаемый период сократилось на 27,4% (с 19,0 до 13,8 тыс.). Среднегодовой темп снижения 7,7%. Критерий Манна-Кендалла статистически значимый тренд не выявил, что связано со стабилизацией показателя абортов в 2021–2022 годах. В Ленинградской области снижение общего числа абортов составило 41,2% (с 6,8 до 4,0 тыс.), тренд был статистически значимым.

Показатель числа абортов на 100 родов в Санкт-Петербурге снизился на 11,7% (с 32,6 до 28,8), однако из-за временного роста в 2022 году устойчивого монотонного тренда выявлено не было. В Ленинградской области снижение составило 33,4% (с 50,6 до 33,7), однако критерий Манна-Кендалла не подтвердил устойчивость тренда, что связано с колебаниями показателя в анализируемый период.

Заключение

В 2019–2023 годах в Санкт-Петербурге и Ленинградской области отмечено снижение основных показателей прерывания беременности, более выраженное в Ленинградской области. Число абортов на 1000 женщин 15–49 лет сократилось на 48,1% в Ленинградской области и на 30,1% в Санкт-Петербурге, общее число абортов – на 41,2% и 27,4% соответственно. Для этих показателей выявлен статистически значимый нисходящий тренд. Показатель числа абортов на 100 родов также имел тенденцию к снижению, однако из-за колебаний в 2022 году устойчивый монотонный тренд не подтверждён. Полученные данные могут отражать влияние комплекса профилактических и консультативных мероприятий.



В начало

Содержание

Список авторов

Содержание

Тематика:

Акушерство

**3 ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ
У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-
ИНДУЦИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ**

Асатова М.М., Даулетова М.Ж.

**4 ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ИНДУКЦИИ
РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Ашурова У.А., Исакова З.О.

**6 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫВОРОТА МАТКИ:
РАЗБОР АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ**

Баранов А.Н., Дьячков С.К., Куцева Л.А.

**7 ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ
У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ. ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Блох Р.А., Блох М.Е., Мухамедрахимов Р.Ж.

**9 ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА ПЛОДА –
МАРКЕР ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Виктор С.А., Прилуцкая В.А.



В начало

Содержание

Список авторов

**11 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
СТРУКТУРИРОВАННОГО АНТЕНАТАЛЬНОГО
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВНЕ
СТРАНЫ ПОСТОЯННОГО ПРОЖИВАНИЯ**

Гафурова Т.У.

**12 ТРАНСКУТАННАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ:
СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ОБЛЕГЧЕНИЯ РОДОВОЙ
БОЛИ**

*Грачева М.И., Грачева Т.И., Доманская М.А., Козырко Е.В., Ушакова И.А.,
Николаева А.В., Кан Н.Е.*

**13 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

Даминова Р.А., Асатова М.М.

**15 БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ И ОРТОРЕКСИЯ:
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ**

Дражина О.Г., Прилуцкая В.А., Воропаева А.В.

**17 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ У ЖЕНЩИН
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Железная А.А., Говоруха И.Т., Левандовская А.А.

**19 ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ РАННЕГО
ТОКСИКОЗА У ЖЕНЩИН С МНОГОКРАТНЫМИ
ПРЕРЫВАНИЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ
ИЗ-ЗА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОГО
ЛЕЧЕНИЯ**

Иванов Д.О., Ветров В.В., Гайдуков С.Н., Тайц А.Н.



В начало

Содержание

Список авторов

**20 РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ:
ОТ ФАКТОРОВ РИСКА К СТРАТЕГИЯМ КОРРЕКЦИИ**

Игнатъева А.А., Лузина Е.А.

**22 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Икрамова С.А., Курбанов Б.Б.

**23 ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ
ДИАГНОСТИКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ
НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ В ПРАКТИКЕ
АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА**

Калиниченко А.С.¹, Марченко Н.В.^{1,2}

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

Козырко Е.В., Хохлова С.В., Доманская М.А., Руженцева Д.А.

**26 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
У ЖЕНЩИН С МЕЛАНОМОЙ**

Козырко Е.В., Хохлова С.В., Руженцева Д.А., Доманская М.А., Гериева А.С.

**27 ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА
У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПОЗДНЕГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Лубяная С.С., Попова И.А.



В начало

Содержание

Список авторов

**29 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРОСТАГЛАНДИНОВ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ**

Мансурова Х.А., Габриелян К.Г., Курбанова У.У., Турдиева Ф.Р.

**30 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ
МЕТОДАМИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

Мансурова Х.А., Турдиева Ф.Р., Габриелян К.Г., Курбанова У.У.

**31 ПОКАЗАТЕЛИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО
РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

Мейлиева М.Б., Комилова М.С., Холикова З.У.

**33 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ФАКТОР
РИСКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У БЕРЕМЕННЫХ**

Миронюк А.О., Смолей Н.А.

**34 ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ
БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Нагиева Н.В.

**36 ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ
ВОД: СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ВЫБОР
ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ**

*Песегова С.В., Тимохина Е.В., Игнатко И.В., Волкова М.В., Клименкова Д.А.,
Белюсова В.С., Карданова М.А., Богомазова И.М.*



В начало

Содержание

Список авторов

**37 ОБЕЗБОЛИВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ ТАР-БЛОКА
ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЕМ ДЛЯ
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

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

**39 РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА
ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК**

Плешкова Д.А.^{1,3}, Покусаева В.Н.¹, Эйдельштейн И.А.²

**40 ВЛИЯНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ВРЕМЕНИ
ГОДА НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ
ВИТАМИНОМ D**

Покусаева В.Н., Гибадуллина Я.Э., Петрова С.В.

**42 ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
У ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАЮЩИХ
МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ ПРОГЕСТЕРОН**

Самулеенкова А.А., Клименкова А.Д., Царева М.А., Покусаева В.Н.

**43 ЭПИЛЕПСИЯ И ПОВЕДЕНИЕ: КОМПЛЕКСНЫЙ
АНАЛИЗ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО БРЕМЕНИ
У БЕРЕМЕННЫХ**

Сафарян И.Р., Семенцова Н.А., Яшагина К.А., Терентьева А.С.

**45 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИЛЕПСИИ И БЕРЕМЕННОСТИ:
КЛИНИЧЕСКИЕ РИСКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
ЗАДАЧИ**

Сафарян И.Р., Семенцова Н.А., Яшагина К.А., Терентьева А.С.



В начало

Содержание

Список авторов

**47 ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ФЕТО-
ПЛАЦЕНТАРНЫЙ КОМПЛЕКС У ПАЦИЕНТОК
С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Сафарян И.Р., Цахилова С.Г.

**49 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК
С ВЫСОКИМ РИСКОМ АНЕУПЛОИДИЙ ПЛОДА
ПО КОМБИНИРОВАННОМУ СКРИНИНГУ
I ТРИМЕСТРА: РОЛЬ ДНК-СКРИНИНГА
И ИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Сидорчук М.А., Каретникова Н.А., Зарецкая Н.В.

**51 ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ HLA-ПАТТЕРНОВ МАТЕРИ
И ПЛОДА В ФОРМИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕННОГО
ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Сорокина Л.Е., Красный А.М.

**52 ОЦЕНКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Спирякина Я.Г., Орлова Н.В., Наздрачева М.Р., Лебедева С.Ю.,
Ибрагимова А.М., Белов А.И.*

**53 ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ КРОВОТОКА ПРИ ПОЗДНЕЙ
ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА: МЕХАНИЗМ
ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ИЛИ
ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ?**

Столярова Е.В., Сыркашев Е.М., Холин А.М., Ходжаева З.С.

**55 СОВРЕМЕННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРЕДИКТОРЫ
ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Томаева К.Г., Гайдуков С.Н.



В начало

Содержание

Список авторов

**57 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ
ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ВОЗМОЖНОСТИ
ИХ ПРОФИЛАКТИКИ**

Турсунова Н.Н., Камалов А.И.

**58 РАСШИРЕННЫЙ СКРИНИНГ ДЛЯ РАННЕГО
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

Хрущ Л.В., Манухина Е.И.

**60 КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ
ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ**

Шелепова Т.Н., Нухова М.Ф., Неронов И.И., Анисимова Д.С., Добренькая Г.С.

**62 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА**

Шукурхужаева Д.Н.

**63 ПЛАЦЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ СИНДРОМА
ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА**

Шукурхужаева Д.Н.

**65 ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРОВ В МОНИТОРИНГЕ
БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ СИНДРОМОМ
ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА**

Шукурхужаева Д.Н.

**67 СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ВАГИНАЛЬНОЙ
И КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ
РОСТА ПЛОДА**

Щербакова Е.А., Истомина Н.Г., Баранов А.Н.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

**68 ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОТ
ФАКТОРОВ РИСКА ДО ОСЛОЖНЕНИЙ РОДОВ**

Якутовская С.Л., Андреева Н.Л., Дуда В.И.

**70 АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ
И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: КЛЮЧЕВЫЕ
АСПЕКТЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКОВ**

Якутовская С.Л., Марковская Т.В., Гологутская И.В.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Гинекология

- 72 **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ И ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ**

Абдуллаева Л.М., Муминжонова И.Ф.

- 73 **РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)**

Алиёрова Г.А., Иноятowa Н.М.

- 75 **СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ НАРУШЕНИЙ**

Атхамова Ш.Р.

- 77 **ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ**

Ахмадиев Э.Э.

- 78 **ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

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



В начало

Содержание

Список авторов

**80 ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН
С МЕНСТРУАЛЬНО – ОВАРИАЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ**

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

**82 СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
КИСТ ЯИЧНИКОВ**

Былым Г.В., Стрябкова А.В., Егорова М.А., Носкова О.В., Давуд А.

**83 АССОЦИАЦИЯ ДЕПРЕССИИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ
КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН
В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ**

Давронова Ю.А.

**85 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХЛОРОВАТИСТОЙ КИСЛОТЫ
ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА**

Дамирова Б.Д., Пахомова Ж.Е., Азизова З.С., Абдуразакова Г.А.

**86 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ ОПУЩЕНИЯ ЗАДНЕГО
КОМПАРТМЕНТА**

Ищенко А.И., Ищенко А.А., Гадаева И.В., Уланова В.С.

**88 ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ МИОМЫ
МАТКИ С ВЫДЕЛЕНИЕМ ПРОЛИФЕРАТИВНО-
АНГИОГЕННОГО ВАРИАНТА**

Камилова Н.М.



В начало

Содержание

Список авторов

**89 ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ
НА РАННЕЙ СТАДИИ**

Каплан Ю.Д., Кустова М.А., Быховцова А.Н.

**91 ПОСТГЕСТАЦИОННЫЕ МАТОЧНЫЕ
КРОВОТЕЧЕНИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ
ГИСТЕРОСКОПИИ**

Каримова Л.А., Надырханова Н.С., Миралиев Ф.К.

**93 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
И НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ
ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ
У ПАЦИЕНТОК СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ
ГИПЕРАНДРОГЕНИИ**

Ковалева Ю.В.

**95 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ
МЕНСТРУАЛЬНОЙ БОЛИ И ИНДЕКСА
МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ У ДЕВОЧЕК-
ПОДРОСТКОВ**

Крючкова О.М., Истомина Н.Г., Баранов А.Н.

**97 СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ
ФУРНЬЕ ВУЛЬВЫ**

*Кузнецова И.А., Боровкова Л.В., Ляпина И.А., Зиновьева О.С.,
Замыслова В.П., Варнавская А.Д.*

**98 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
И ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО
АЛГОРИТМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ
ЯИЧНИКОВ**

Курбанов Б.Б., Сатторова Н.Х.



В начало

Содержание

Список авторов

**100 РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
МЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Курбанова П.Ж.¹, Жолимбетов И.П.²

**101 ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
РЕЦИДИВИРОВАНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВАГИНАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Уруймагова А.Т., Донников А.Е.,
Кепша М.А., Мгерян А.Н., Назарова Н.М.*

**103 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И ПРИЧИНЫ ЕГО
РЕЦИДИВИРОВАНИЯ**

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М., Копаева М.С.

**104 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ
ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М., Копаева М.С.

**106 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАРАКЛИНИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА**

Неманова С.Б.^{1,2}, Баранов А.Н.¹, Неманова С.А.¹, Бокарева К.О.¹

**108 КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН
В ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Полухова Е.В.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

**110 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ
ЭНДОМЕТРИЯ**

Рухляда Н.Н., Дудова К.А.

**111 ФАКТОРЫ РИСКА МАЛИГНИЗАЦИИ
ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ**

Рухляда Н.Н., Дудова К.А.

**113 УТОЧНЕНИЕ СРОКОВ РЕЦИДИВА ЭНДОМЕТРИОЗА
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
ГОРИЗОНТЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ – ЧЕТЫРЕ ГОДА**

Салов И.А., Жильнио Е.Ю.

**114 АССОЦИАЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО
ГИПОТИРЕОЗА С КОМПОНЕНТАМИ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН
В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

Сафарова С.С.¹, Сафарова С.С.², Худиева А.Н.², Шарифов Т.М.¹

**115 МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОИСК ПРЕПАРАТОВ
С ПРОТИВОСПАЕЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ВЫБОРЕ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
(ВЗОМТ)**

Симрок В.В.¹, Попова И.А.², Мельникова Д.В.³



В начало

Содержание

Список авторов

**117 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА
ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОВ
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ
ЯИЧНИКОВ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ
ПЕРИОДЕ**

Соболева Ю.А., Ахрамович Т.Л.

**119 ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
С ДИСМЕНОРЕЕЙ, ЗАВИСИМЫХ ОТ
ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ**

Удовика Н.А., Гусев А.Ф., Копытин Д.М.

**121 ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВМЕШАТЕЛЬСТВА,
ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО
УДАЛЕНИЯ ОСТАТКОВ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ**

Фармонова Г.М., Надырханова Н.С.

**123 ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ
ЭСТРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА И ПРОФИЛАКТИКА
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН
С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ
В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Шукурова М.Р., Иргашева С.У.

**124 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ:
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ КАБИНЕТА
ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СТРУКТУРЕ МГКЦГ**

*Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Бакановская С.Е., Ильюк Ж.Н.,
Рубинштейн И.А., Астапова Н.П.*



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Онкогинекология

**126 ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЧИСТО СТРОМАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ
ЯИЧНИКОВ**

Мишина А.Е.¹, Харя П.Н.¹, Петрович В.Г.¹, Мишин И.В.²

**127 ОЦЕНКА ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОК
С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ
ЛЕЙКОЗОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Орлова Н.В., Тиганова О.А., Ильенко Л.И., Бурак М.В., Карселадзе Н.Д.

**129 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ РАКА
ВУЛЬВЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Патюпо Е.О., Астапенко Т.Г., Летковская А.С.

**131 ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ВТОРОЙ ЛИНИИ
ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТИПА ОПУХОЛИ:
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

Патюпо Е.О., Кулик О.А., Вашкевич Е.С.

**132 МОНОХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:
ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ**

Патюпо Е.О., Чушель С.Г., Арещенко Е.В.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Репродуктология

**134 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
У ЖЕНЩИН С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ
РЕЗЕРВОМ**

Вацлилина Т.П.

**136 ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЕСПЛОДИЕ. ВЛИЯНИЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННОЙ
ЖЕНЩИНЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНОВ
И ТКАНЕЙ ПЛОДА**

Григорьян М.Р.

**138 ЭТИОЛОГИЯ БЕСПЛОДИЯ КАК НЕДОУЧТЁННЫЙ
ФАКТОР ВЫБОР ГОРМОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
ПОСЛЕ ВРТ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА**

Мелиева Б.А.

**139 СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПГТ-А (FISH И NGS)
В ПРОГРАММАХ ЭКО С КРИОПЕРЕНОСОМ
ЭМБРИОНОВ**

Пахомова Ж.Е., Бахадирова Ш.Ф.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

140 ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Пономарева В.А.¹, Юрьева М.А.¹, Лебедева Т.Б.¹, Дьячков С.К.¹, Муковоз Т.Л.²



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Тематика:

Неонатология

143 АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Близнецова Е.А., Антонова Л.К.

145 ОБРАЗ РЕБЕНКА У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Блох М.Е., Дьяконова И.К.

146 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЛОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Гавровская С.В., Кробинец И.И., Бодрова Н.Н., Шапова А.Ю.

148 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА В ФОРМИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТА-АНАЛИЗ

Невмержицкая О.В., Марченко С.П., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г., Шкалаберда С.А., Кривошеков Е.В., Александрович Ю.С., Пшениснов К.В., Струпенева У.А., Кулемин Е.С., Селиверстова А.А., Янулевич О.С.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

**150 ПЛАЦЕНТАРНЫЕ И МАТЕРИНСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
АНТЕНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ПЛОДА: РЕЗУЛЬТАТЫ
РЕТРОСПЕКТИВНОГО КОГОРТНОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Невмержицкая О.В., Марченко С.П., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г.,
Шкалаберда С.А., Струпенева У.А.*

**151 ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КАК РАННИЕ
ПРЕДИКТОРЫ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ
У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Прилуцкая В.А., Бойдак М.П., Жулего Е.С., Виктор С.А.

**153 НАРУШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

Усынина А.А., Бекарова М.М., Усынин М.В.

**154 СТАРТОВАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА
В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ
НЕДОНОШЕННЫХ**

Цой Е.Г., Семейкина П.В., Елесина В.В.

**156 ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В АНАМНЕЗЕ
МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Черемисина Р.М., Вахитова Л.Ф., Вахитов Х.М., Черемисин А.Е.



В начало

Содержание

Список авторов

Тематика:

Общественное здравоохранение

**158 ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА ПЕРВОРОДЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ
НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ XXI ВЕКА**

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

**160 ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ
И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ФАКТОРЫ
АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ИЗ ТАДЖИКИСТАНА,
ВРЕМЕННО ПРОЖИВАЮЩИХ В РФ**

Гафурова Т.У.

**161 БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Лепин Д.С.

**162 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР НА ТЕМУ: «КОЛИЧЕСТВО
РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ СРЕДИ ЖЕНЩИН,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ
ОБЛАСТИ»**

Михайлова Д.К., Слямханова Н.С.



В начало

Содержание

Список авторов

**164 ИТОГИ РАБОТЫ ОБЩЕРОССИЙСКОГО ПРОЕКТА
«РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ШКОЛЫ
РОАГ» В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ 2026 Г.**

Нестерова Л.А.

**166 ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОШЕНИЕ
К РЕБЕНКУ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
И ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Савенышева С.С., Блох М.Е.

**168 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИСКУССТВЕННОГО
ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В САНКТ-
ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Семена А.А., Сейц А.А., Печеникова В.А., Акопян Р.А.



В начало

Содержание

Список авторов

Список авторов

Абдуллаева Л.М., Муминжонова И.Ф.

Алиёрова Г.А., Иноятова Н.М.

Асатова М.М., Даулетова М.Ж.

Атхамова Ш.Р.

Ахмадиев Э.Э.

Ашурова У.А., Исакова З.О.

Баранов А.Н., Дьячков С.К., Куцева Л.А.

Близнецова Е.А., Антонова Л.К.

Блох М.Е., Дьяконова И.К.

Блох Р.А., Блох М.Е., Мухамедрахимов Р.Ж.

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

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

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

Былым Г.В., Стрябкова А.В., Егорова М.А., Носкова О.В., Давуд А.

Вацилина Т.П.

Виктор С.А., Прилуцкая В.А.

Гавровская С.В., Кробинец И.И., Бодрова Н.Н., Щапова А.Ю.



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Гафурова Т.У.

Гафурова Т.У.

*Грачева М.И., Грачева Т.И., Доманская М.А., Козырко Е.В.,
Ушакова И.А., Николаева А.В., Кан Н.Е.*

Григорьян М.Р.

Давронова Ю.А.

Даминова Р.А., Асатова М.М.

Дамирова Б.Д., Пахомова Ж.Е., Азизова З.С., Абдуразакова Г.А.

Дражина О.Г., Прилуцкая В.А., Воропаева А.В.

Железная А.А., Говоруха И.Т., Левандовская А.А.

Иванов Д.О., Ветров В.В., Гайдуков С.Н., Тайц А.Н.

Игнатьева А.А., Лузина Е.А.

Икрамова С.А., Курбанов Б.Б.

Ищенко А.И., Ищенко А.А., Гадаева И.В., Уланова В.С.

Калиниченко А.С.¹, Марченко Н.В.^{1,2}

Камилова Н.М.

Каплан Ю.Д., Кустова М.А., Быховцова А.Н.

Каримова Л.А., Надырханова Н.С., Миралиев Ф.К.

Ковалева Ю.В.

Козырко Е.В., Хохлова С.В., Доманская М.А., Руженцева Д.А.

*Козырко Е.В., Хохлова С.В., Руженцева Д.А., Доманская М.А.,
Гериева А.С.*



В начало

Содержание

Список авторов

Крючкова О.М., Истомина Н.Г., Баранов А.Н.

*Кузнецова И.А., Боровкова Л.В., Ляпина И.А., Зиновьева О.С.,
Замыслова В.П., Варнавская А.Д.*

Курбанова П.Ж.¹, Жолимбетов И.П.²

Курбанов Б.Б., Сатторова Н.Х.

Лепин.Д.С.

Лубяная С.С., Попова И.А.

Мансурова Х.А., Габриелян К.Г., Курбанова У.У., Турдиева Ф.Р.

Мансурова Х.А., Турдиева Ф.Р., Габриелян К.Г., Курбанова У.У.

*Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Уруймагова А.Т., Донников А.Е.,
Кепша М.А., Мгерян А.Н., Назарова Н.М.*

Мейлиева М.Б., Комилова М.С., Холикова З.У.

Мелиева Б.А.

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М., Копаева М.С.

Миннуллина Ф.Ф., Мухаметзянова Л.М., Копаева М.С.

Миронюк А.О., Смолей Н.А.

Михайлова Д.К., Слямханова Н.С.

Мишина А.Е.¹, Харя П.Н.¹, Петрович В.Г.¹, Мишин И.В.²

Нагиева Н.В.

*Невмержицкая О.В., Марченко С.П., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г.,
Шкалаберда С.А., Кривощевков Е.В., Александрович Ю.С.,
Пшениснов К.В., Струпенева У.А., Кулемин Е.С., Селиверстова А.А.,
Янулевич О.С.*



В начало

Содержание

Список авторов

*Невмержицкая О.В., Марченко С.П., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г.,
Шкалаберда С.А., Струпенева У.А.*

Неманова С.Б.^{1,2}, Баранов А.Н.¹, Неманова С.А.¹, Бокарева К.О.¹

Нестерова Л.А.

Орлова Н.В., Тиганова О.А., Ильенко Л.И., Бурак М.В., Карселадзе Н.Д.

Патюпо Е.О., Астапенко Т.Г., Летковская А.С.

Патюпо Е.О., Кулик О.А., Вашкевич Е.С.

Патюпо Е.О., Чушель С.Г., Арещенко Е.В.

Пахомова Ж.Е., Бахадирова Ш.Ф.

*Песегова С.В., Тимохина Е.В., Игнатко И.В., Волкова М.В.,
Клименкова Д.А., Белоусова В.С., Карданова М.А., Богомазова И.М.*

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

Плешкова Д.А.^{1,3}, Покусаева В.Н.¹, Эйдельштейн И.А.²

Покусаева В.Н., Гибадуллина Я.Э., Петрова С.В.

Полухова Е.В.

*Пономарева В.А.¹, Юрьева М.А.¹, Лебедева Т.Б.¹, Дьячков С.К.¹,
Муковоз Т.Л.²*

Прилуцкая В.А., Бойдак М.П., Жулего Е.С., Виктор С.А.

Рухляда Н.Н., Дудова К.А.

Рухляда Н.Н., Дудова К.А.

Савенышева С.С., Блох М.Е.

Салов И.А., Жильнио Е.Ю.



В начало

Содержание

Список авторов

Самуленкова А.А., Клименкова А.Д., Царева М.А., Покусаева В.Н.

Сафарова С.С.¹, Сафарова С.С.², Худиева А.Н.², Шарифов Т.М.¹

Сафарян И.Р., Семенцова Н.А., Яшагина К.А., Терентьева А.С.

Сафарян И.Р., Семенцова Н.А., Яшагина К.А., Терентьева А.С.

Сафарян И.Р., Цахилова С.Г.

Семена А.А., Сейц А.А., Печеникова В.А., Акопян Р.А.

Сидорчук М.А., Каретникова Н.А., Зарецкая Н.В.

Симрок В.В.¹, Попова И.А.², Мельникова Д.В.³

Соболева Ю.А., Ахрамович Т.Л.

Сорокина Л.Е., Красный А.М.

*Спирякина Я.Г., Орлова Н.В., Наздрачева М.Р., Лебедева С.Ю.,
Ибрагимова А.М., Белов А.И.*

Столярова Е.В., Сыркашев Е.М., Холин А.М., Ходжаева З.С.

Томаева К.Г., Гайдуков С.Н.

Турсунова Н.Н., Камалов А.И.

Удовика Н.А., Гусев А.Ф., Копытин Д.М.

Усынина А.А., Бекарова М.М., Усынин М.В.

Фармонова Г.М., Надырханова Н.С.

Хрущ Л.В., Манухина Е.И.

Цой Е.Г., Семейкина П.В., Елесина В.В.

Черемисина Р.М., Вахитова Л.Ф., Вахитов Х.М., Черемисин А.Е.

Шелепова Т.Н., Нухова М.Ф., Неронов И.И., Анисимова Д.С.,



[В начало](#)

[Содержание](#)

[Список авторов](#)

Добренькая Г.С.

Шукурова М.Р., Иргашева С.У.

Шукурхужаева Д.Н.

Шукурхужаева Д.Н.

Шукурхужаева Д.Н.

Щербакова Е.А., Истомина Н.Г., Баранов А.Н.

Якутовская С.Л., Андреева Н.Л., Дуда В.И.

*Якутовская С.Л., Мавричева Л.А., Бакановская С.Е., Ильюк Ж.Н.,
Рубинштейн И.А., Астапова Н.П.*

Якутовская С.Л., Марковская Т.В., Гологутская И.В.