Москва
4–6 апреля 2017

XXIII Всероссийского конгресса
с международным участием

Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья

Сборник тезисов

XXIII Всероссийского конгресса с международным участием
«Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья»

Сборник тезисов
М., 2017 – 106 с.

Министерство Здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Российское общество акушеров-гинекологов

Общероссийская общественная организация «Российское общество по контрацепции»

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

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

При участии:

Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC)

Европейской ассоциации по цервикальному раку (ECCA)

Под редакцией

академика РАН Г.Т. Сухих
профессора В.Н. Прилепской
Составитель сборника к.м.н. Е.В. Цаллагова
Предназначен для акушеров-гинекологов, онкогинекологов, иммунологов, педиаторов, инфекционистов, врачей общего профиля и др.

ISBN 978-5-906484-28-4

©«МЕДИ Экспо», 2017

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕИНВАЗИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Аминодова И.П., Посисеева Л.В.

Иваново, Москва
АНО Медицинский центр «Белая Роза» Иваново, ООО «Клиника Современной Медицины», Иваново ГОУ ВПО Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность

Использование комплексной этапной терапии открывает новые возможности в лечении преинвазивной патологии шейки матки.

Цель

Исследование эффективности различных методов терапии тяжелой дисплазии шейки матки (CIN II–III).

Материалы и методы

Обследованы и пролечены 113 пациенток с CIN II–III. В зависимости от проводимого лечения обследованные разделены на 3 группы.

Полученные результаты

Обследованы и пролечены 113 пациенток с CIN II–III. В зависимости от проводимого лечения обследованные разделены на 3 группы: в первой проводилось только деструктивное воздействие методом РВХ или ЭХВЧ-эксцизии (n=30), во второй (n=40) деструктивное лечение дополнялось назначением медикаментозной терапии, в третьей группе - наряду со стимуляцией противовирусного иммунитета осуществлялась таргетная и гормональная терапия (n=43).

Заключение

Наиболее эффективным, по данным нашего исследования, оказалась комбинация РВ-эксцизии с комплексной этапной терапией.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К БЫСТРОМУ КУПИРОВАНИЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕНИТАЛИЙ

Андреева М.В., Смолова Н.В.

Волгоград
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

Наличие болевого синдрома при воспалительных заболеваниях гениталий (ВЗГ) требует применения нового неивазивного метода его лечения – ТЭС – терапии.

Цель

Цель работы: оценка эффективности ТЭС-терапии ВЗГ с болевым синдромом на основе изучения функции центрального и вегетативного отделов нервной системы.

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 115 больных с ВЗГ. Основная группа – 67 женщин, получавших лечение с включением ТЭС, группа сравнения – 48 больных без ТЭС. При ТЭС-терапии возникают эндорфинные эффекты. Для исследования ЦНС применялась ЭЭГ, ВНС – метод вариабельности сердечного ритма (ВСР). ТЭС проводилась в течение 8 дней прибором «Трансаир – 01».

Полученные результаты

У больных основной группы и группы сравнения до начала лечения отмечались следующие отклонения, выявленные на ЭЭГ: над обоими полушариями регистрировался уплощенный альфа-ритм, со средней амплитудой до 20–26 мкВ, с доминирующей частотой 9,4–11,4 Гц, с межполушарной ассиметрией альфа – ритма от 13 до 37% по амплитуде и с 11 до 15% по частоте. Данные показатели свидетельствуют о признаках значительной дисфункции подкорковостволовых структур. После лечения получены следующие результаты. В основной группе амплитуда альфа – ритма возросла до 60–70 мкВ, доминирующая частота его составила 9–10 Гц, исчезла межполушарная ассиметрия. Данные показатели говорят об умеренно выраженной дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга и подтверждают положительную динамику состояния пациенток с ВЗГ на фоне ТЭС-терапии. В группе сравнения аналогичной динамики не выявлено.

Анализ показателей функционального состояния ВНС пациенток обеих групп до лечения выявил у них значительное преобладание симпатического отдела ВНС. Это подтверждается повышением показателя индекса вегетативного равновесия (ИВР) до 510,5±64,1 при норме 100–300. Выявлено также повышенное значение индекса напряжения (ИН) до 229,9±14,6 (в норме 20–200), что указывает на снижение адаптации организма. В основ-

ной группе после лечения выявлена нормализация показателей ИВР, снижение ИН на 42,3% по сравнению с показателями группы сравнения. Это свидетельствует о повышении адаптационных возможностей организма больных на фоне ТЭС-терапии.

Выраженность болевого синдрома до лечения в основной группе, определявшегося с помощью ВАШ, составила в среднем 7,57±0,29 балла (в группе сравнения 5,53±0,24 балла). После ТЭС-терапии выраженность его у больных значительно снизилась уже на 2 сутки лечения и составила в среднем 3,50±0,37 балла. При этом пациенток с сильной болью не выявлено. В группе сравнения после лечения у 33,33% пациенток наблюдалась сильная боль, у 66,67% – умеренная. Боль снижалась у них лишь на 4 сутки.

Заключение

Следовательно, ТЭС-терапия больных ВЗГ с болевым синдромом значительно улучшает функциональное состояние ЦНС и ВНС у них, что приводит к более быстрому купированию воспалительного процесса, в первую очередь – болевого синдрома.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ

Андреева М.В., Фетисова Е.С.

Волгоград
Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность

Данные Росстата (2015 г.) свидетельствуют, что у жительниц малых городов репродуктивные установки направлены на рождение 3–4 детей, у женщин крупных городов – на 1 ребенка.

Цель

Изучить особенности репродуктивного поведения городских жительниц юга России.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе городских женских консультаций Ростовской области. Основными источниками информации были годовые отчеты этих консультаций и данные анкетирования 370 городских жительниц 18–40 лет. Полученные результаты обработаны с помощью пакета статистических программ «Statistica 8.0».

Полученные результаты

Проведенное исследование показало, что 65,3% опрошенных женщин отметили необходимым регистрацию брака. Более половины респондентов считают, что среднестатистическая российская семья должна иметь два

ребенка (58,9%). 26,3% опрошенных женщин ответили, что в семье должно быть 3 и более детей. Только 14,8% респондентов считают, что семья должна иметь 1 ребенка.

Анализ результатов исследования показал, что большинство опрошенных считают основными причинами прерывания беременности – незапланированную беременность (53,2%), финансовые трудности (28,1%) и проблемы со здоровьем (18,7%). Практически все респонденты положительно относятся к добрачным сексуальным связям (92,1%). При этом только 54,3% опрошенных регулярно пользуются современными средствами контрацепции. Основными причинами низкой частоты применения контрацептивных средств являются: недостаточная информированность об их грамотном использовании; необоснованные предубеждения, основанные на устаревшей информации об их побочных эффектах.

Анализируя полученные данные, установлено, что основными факторами, отрицательно влияющими на уровень рождаемости в регионе, являются: неудовлетворительное материальное положение (73,2%), нерешенные жилищные проблемы (54,3%), отсутствие грамотной семейной политики (28,7%). Все опрошенные женщины считают, что государство должно различными способами стимулировать семьи к рождению детей. Особо следует отметить, что только половина респондентов регулируют рождаемость с помощью современных средств контрацепции.

Заключение

Таким образом, большинство опрошенных считают необходимым регистрацию брака. Выявлена высокая потребность в разработке социальных программ по улучшению материального положения и жилищных условий населения, проживающего на данной территории. Необходимо также усовершенствовать службу планирования семьи с целью повышения уровня культуры населения в вопросе использования современных методов контрацепции для сохранения репродуктивного здоровья женщин. Только грамотная контрацепция позволит избежать аборты и связанные с ними осложнения.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Беглова А.Ю., Елгина С.И.

Кемерово

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ «Клиническая поликлиника № 5, Женская консультация №1»

Актуальность

Репродуктивное здоровье – область медицины, на которой традиционно сосредоточено внимание акушеров-гинекологов.

Цель

Оценить эффективность назначения комбинированных оральных контрацептивов при СПКЯ в рамках прегравидарной подготовки.

Материалы и методы

Исследованы 30 женщин, находившиеся на амбулаторном наблюдении в ГБУЗ «Клинической поликлиники №5, Женская консультация № 1». Средний возраст пациенток группы – 26,06±4,39 года. ИМТ – 25–29,9 кг см^2. Основной причиной обращения пациенток, было бесплодие, продолжительность – 4–5 лет.

Полученные результаты

нарушение менструального цикла (ановуляторные) отмечено у 96,6%, гирсутизм – у 60%, ожирение – у 40% женщин. При анализе ультразвуковых параметров имело место значительное увеличение объема яичников (16,7±1,5см^3). По результатам гормонального исследования отмечалась высокая концентрация ЛГ >10 МЕ/л. У 20 (66,6%) пациенток – гиперандрогения (тестостерон >5,0 нмоль/л), соотношение ЛГ/ФСГ>2,0. Все женщины получали прегравидарную подготовку в виде приема низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) содержащих либо нейтральный гестаген, либо гестаген с антиандрогенным действием в течение шести месяцев. У женщин с ожирением в прегравидарную подготовку дополнительно были включены диетотерапия и рациональные физические нагрузки. По окончании приема КОК в течение полугода проводилась оценка результата на основании наступления спонтанной беременности. Беременность наступила у одиннадцати пациенток, у семи – закончилась срочными родами; одна пациентка прервала беременность медицинским абортом по собственному желанию; у трех женщин беременность прервалась самопроизвольным выкидышем в ранние сроки. Остальным женщинам после прегравидарной подготовки КОК была назначена стимуляция овуляции в естественных циклах зачатия с поддержкой второй фазы цикла гестагенами. Частота наступления

спонтанной беременности после прегравидарной подготовки КОК при СПКЯ, составила 36,7%.

Заключение

Прием КОК у женщин с СПКЯ позволяет компенсировать патологический стероидогенез в яичниках, ослабить неблагоприятные андрогензависимые эффекты и оказать лечебное воздействие на эндометрий. Прегравидарная подготовка КОК при СПКЯ целесообразна для всех супружеских пар, планирующих беременность.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Некрасова М.Е., Бестаева Н.В., Зардиашвили М.Д., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю.

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

Актуальность

Оптимизация тактики ведения пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки.

Цель

Выявить уровень экспрессии мРНК генов человека у пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки, для прогнозирования риска неопластической трансформации.

Материалы и методы

В проспективное исследование были включены 225 женщин, в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст 31,6±0,5 г). Экспрессию мРНК генов MKI 67 (KI67), CTSL2, CDKN2A (P16), ESR1, PGR, BCL2, BAX, BAG1, CD68, SCUBE2, PTEN определяли методом количественной ОТ-ПЦР в режиме реального времени относительно экспрессии референсных генов TBP, B2M и GUSB.

Полученные результаты

Сформированы 5 групп: 45(20%) - ВПЧ-негативные (I группа – контрольная), II группа –56 (24.9%) с субклиническими формами ПВИ, III группа – 50 (22.2%) с LSIL, IV группа – 55 (24.4%) с HSIL, V группа – 19 (8.5%) с РШМ. Во II группе выявлено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,8 раза (p=8,3 x 10-3), CDKN2A (P16) в 1,6 раза (p=4,6 x 10-2), CTSL2 в 1,5 раза (p=3,2 x 10-2) по сравнению с I группой. В III группе – достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,5 раза (p=4,4 x 10-2) и CDKN2A (P16) в 2,9

раза (p=2,2 x 10-4) по сравнению с I группой. В IV группе – достоверное повышение MKI67 (KI67) в 2,5 раза (p=5,7 x 10-6), CDKN2A (P16) в 5,9 раза (p=1,2 x 10-7) по сравнению с I группой. В IV – повышение экспрессии мРНК еще более существенно: MKI67 (KI67) в 10,3 раза (p=1,6 x 10-7), CDKN2A (P16) в 11 раз (p=1,7 x 10-5). При этом отмечается снижение BCL2 в 3,6 раза (p=2,2 x 10-4), SCUBE2 в 2,5 раза (p=2,5 x 10-2), BAG1 и BAX в 1,9 раза (p=7,5 x 10-3 и p=1,6 x 10-2 соответственно), PTEN в 1,4 раза (p=1,4 x 10-3). Значительно (в 25 раз) снижается рецепторный аппарат клеток – ESR1и PGR (p=3,2 x 10-4 и p=3,2 x 10-5 соответственно), по сравнению с I группой. С целью разработки способа определения образцов с высоким риском малигнизации тканей был выполнен регрессионный анализ (уравнение регрессии: Z=0,8*ln(KI6/PGR)+ 1,6*ln (P16/BCL2) – 4, где KI67, PGR, P16 и BCL2 – уровень экспрессии мРНК соответствующих генов). На основании полученной функции для каждого образца была рассчитана вероятность развития неопластической трансформации эпителия шейки матки. В группу высокого риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки попали 29 пациенток: 5 (8.9%) – из II, 9 (18%) – из III, 15 (27.3%) – из IV групп. Частыми типами ВПЧ у пациенток группы риска являлись: 16 (65%), 58 (24%), 31 (13%), 33 (13%), 39 (10%), 52 (6,8%), в 65.5% случаях выявлено наличие 2 и более типов ВПЧ.

Заключение

Исследование уровня экспресии мРНК генов человека (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR и BCL2) может быть использовано в прогнозе развития и прогрессирования ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки.

ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ: ОПТИМАЛЬНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА

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

Минск
Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность

Рациональный подход к дооперационому обследованию предполагает минимальную инвазивность и максимальную информативность методик, что важно для сохранения здоровья.

Цель

Оптимизация предоперационной подготовки пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

Материалы и методы

Изучены истории болезни 68 женщин, оперированных по поводу опухолей и опухолевидных образований яичников в Учреждении здравоохране-

ния «6 городская клиническая больница» города Минска с января 2011 г. по октябрь 2012 г. Для статистической обработки данных использовалась программа Статистика 6.

Полученные результаты

Женщины в возрасте от 18 до 34 лет составили 61,6%. У всех женщин опухоли оказались доброкачественными: эпителиальные опухоли – у 22 пациенток (32,35%), герминогенные – у 17 (25%), опухоль стромы полового тяжа- у 1 (1,47%). Опухолевидные образования были выявлены у 28 пациенток (41,18%): эндометриоидная киста у 23 (33,82%), киста желтого тела у 4, фолликулярная киста у 3 (1,47%), параовариальные кисты у 4 пациенток (5,89%). Длительность существования образований колеблется от 1 месяца до 8 лет.

Нами сопоставлены данные ультразвукового исследования объемных образований яичников с гистологической структурой удаленных образований; данные ультразвукового исследования эндометрии и зндоцервикса с данными гистологического и цитологического исследования соскобов эндометрия, эндоцервикса; изучено цитологическое исследование пунктата позадиматочного пространства.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы.

1. Ультразвуковой метод исследования является высокоинформативным в диагностике образований яичников, который позволяет с высокой достоверностью диагностировать структуру ряда образований яичников (эндометриоидных кист – около 62,5% достоверного диагноза, зрелых тератом до 76,5 % достоверного диагноза). В тоже время, по данным нашего исследования отмечена неинформативность цитологического исследования содержимого брюшной полости с целью определения характера опухоли яичника, что делает нецелесообразным данное инвазивное исследование.

2. При ультразвуковом исследовании органов малого таза с высокой вероятностью можно исключить патологию эндометрия, что подтверждается соответствием ультразвукового заключения состояния эндометрия и гистологическим исследованием соскобов, проведенных в нашем исследовании. Таким образом, при подготовке пациенток к операции целесообразно проводить выскабливание эндометрия и эндоцервикса только при наличии клинических и/или ультразвуковых признаков патологии эндометрия и шейки матки.

Заключение

Предлагаемая оптимизация предоперационной подготовки пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников позволит максимально сохранить здоровье женщины, сократить продолжительность предоперационного обследования. В большинстве случаев все необходимое обследование будет выполнено в амбулаторных условиях, что снизит затраты государства на диагностические манипуляции в условиях стационара, не ухудшая качества диагностики.

ПРОБЛЕМА КВАЛИФИКАЦИИ ДЕЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Габай П.Г.

Москва
ООО «Факультет медицинского права»

Актуальность

В медицинской практике нередки случаи, когда здоровый на протяжении всего периода беременности плод погибает в родовых путях роженицы (интранатальная гибель плода).

Цель

Рассмотреть юридические аспекты квалификации действий (бездействий) врача, приведших к гибели плода в родах, с учетом нюансов определения момента жизни человека.

Материалы и методы

Pro et contra: Два основных подхода теоретиков и практиков отрасли к проблеме:

- Объект родов, погибший во время процесса родов, не обладает правом на жизнь, так как с юридической точки зрения не является человеком.
- Право на жизнь возникает одновременно с началом физиологических родов.

Полученные результаты

Дискуссионные вопросы, затронутые в докладе:

- С какого момента начинается уголовно-правовая охрана жизни человека в российском законодательстве?
- Обладает ли рождающийся правом на жизнь?
- Является ли деяние, приведшее к смерти рождающегося плода, преступлением против жизни?
- Можно ли говорить о наличии в действиях врача акушера-гинеколога какого-либо состава преступления в ситуации, когда он должен и может предвидеть, и предотвратить внутриутробную гибель плода, однако в результате легкомыслия или небрежности причиняет своими действиями или бездействием гибель плоду, не причиняя при этом вред здоровью роженицы.

Анализ судебной практики: Анализ доступной судебной практики по материалам уголовных (по статьям 109, 124 и 238 УК РФ) и гражданских дел.

Заключение

В теории уголовного права и в правоприменительной практике до настоящего времени не выработано единого подхода к оценке действий медицинских работников, допустивших дефект оказания медицинской помощи,

последствия которого связаны с интранатальной гибелью плода. В основе проблем квалификации таких действий находится определение момента возникновения жизни человека. В докладе рассмотрены два основных подхода теоретиков и практиков отрасли к проблеме, даны ответы на дискуссионные вопросы, предложен анализ судебной практики, даны рекомендации практикующим врачам.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

По данным литературы остроконечные кондиломы (ОК) рецидивируют у 110 из 100 000 женщин. Поиск эффективных методов лечения перспективен и актуален,

Цель

Оптимизировать подходы к профилактике рецидивов ОК наружных половых органов у женщин после проведения деструктивной терапии.

Материалы и методы

93 пациентки с ОК вульвы после деструкции были разделены на три группы. В 1 группе (п=31) проводилась терапия а2-интерфероном (а-IFN) в сочетании с индол-3-карбинолом (13С). В 2 группе (п=31) пациентки получали только а-IFN. Пациенткам контрольной группы (п=31) фармакотерапия не назначалась. Проводились фотофиксация ОК, тесты на ВПЧ методом ПЦР.

Полученные результаты

Частота рецидивов ОК после проведенного лечения через 6 месяцев после деструкции в основной группе (пациентки, получавшие комбинированную терапию а-IFN + 13С) составила 6,5%, в группе сравнения (пациентки, получавшие только иммуномодулирующую терапию а-IFN – 25,8%, в контрольной группе (пациентки, которым не назначалась фармакотерапия) – 32,3% (р=0,010). Спустя 12 месяцев от начала лечения ни в одной из групп рецидива ОК не выявлено. По данным ПЦР-диагностики ВПЧ (общий качественный тест) элиминация вируса после проводимой терапии при наблюдении в течение 12 месяцев в основной группе составила 85,7%, в группе сравнения 66,66%, в контрольной группе – 54,54%. Элиминация ВПЧ 6,11

типов спустя 12 мес. от начала лечения в основной группе составила 87,5%, в группе сравнения 85,7% и в контрольной группе 75,0%. ВПЧ 31, 33 типов элиминировал в основной группе в 83,3% случаев, в группе сравнения и контрольной группах в 80% и 100% случаев соответственно. Элиминация высокоонкогенных ВПЧ 16,18 типа составила в основной группе 100%, в группе сравнения 83,3%, в контрольной группе – 0%.

Заключение

Таким образом, нами было отмечено статистически значимое снижение частоты рецидивов ОК наружных половых органов у женщин, элиминация ВПЧ, снижение реинфицирования, в особенности высокоонкогенными ВПЧ 16, 18 типов на фоне применения комбинированной терапии 13С и a-IFN. Сочетание 13С и a-IFN показало более высокую эффективность чем стандартное использование лишь a-IFN.

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.

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

Актуальность

Вирус папилломы человека одна из самых распространенных ИППП. Самое частое проявление ВПЧ – остроконечные кондиломы (ОК).

Цель

Оптимизировать подходы к диагностике ОК, сократить число рецидивов ОК вульвы после проведения рациональной деструкции путем оценки глубины поражения.

Материалы и методы

Для оценки информативности этого метода было обследовано 69 женщин без видимых признаков ОК и 29 – с ОК. У 7 пациенток из группы пациенток без видимых признаков ОК обнаружились эхо-признаки ОК, у 5 из них диагноз подтвердился при вульвоскопии после проведения теста с уксусной кислотой. У 3 женщин из группы пациенток с ОК эхо-признаков их не выявлено.

Полученные результаты

Диагностическая чувствительность метода составила 94%. Ложноположительный результат отмечен в 6% случаев. Специфичность метода составила 100%. Не было отмечено ни одного случая ложно-отрицательного результата. Из 31 пациентки с обнаруженными эхо-признаками ОК, у 15 диагноз был верифицирован гистологически.

При диагностике ОК ВЧ УЗИ позволяет визуализировать комплекс изменений внутренней структуры кожи и слизистой оболочки, характерный только для данной патологии: однородные гипо- или анэхогенные образования с деформированным наружным контуром в виде пирамид, волн или гребней, четко отграниченные от подлежащих тканей, снижение ультразвуковой плотности подлежащих тканей, что дает возможность выявлять субклинические очаги поражения, невидимые невооруженным глазом, оценивать глубину поражения. Оценка глубины поражения позволяет провести рациональную деструкцию и таким образом сократить число рецидивов заболевания.

Получен патент РФ на изобретение №2607956 от 11.01.2017. Название изобретения «Метод неинвазивной диагностики остроконечных кондилом наружных половых органов у женщин».

Заключение

Метод ВЧ УЗИ позволяет повысить эффективность неинвазивной диагностики ОК, выявлять субклинические поражения, невидимые глазом, а на видимых очагах ОК определять глубину поражения, что позволяет провести рациональную деструкцию по всей глубине и таким образом снизить число рецидивов. Преимуществом ВЧ УЗИ кожи являются неинвазивность, безопасность, мгновенный результат, отсутствие противопоказаний к применению, возможность проведения неоднократных исследований любого участка кожного покрова с анализом микроструктуры ткани in sito.

ОЦЕНКА УРОВНЯ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

Гасымова Д.М., Рухляда Н.Н.

Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе

Актуальность

Опосредованное влияние методов гемостаза в ургентной хирургии яичников на овариальный резерв женщин активно дискутируется в современной литературе.

Цель

Цель исследования оценка уровня АМГ у пациенток через 3 и 6 месяцев после оперативного вмешательства на яичниках.

Материалы и методы

Определяли уровень АМГ через 3 и 6 месяцев после экстренной операции по поводу осложнений доброкачественных и опухолеподобных образований яичников: у женщин I группы (n=30) после резекции яичника с применением шовного материала и у пациенток II группы (n=25) после резекции яичника с использованием электрокоагуляции в целях гемостаза.

Полученные результаты

Возраст пациенток в исследуемых группах колебался от 18 до 35 лет, наибольшее количество пациенток находилось в возрастном диапазоне 26–30 лет. Уровень АМГ у пациенток I группы через 3 месяца после операции составил 1,45±0,11 нг/мл, у пациенток II группы 1,04±0,04 нг/мл. Сравнительная межгрупповая оценка показала, достоверное снижение уровня АМГ у пациенток II группы по сравнению с I группой исследования ($p<0,01$). Аналогичная картина отмечалась при оценке содержания АМГ в сыворотке крови через 6 месяцев после оперативного лечения: у пациенток I группы 1,80±0,05 нг/мл, II группы 1,4±0,03 нг/мл ($p<0,001$).

Заключение

У пациенток II группы после применения моно- и биполярной коагуляции отмечается достоверное снижение уровня АМГ по сравнению с пациентками I группы. Данный факт, обусловлен отрицательным воздействием электрокоагуляции, как метода гемостаза, на овариальный резерв яичников.

ИСХОДЫ ПРОГРАММАМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ТОНКИМ ЭНДОМЕТРИЕМ

Гвоздева А.Д.[1], Долгушина Н.В.[2], Афян А.И.[2], Абдурахманова Н.Ф.[2], Романов А.Ю.[2]

Москва
1 ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»
2 ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Тонкий эндометрий является спорной причиной снижения эффективности программ ВРТ.

Цель

Оценить исходы программ ВРТ у пациенток с тонким эндометрием.

Материалы и методы

В исследование были включены 172 пациентки 18-40 лет, предшествующими неудачными попытками ЭКО, нормальным кариотипом, отсутствием противопоказаний к проведению ВРТ. При УЗИ на 19-23 день цикла 59 пациенток имели толщину эндометрия ≤ 8 мм (группа 1), 113 пациенток – > 8 мм (группа 2).

Полученные результаты

Наступление беременности в программах ВРТ отмечалось у 16 пациенток группы 1 (27,1%) и у 39 пациенток группы 2 (34,5%) (p=0,3235). Самопроизвольные выкидыши в I триместре произошли у 9 пациенток группы 1 (15,2%) и 1 пациентки группы 2 (0,9%) (p=0,0001). Беременность закончилась живорождением у 7 пациенток группы 1 (11,9%) и 38 пациенток группы 2 (33,6%) (p=0,0020, ОШ=3,7; 95% ДИ=1,5;10,7).

Заключение

У пациенток программ ВРТ с толщиной эндометрия ≤ 8 мм шансы живорождения снижены в 3,7 раз, что свидетельствует о влиянии толщины эндометрия на репродуктивные исходы в программах ВРТ.

ДИСТАНЦИОННАЯ ИНФИТАТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ

Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Александрова Л.А.

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

Актуальность

Девочки с первичной олигоменореей (ПО) – это группа риска по нарушению репродуктивного здоровья. Синдром вегетативной дистонии в 70% случаев сопровождает такую патологию.

Цель

Анализ возможностей дистанционной инфитатерапии (ДИТ) в лечении девочек с первичной олигоменореей и СВД гипертонического типа (СВД ГТ).

Материалы и методы

Обследованы 48 девочек в возрасте 14–16 лет с первичной олигоменореей и СВД ГТ. Из них сформировали 2 группы. I группу составили 31 девочка, получивших 7 процедур дистанционной инфитатерапии. II группу (сравнения), репрезентативную, составили 17 пациенток с вазоактивной медикаментозной терапией.

Полученные результаты

Клиническую эффективность лечения оценивали на основании общего самочувствия, по динамике ЭКГ, ЭЭГ и РЭГ.

Все девочки до лечения предъявляли церебральные, кардиальные и вегетативные жалобы. У 44 (91,7%) девушек ЭКГ была не изменена, а у остальных 4 (8,3%) – выявлены признаки метаболических нарушений в миокарде, не связанных с наличием органической патологии. В ЭЭГ выявлены признаки десинхронизации, которые указывали на раздражение орального отдела ствола с вовлечением диэнцефальных структур мозга. Область значений РЭГ у пациенток обеих групп соответствовала высокому тонусу крупных мозговых сосудов при повышенном тонусе мозговых артериол и вен, что влияло на снижение притока крови к мозгу.

После физиотерапии (ФТ) все девочки-подростки отметили улучшение самочувствия и отсутствие жалоб на головные боли и слабость. При визуальной оценки РЭГ у 16 (51,2%) пациенток I и у 7 (35,3%) II группы выявлено повышение кровенаполнения сосудов мозга, а у остальных пациенток в обеих группах – восстановление тонуса мозговых сосудов было неполным. При этом на фоне функциональных проб у 28 (90,3%) больных I и только у 8 (47,1%) II группы отмечено повышение кровенаполнение в бассейне позвоночных артерий (Ri увеличился до 0,16±0,02 см с обеих сторон) вследствие снижения тонуса сосудов.

Рисунок ЭЭГ проанализирован через 1 месяца после лечения. Оказалось, что у 22 (71,0%) девочек I и у 7 (41,2%) II группы в покое доминировал а-ритм с максимальной амплитудой в затылочных областях. Пространственное распределение а-ритма было сохранено. Восстановление ритма менструации отмечены в первом случае через 2–3 месяца, во втором – через 3 месяца.

Через 6 месяцев у всех пациенток II группы в ЭЭГ отмечено лишь улучшение пространственного распределения а-ритма и снижение его амплитуды, а также появление патологических форм биоэлектрической активности. Это связано со снятием влияния поддерживающей медикаментозной терапией.

Однако надо отметить, что индивидуально подобранная медикаментозная терапия в периоде последействия после ФТ способствует стабилизации и пролонгированию клинического эффекта.

Заключение

Дистанционная инфитатерапия в лечении девочек-подростков с нарушением ритма менструаций и СВД ГТ обладает выраженным симпатомиметическим эффектом и является клинически эффективной.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛЛЕКЦИИ ШТАММОВ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Григорян И.Э.[1], Припутневич Т.В.[2], Царев В.Н.[1]

Москва
1 ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
2 ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Одной из ведущих этиологических причин внутриутробных инфекций является стрептококк группы В (Streptococcus agalactiae, СГВ, GBS).

Цель

Изучить антибиотикочувствительность коллекции штаммов S. agalactiae, выделенных от женщин репродуктивного возраста, беременных и новорожденных.

Материалы и методы

Посевы биоматериала проводили на 5% кровяной агар и Srept агар (Liofilchem). Идентификацию стрептококков и антибиотикочувствительность определяли на бактериологических анализаторах VITEK 2 Compact 30 (BioMerieux), Sensititre (Trek Diagnostik Systems) и методом MALDI-TOF-MS на масс-спектрометре Autoflex III (Bruker Daltonics).

Полученные результаты

Охарактеризованная коллекция, представлена 123 штаммами S. agalactiae. 48% штаммов выделены из биологического материала от пациентов с клиническими признаками инфекции (сепсис, инфекции мочевыводящих путей, хорионамнионит, эндометрита и др.), а 52% при бессимптомном носительстве. 74% штаммов выделены от женщин репродуктивного возраста и беременных, а 26% – от новорожденных. Среди исследованных штаммов S. agalactiae все оказались чувствительны (100%) к бензилпенициллину, ампициллину, нитрофурантоину, линезолиду и ванкомицину. Чувствительными к гентамицину были 39%, триметоприму/сульфаметоксазолу – 82,9%, а к фторхинолонам 100% штаммов. Резистентность к эритромицину составила 21,2%, к клиндамицину 13,8% штаммов коллекции, промежуточную чувствительность имели 7,3% штаммов. S. agalactiae устойчивые к клиндамицину и эритромицину одновременно – 9,7%.

Заключение

Среди штаммов коллекции S. agalactiae устойчивых к пенициллину штаммов обнаружено не было. Устойчивость S. agalactiae к альтернативным антибиотикам, применяемым для лечения и профилактики в родах при аллергии на пенициллины – эритромицину и клиндамицину – составила 21,2

и 13,8% штаммов соответственно. Это определяет необходимость детекции в родах с помощью молекулярно-генетических методов не только наличия S. agalactiae, но и генов устойчивости к эритромицину и клиндамицину.

ЛАКТОФЕРРИН И РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.

Москва
Кафедра акушерства и гинекологии ПМГМУ ИМ. Сеченова

Актуальность

Современный взгляд и новые методы микробиологической диагностики и исследования, показывающие что подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к патологии.

Цель

Разработать мероприятия по лечению и профилактике бактериальных и грибковых вагинозов у женщин репродуктивного возраста с применением лактоферрина.

Материалы и методы

Женщины разделены на группы. Критерии эффективности: отсутствие жалоб, нормированные показатели микроэкологии влагалища и раман-флюоресцентного анализа состояния влагалища. Эффективность восстановительной терапии и частоту рецидивов оценивалось на 3-м и 4-м визитах, через 30 и 60 дней.

Полученные результаты

Критерии эффективности: отсутствие жалоб, нормированные показатели микроэкологии влагалища и раман-флюоресцентного анализа состояния влагалища. Для оценки особенности течения заболевания и эффективности терапии рассматривались следующие симптомы: наличие патологических выделений из половых путей с неприятным запахом. Наличие зуда, жжения, наличие болезненности при половом акте, дискомфорт, гиперемия, отек. Так же оценка эффективности препарата произведена с учетом нормализации данных микроскопического исследования из влагалища, нормализации pH, нормализации бактериального посева из влагалища. Так же при исследовании данных заболеваний мы использовали новые методы диагно-

стики, что дало возможность более быстрой и точной постановки диагноза. Этот метод раман-флюоресцентных технологий. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика основных симптомов бактериального вагиноза и у 1 и 2 группы, улучшение лабораторных показателей (мазок из влагалища и бактериальный посев) у 95% пациенток. У пациенток с рецидивирующим бактериальным и грибковым вагинитом отмечалось улучшение на 85% у 1 группы и на 96% у 2 группы. Улучшение были выявлены так же благодаря раман-флюоресцентных технологий. Представлены данные пациентки до лечения и после. Видна значимая разница. Произошла нормализация кровотока и снижение пролиферативной активности.

Заключение

Представлены данные пациентки до лечения и после. Видна значимая разница. Произошла нормализация кровотока и снижение пролиферативной активности.

Таким образом исследование показало, что клинически значимый и положительный эффект при применения препарата «неолактоферрин», содержащий лактоферрин достигнут.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

Гунченко М.М., Батышева Т.Т., Садовникова Е.А., Хрусталева Е.В., Саржина М.Н., Бурд С.Г.[1]

Москва
Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента Здравоохранения г. Москвы, Россия
1 ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета.

Актуальность

На сегодняшний день, ввиду высокой частоты встречаемости причин перинатальной патологии у детей, актуальным является вопрос сохранения репродуктивного здоровья девочек.

Цель

Изучить состояние репродуктивной системы у девочек, с заболеваниями ЦНС, находящихся на лечении и реабилитации В НПЦ ДП.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе НПЦ ДП, в консультативном организационно-методическом поликлиническом отделении в период с сентября по декабрь 2016 года.

Полученные результаты

В соответствии с поставленной целью и задачами, всего было осмотрено 147 девочек, с заболеваниями ЦНС, в возрасте от 0–18 лет. Критерием включения в исследование было наличие у девочки неврологической патологии: ДЦП, перинатальная энцефалопатия, родовые травмы периферической нервной системы, последствия ЧМТ, эпилепсия, органическое поражение ЦНС, нервно-мышечные заболевания. На основании осмотра, интервьюирования пациентов и их родителей, лабораторных и инструментальных методов исследования выявлена следующая гинекологическая патология: вульвит\вульвовагинит 46\26 девочек (31,3\17,7%); синехии малых половых губ у 5 девочек (3,4%), различные нарушения менструального цикла 37 девочек (25,1%), истинное преждевременное половое развитие- 2 (4,08%), синдром поликистозных яичников – 2 (1,36%), фолликулярные кисты яичников – 6 (4,08%), кисты желтого тела – 5 (3,4%), заболевания молочных желез – 17 (10,73%). Со всеми девочками и родителями проводилась беседа по вопросам личной гигиены, сбор анамнеза, проводился осмотр молочных желез, наружных половых органов, при необходимости УЗИ органов малого таза на аппарате Voluson, расширенное исследование микрофлоры урогенитального тракта методом Real-time PCR («Фемофлор»), гормональное исследование крови, было назначено необходимое лечение.

Заключение

Выявленная гинекологическая патология у девочек с различными заболеваниями ЦНС, подтверждает значимость роли детского гинеколога в условиях многопрофильных больниц. Организация лечения и профилактика гинекологических заболеваний в детском возрасте способствуют значительному снижению перинатальной патологии и сохранению репродуктивного здоровья девочек в будущем.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ: РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА

Густоварова Т.А., Игнатьева Р.Е.

Смоленск
ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность

У больных преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ) развивается эндотелиальная дисфункция (ЭД), что традиционно связывают с гипоэстрогенией.

Цель

Целью исследования было изучение взаимосвязи полиморфизмов – 786T>C и 894G>T гена эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS) с развитием ЭД у больных ПНЯ.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 20 больных ПНЯ и 20 женщин с сохраненной функцией яичников в возрасте от 23 до 39 лет. Всем участникам проводили общеклиническое и гормональное обследование, определяли функциональное состояние эндотелия. Молекулярно-генетическое обследование провели 10 больным ПНЯ и 10 женщинам группы контроля.

Полученные результаты

Участницы исследуемых групп были сопоставимы по возрасту и индексу массы тела ($p>0,05$). У пациенток с ПНЯ концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) были достоверно выше уровней ФСГ группы контроля (71,74±4,95 и 5,85±0,34 соответственно, $p<0,05$). Функциональное состояние эндотелия определяли с использованием метода фотоплетизмографии неинвазивным диагностическим комплексом «АнгиоСкан-01». Для оценки функции эндотелия выполнялась проба с реактивной гиперемией, по завершении которой прибор автоматически рассчитывал индекс окклюзии по амплитуде, отражающий состояние эндотелия в системе микроциркуляции. О сохраненной функции эндотелия свидетельствовал индекс окклюзии по амплитуде >2. В группе женщин с ПНЯ выявлено достоверное снижение индекса окклюзии по амплитуде в сравнении с участницами контрольной группы (1,73±0,09 и 2,26±0,09 соответственно, $p<0,05$), что свидетельствует о нарушении функции эндотелия в системе микроциркуляции у больных с эстрогенным дефицитом в сравнении с женщинами с сохраненной функцией яичников.

Генотипирование полиморфизмов – 786T>C и 894G>T гена eNOS было выполнено методом полимеразной цепной реакции 10 больным ПНЯ и 10 женщинам с регулярным ритмом менструаций. При типировании полиморфного варианта 894G>T гена eNOS выявлено три генотипа: GG, GT, TT, среди которых генотипы GT и TT сопряжены с риском развития ЭД. В группе больных ПНЯ гетерозиготный генотип GT встречался с частотой 0,4±0,15, гомозиготный генотип TT – с частотой 0,1±0,09. При типировании полиморфизма -786T>C гена eNOS выявлены генотипы TT, TC, CC. Генотипы TC и CC ассоциированы с риском развития ЭД. У пациенток с ПНЯ гетерозиготный генотип TC встречался с частотой 0,6±0,15, гомозиготный генотип CC – с частотой 0,2±0,12. Сравнительный анализ частоты аллелей и генотипов исследуемых полиморфизмов – 786T>C и 894G>T гена eNOS у больных ПНЯ и у женщин с сохраненной функцией яичников достоверно значимых различий не выявил ($p>0,05$).

Заключение

Взаимосвязи между полиморфизмами – 786T>C и 894G>T гена eNOS и развитием ЭД при ПНЯ не установлено. Однако наличие у больных ПНЯ вышеуказанных полиморфных вариантов можно рассматривать в качестве дополнительного фактора риска развития ЭД.

АМБУЛАТОРНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

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

Москва
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Актуальность

В гинекологии все более широкое внедрение в практику находят мини-инвазивные амбулаторные методики, к которым относится так называемая амбулаторная (офисн.) гистероскопия.

Цель

Оптимизация диагностики и лечения патологических процессов эндометрия и эндоцервикса с использованием миниинвазивных малотравматичных эндоскопических методов.

Материалы и методы

Нами проанализирован и обобщен более чем 20 летний опыт использования офисной гистероскопии для диагностики и лечения внутриматочной патологии у пациенток в репродуктивном возрасте (62%), пре (27%), и постменопаузе (11%).

Полученные результаты

Результаты исследования: анализ полученных данных показал высокую эффективность офисной гистероскопии для диагностики различных видов внутриматочной патологии в амбулаторных условиях у пациенток различных возрастных групп, частота которой распределилась следующим образом: частичная атрезия цервикального канала (6%), атрезия внутреннего зева (3,5%), полипы цервикального канала (11%), хронический эндометрит (14%), внутриматочные синехии (14%), внутриматочные перегородки (2%), полипы эндометрия (12,5 %), гиперплазия эндометрия (13,5%), миоматозные узлы 0–II типа (11%), аденомиоз (6,5%), инородное тело (ВМК) в полости матки (4,5%), рак эндометрия (1,5%). В 44% случаев при предварительном УЗИ признаков внутриматочной патологии выявлено не было, причем 80% этих пациенток были женщины с бесплодием, которым офисная гистероскопия была произведена перед планированием программы ЭКО.

Амбулаторное лечение внутриматочной патологии было проведено у пациенток с частичной атрезией цервикального канала, единичными полипами эндоцервикса и эндометрия и тонкими внутриматочными синехиями. При этом обезболивание и расширение цервикального канала в процессе хирургического вмешательства не требовалась.

Заключение

Таким образом, амбулаторная (офисная) гистероскопия позволяет с высокой точностью диагностировать различные виды внутриматочной патологии у пациенток различных возрастных групп и в ряде случаев провести ее лечение без анестезии и дополнительной травматизации.

ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СКРИНИНГА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Елгина С.И., Кылын-оол Ай-Суу. Л., Золоторевская О.С.**

Кемерово, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России
*ГБУЗ «Клиническая поликлиника № 20» ***

Актуальность

Рак шейки матки – предотвратимое заболевание. Однако реальная ситуация во многих странах мира крайне неблагоприятная, и Россия – не исключение.

Цель

Оценить возможности цервикального скрининга в условиях консультации.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 36 карт пациенток в возрасте от 25 до 85 лет с диагнозом рак шейки матки в ГБУЗ «Клиническая поликлиника №20» г. Кемерово за 2012–2015 гг. У 13 женщин информация о наблюдение и обследовании отсутствовала. Рак шейки матки распределился по стадиям: in situ – у 6, первой стадии – 7, второй – 4, третьей – у 5, четвертой – 14 женщин.

Полученные результаты

По результатам мазков онкоцитологии дисплазия 3 степени и атипия шейки матки была выявлена у 18 (78,3%) женщин; кольпоскопии – аномальные картины были только у 4 (17,4%); прицельная биопсии – у 19 (82,6%). Выявление рака шейки матки на профилактическом осмотре составило 4 (17,4%) случая; при обращении пациентки с клиническими проявлениями (аномальными маточными кровотечениями, белями, болями внизу живота) – 16 (69,6%). Диагноз был поставлен клинически – у 19 (82,6%) пациенток. Три женщины были госпитализированы в дежурное гинекологическое отделение в связи с развитием кровотечения из половых путей. Срок между первичной диагностикой и верификацией диагноза в онкодиспансере составил в среднем 37 дней.

Таким образом, несмотря на хорошие результаты онокцитологического скрининга в раннем выявлении рака шейки матки в амбулаторных условиях, быструю верификацию диагноза, доля поздних стадий рака шейки матки остается на высоком уровне, (26,0%). Многие женщины (36,0%) не посещают

вообще или обращаются в женскую консультацию при наличии уже клинически выраженных проявлений заболевания. Важным направлением профилактической работы врачей женской консультации остается необходимость профилактических осмотров и диспансеризации для ранней доклинической диагностики рака шейки матки.

Заключение

Рак шейки матки – предотвратимое заболевание в случае охвата большей части женского населения цервикальным онкоцитологическим скринингом и реальная возможность своевременной диагностика рака шейки матки в условиях женской консультации.

ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИСФУНКЦИЕЙ ГИПОТАЛАМУСА В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ

Жуковец И.В., Лещенко О.Я., Аталян А.В.

Иркутск
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека

Актуальность

Ожирение наблюдается у 34,9% женщин репродуктивного возраста с дисфункцией гипоталамуса (ДГ) в пубертатном периоде, из них у 62,5% диагностируется бесплодие.

Цель

Целью исследования является определение предикторов развития ожирения в репродуктивном возрасте у женщин с ДГ в пубертатном периоде.

Материалы и методы

Проведено проспективное когортное исследование 86 девочек с ДГ в пубертатном периоде (14,1±1,8 лет) и в репродуктивном возрасте (21,9±0,9 лет). Воздействие фактора оценивали по величине относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ). Подсчет ДИ для частот проводился методом Вильсона.

Полученные результаты

Индекс массы тела (ИМТ) в пубертатном периоде составил 30,6±4,4 кг/м^2, избыточная масса тела была у 41,9%, ожирение у 58,1%. ИМТ в репродуктивном возрасте составил 24,7±3,9 кг/м^2. Анализ динамики массы тела показал снижение массы тела у женщин в репродуктивном возрасте, относительно

пубертатного периода у 73,3%, увеличение ИМТ >30,0 кг/м^2 – у 9,3%, ИМТ не претерпел изменений у 17,4%.

Манифест ДГ от начала менархе у женщин с ожирением, против женщин с нормальной массой тела был достоверно больше (4,0±2,0 лет и 2,1±1,2 лет, p=0,003). Значимыми факторами ожирения у женщин репродуктивного возраста были: угроза преждевременных родов во 2–3 триместрах беременности у матерей девочек (ОР=3,22, 95%, ДИ 1,10–9,41); в пубертатном периоде – факт герпетической инфекции (ОР=7,0, 95%, ДИ 1,01–48,55), умеренные диффузные изменениях биоэлектрической активности головного мозга по данным электроэнцефалографии (ОР=3,80, 95%, ДИ 1,1–12,31), увеличение уровня глюкозы венозной крови более 6,1 г/л (ОР=3,30, 95%, ДИ 2,30–8,49). Антириск ожирения в репродуктивном возрасте был при наличии желтого тела в одном из яичников (RR=0,15, 95%, ДИ 0,04–0,62).

Определен ДИ для частот в группе, в случаях, когда определение ОР было не корректно. Определено воздействие следующих факторов риска в развитии ожирения в репродуктивном возрасте: аменореи – частота исходов в группе женщин с ожирением в репродуктивном возрасте 25,0% (95%, ДИ 7,15–59,1) и медицинского аборта – частота исходов в группе с ожирением в репродуктивном возрасте 12,5% (95%, ДИ 2,24–47,1), фактора антириска – прием оральных контрацептивов, содержащих дроспиренон, назначенных в пубертатном периоде с целью регуляции менструальной функции – частота исходов в группе женщин с нормальной массой тела 20,8% (95%, ДИ 9,24–40,47).

Заключение

Таким образом, значимыми факторами риска ожирения были – герпетическая инфекция в пубертатном периоде, умеренные диффузные изменениях биоэлектрической активности головного мозга, увеличение уровня глюкозы венозной крови более 6,1 г/л в пубертатном периоде, угроза преждевременных родов у матерей, аменорея и медицинский аборт в репродуктивном возрасте. Факторы антириска – желтое тело в яичнике, прием оральных контрацептивов.

ПРОТЕОМНЫЙ СКРИНИНГ ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Стародубцева Н.Л., Некрасова М.Е., Бурменская О.В., Бугрова А.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.

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

Актуальность

Цервикальный рак занимает одну из лидирующих позиций среди онкозаболеваний у женщин. Необходим поиск новых маркеров ранней диагностики предраковых заболеваний шейки матки.

Цель

Изучить протеомный состав ЦВЖ при ВПЧ-ассоциированных неоплазиях шейки матки различной степени тяжести у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Клинические, цитологическое исследование, молекулярно-генетические методы, расширенная кольпоскопия, протеомное исследование цервикованальной жидкости, масс-спектрометрия.

Полученные результаты

Обследовано 30 женщин (средний возраст 30,5 лет), по результатам сформировано 4 группы: 7 пациенток (23%) – NILM (I группа – контрольная), остальные 23 пациентки с ВПЧ-инфекцией (77%), разделены на 3 группы: II группа –11 (49%) с ASCUS, III группа – 7 (30%) с LSIL, IV группа – 5 (21%) с HSIL. ВПЧ высокого онкогенного риска выявлен в 90,9% случаев в группе ASCUS и в 100% – в группах LSIL и HSIL. Наиболее распространенными типами были ВПЧ 16 (34,8%), 31 (17,4%), 52, 58, 56 (13%), 18, 35 (8,7%), остальные типы встречались менее чем в 5% случаев. У 69% пациенток наблюдалась высокая вирусная нагрузка (в среднем – 5,6 log). Нормальная кольпоскопическая картина наблюдалась у 7 (23%) пациенток, слабовыраженные и выраженные изменения при кольпоскопии у 23 (87%). По полуколичественному анализу протеомного состава ЦВЖ выявлено достоверное разделение контрольных образцов (NILM) и групп ASCUS, LSIL, HSIL. Обнаружены 50 белков, дифференцирующие группу NILM от других групп. При полуколичественном анализе 54% белков в ЦВЖ достоверно снижались в зависимости от степени тяжести неоплазии (максимальное значение характерно для группы NILM, мини-

мальное – HSIL). Для группы NILM выделены 9 белков – Tubulin alpha-1C chain, N-acetylmuramoyl-L-alanine amidase, Complement factor D, Galactose-3-O-sulfotransferase 4, Vitronectin, Peptidoglycan recognition protein 1, Poly(rC)-binding protein 1, Lumican, Serum paraoxonase/arylesterase 1 и для групп с неоплазией шейки матки 4 белка – Ig kappa chain V-I region Ni, Lymphocyte antigen 6D, Plasminogen activator inhibitor 1 RNA-binding protein, Cytochrome C. Концентрация белков теплового шока S100-A9, S100-P, S100-A11, HSPA8, а также Ацетил-CoA-связывающего белка и анексинов A1 и A2 в группах с неоплазией оказалась выше, чем в I группе.

Заключение

При протеомном анализе ЦВЖ методом масс-спектрометрии выявленные белки способствуют точной дифференциации групп с неоплазией шейки матки различной степени тяжести от группы с нормальным эпителием.

КОМБИНИРОВАННАЯ КОМПРЕССИОННОВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Чураков А.А.

Москва, Саратов
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ, ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ

Актуальность

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) занимают ведущее место в гинекологии. А функциональные нарушения маточных труб при этом – частая причина бесплодия.

Цель

Целью исследования явилось изучение целесообразности применения компрессионновакуумной терапии (КВТ) у женщин с ВЗПМ.

Материалы и методы

Обследовано 48 женщин, перенесших острый инфекционной процесс и получивших антибиотикотерапию. Через 1 менструальный цикл при неизмененных показателях крови по УЗИ верифицировано наличие двусторонних гидросальпингсов. Данные бимануального исследования соответствовали данным УЗИ. Сформированы I и II репрезентативные группы по 24 человека.

Полученные результаты

Все пациентки получали противовоспалительную и иммунокорригирующую терапию, лечение переносили хорошо. В I группе женщин с 10–14 д.м.ц. дополнительно провели 5 процедур КВТ (аппарат МКВ-01 «Ивавита»). Эффективность лечения оценивали по общему состоянию женщин, данным УЗИ, биохимическим показателям и лейкограмме крови, концентрации кортизола в сыворотке крови. У 20 (83,3%) пациенток I группы и у 10 (41,7%) – II, по окончании лечения гидросальпингсы по УЗИ отсутствовали. А данные бимануального исследования свидетельствовали об отсутствии инфильтративных изменений в областях придатков матки. Результаты электрофореграммы белой крови пациенток указывали на средние нормативные показатели белка и альбуминов, соответствие всех фракций глобулинов верхней границе нормы. При этом эндотоксический индекс (ЭИ) достоверно ($p \leq 0,05$) повысился только у пациенток I группы. Полученный результат свидетельствовал о снижении эндогенной интоксикации, что препятствует рецидивированию и хронизации воспалительного процесса. А во II группе пациенток ЭИ только имел тенденцию ($p \geq 0,5$) к снижению. Усиление адаптационных реакций крови при детализации лейкограммы у пациенток I и II групп отмечено на 50 и 20% соответственно, причем в первом случае превалировала благоприятная реакция активации, а во втором – реакция тренировки.

Концентрация кортизола в сыворотке крови во 2-й фазе м.ц. достоверно ($p \leq 0,05$) повысилось после 5 процедур КВТ с 290,6±14,1 до 362,1±19,2 нмоль/л и снизилось до исходного через 3 сут. только у пациенток I группы. Все изменения были в пределах нормативных значений. Это может свидетельствовать о влиянии КВТ на глюкокортикоидную активность коры надпочечников в процессе лечения, что обеспечивает усиление вазотропного эффекта и устранение расстройства кровообращения в сосудистом бассейне малого таза вследствие воспалительного процесса. Эффект КВТ обусловлен сочетанным механизмом действия: дренированием цервикального канала и низкочастотной пульсацией, которые оказывают слабое термическое и рефлекторное воздействие на акупунктурные точки проекции региональных сосудов.

Данные бимануального и УЗ-исследования у остальных 4 (16,7%) пациенток I группы и у 14 (59,3%) – II, указывали на наличие утолщенных маточных труб и признаки экссудации, что требовало продолжения лечения.

Заключение

Таким образом, использование компрессионновакуумной терапии (аппарат МКВ-01 «Ивавита») в комплексном лечении женщин с остаточными клиническими проявлениями ВЗПМ в виде гидросальпингсов является эффективным и патогенетически обоснованным.

ВОЛОСАТАЯ ШЕЙКА ИЛИ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОПУХОЛЕПОДОБНОГО СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ – ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ МЕТАПЛАЗИИ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ – ЛЕЙОМИОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Качалина О.В., Вахабова Г.А.

Нижний Новгород
ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия».

Актуальность

Эпидермальная метаплазия МПЭ шейки матки – патологическая приспособительная реакция организма, которая может стать фоном для развития злокачественного процесса.

Цель

Разбор клинического случая сочетания опухолеподобного состояния шейки матки – эпидермальной метаплазии и неэпителиальной цервикальной патологии – лейомиомы шейки матки.

Материалы и методы

Пациентка 53 лет (постменопауза в течение 6 лет) обратилась к гинекологу по поводу кровянистых выделений из половых путей и тянущих болей в гипогастрии. Было проведено гинекологическое обследование, расширенная кольпоскопия с оптической когерентной томографией, цитологическое исследование материала с шейки матки и УЗИ органов малого таза.

Полученные результаты

При осмотре шейки матки в зеркалах было обнаружено увеличение задней губы до 5 см с участком гиперемии площадью 4 см, переходящим на свод влагалища. При бимануальном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки не пальпируются, шейка плотная, гипертрофирована за счёт округлого образования диаметром около 6 см. При кольпоскопии многослойный плоский эпителий над зоной гипертрофии задней губы шейки матки был пронизан множеством извитых сливающихся сосудов, на фоне которых чётко определялись множественные волоски чёрного цвета. При оптической когерентной томографии интенсивность лазерного излучения, рассеянного зоной многослойного плоского эпителия, соответствовала не картине эпителия шейки матки, а ОКТ-изображению тонкого слоя кожи. Кроме того, при ОКТ-кольпоскопии мы получили изображения волосяных фолликулов и сальных желез. При цитологическом исследовании материала с шейки матки получена картина выраженных реактивных изменений плоского эпителия с признаками продуктивного (гранулематозного) процесса, обнаружены многоядерные клетки типа «инородных тел». УЗИ

позволило выявить миоматозный узел шейки матки. На основании полученных данных, нами поставлен клинический диагноз: Лейомиома матки с наличием шеечного узла. Эпидермальная метаплазия шейки матки. Учитывая рост опухоли в постменопаузе, что является показанием к хирургическому лечению – гистерэктомии, лапароскопическим доступом проведено оперативное вмешательство в объеме тотальной гистерэктомии с придатками. Тотальный объем гистерэктомии обеспечивает профилактику возникновения в будущем какого-либо заболевания шейки матки, в т.ч. злокачественного процесса. Гистологический анализ препарата подтвердил предположения: шейка матки с наличием узла фибролейомиомы обычного строения, в покровном эпителии – участки фиброзной ткани, микрокисты, заполненные преимущественно бесструктурными массами типа роговых, жировой тканью и волосяными фолликулами.

Заключение

Описанный клинический случай является примером патологического проявления приспособительных процессов в организме в виде эпидермальной метаплазии многослойного плоского эпителия, протекающей на фоне лейомиомы матки и проявляющейся минимальными клиническими проявлениями. Данный пример вновь поднимает вопрос о необходимости цервикального скрининга с целью выявления патологических состояний шейки матки.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ И МИКРОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Киселева Р.А., Волкова Т.О.

Петрозаводск
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Россия

Актуальность

Рак шейки матки – второе по встречаемости онкогинекологическое заболевание и одна из главных причин смерти среди женщин, страдающих онкологическими заболеваниями.

Цель

Создание комплексного молекулярно-генетического портрета РШМ, целенаправленного поиска биомаркеров для диагностики и мультитаргетной терапии РШМ.

Материалы и методы

Исследованы уровни экспрессии генов VEGF-C, VEGF-R3, PlGF, ETS1 в образцах нормального эпителия с ВПЧ, фоновых и ЦИН 1–3 методом ПЦР в режиме реального времени. Экспрессии CD95, активности каспаз, содержание регуляторных Т-клеток в образцах периферической крови методом проточной цитофлуориметрии у 286 пациенток с ДНК ВПЧ (100%).

Полученные результаты

Проведен анализ экспрессии спектра генов, контролирующих ключевые точки сигнальных путей лимфоангиогенеза и эпителиально-мезенхимального перехода. Показано увеличение экспрессии генов VEGF-C, VEGF-R3, PlGF и ETS1 в клетках преинвазивного РШМ, что указывает на очень раннее формирование лимфангиогенного профиля РШМ и является необходимой предпосылкой для последующей диссеминации опухолевых клеток. Это лимфангиогенное «переключение» затрагивает уровни ростовых факторов (VEGF-C, PlGF), уровни их рецепторов (VEGF-R3) и уровни эндотелий-специфичных внутриклеточных транскрипционных факторов (ETS1). Выявлено повышение экспрессии CD3+ CD95+/high Т-клеток (эффекторов) и CD3+CD4+95+/high Т-хелперов ($p < 0.05$). Не отмечено повышения экспрессии CD3+CD8+CD95+/high (Т-киллеры) ($p > 0.05$). Отмечено повышение экспрессии рецептора апоптоза CD95 на лимфоцитах ($p<0.05$) и увеличение количества CD4+CD25+ Т-клеток, которые идентифицировали по фенотипам CD4+CD25+/high и CD4+25+127dim/negFoxP3+ ($p < 0.05$) и увеличение продукции TGF-β1 Treg-клетками ($p<0.05$). Выявлено повышение количества клеток с фенотипом CD4(+)CD25(high), CD4(+)CD25(+)CD127(dim/neg) и CD4(+)CD25(+)FoxP3(+) ($p<0,05$). Распространение Tregs в циркуляции и увеличение уровня секретируемого ими TGFb1, способного индуцировать экспрессию факторов VEGF-сигнального пути опухолевыми и эндотелиальными клетками, происходит на наиболее ранних этапах развития РШМ. Обнаружено увеличение активности CD95-регулируемой каспазы-8 и эффекторной каспазы-3 в лимфоцитарной фракции больных ЦИН и РШМ. После только хирургического лечения отмечена тенденция к постепенному восстановлению нормальных значений показателей клеточного иммунитета в течение 3 месяцев. При комплексном лечении через 3 месяца (диатермоконизация шейки матки+аллокин-альфа 1,0 мг 6 раз п/к) происходит эффективная нормализация Т-хелперов, Tregs, снижение уровня экспрессии CD95-маркера и супрессорного цитокина TGF-β1 и FOXP3, уровня активности каспаз -8, -9, -3 и -6 в циркулирующих лимфоцитах, снижение ВПЧ-позитивных пациенток (1,7%) и отсутствие онкобелка E7 ($p<0,01$).

Заключение

Развитие РШМ на самых ранних этапах сопровождается скоординированными изменения исследуемых показателей на локальном и системном уровнях. Проведение комплексной терапии с применением иммуномодулирующих препаратов позволяет улучшить результаты лечения и предотвратить рецидивы заболевания.

Работа выполнена при поддержке грантов НК-1404-32098 (РФФИ), 11.G34.31.0052 (Постановление 220), Программой стратегического развития ПетрГУ на 2012–2016 гг. и госзадания в сфере научной деятельности № 1713.

СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: СТАНДАРТЫ И ОЖИДАЕМЫЕ ЭФФЕКТЫ(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ)

Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Киселева Р.А., Волкова Т.О.

Петрозаводск
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»

Актуальность

Снижение смертности от РШМ обусловлено снижением заболеваемости инвазивными формами за счет охвата женщин организованным цитологическим скринингом (ЦС).

Цель

Изучить динамику заболеваемости РШМ и смертности среди женщин РК и определить место рака in situ шейки матки при проведении цитологического скрининга (1998–2015 гг).

Материалы и методы

Использованы данные Карельского республиканского ракового регистра. Проведен ретроспективный анализ материала (n = 2288) от 733 пациенток с преинвазивным и 1555 инвазивным РШМ за 18-летний период. Выделено 4 периода: I – 1998–2002 гг. (5 лет), II – 2003–2007 гг. (5 лет), III – 2008–2012 гг. (5 лет). IY – 2013–2015 гг. (3 года).

Полученные результаты

1) В Республике Карелия (РК) заболеваемость РШМ за последние 18 лет (1998–2015 гг.) выросла в 3 раза – с 10,5 до 28,3 случаев на 100 тыс. населения, за счет увеличения частоты выявления заболевания в I–II стадии – с 66,1% до 82,5%. Показатель смертности – находится на уровне 8,9 случаев на 100 населения. Показатель ранней диагностики (I–II стадии) РШМ в I периоде составил 66,1% (абс. ч. – 30,8±9,4), во II – 68,5% (53,6±19,1), в III – 77,4% (96,6±21,2 случаев) и до 82,7% (2013–2015 гг.) ($p<0,05$). Частота III–IY стадии (абс.ч) при РШМ составляет 15,8±5,8 случаев (в 1 периоде), 24,6±2,5 (во 2 периоде), 28,2±4,3 (в 3 периоде) и 22,3±3,1 (2013–2015 гг.).

2) Показано, что уровень ранней диагностики РШМ определяется частотой выявления преинвазивного рака шейки матки по отношению к инвазивным формам РШМ и отражает полную картину диагностики и представление о проводимом цитологическом скрининге (ЦС) в РК. Рак in situ шейки матки, формально, к ранней диагностике не относится, но подлежит специальному лече-

нию и диспансерному наблюдению. В процессе исследования в РК выявлено увеличение диагностики преинвазивных форм РШМ с 24,34±9,2% в 1998–2002 гг. до 33,16±9,1% в 2002–2007 гг., далее до 62,8±20,9% в 2008–2012 гг. ($p<0,05$) и сохраняется на этом уровне.

3) Уровень диагностики преинвазивного и раннего инвазивного (I–II стадии) РШМ вырос с 72,8% в 1998 до 85,7% в 2015 году за счет комплексного использования методов диагностики (онкоцитологии, кольпоскопии, тест на ВПЧ, биопсии) и увеличения охвата цервикальным скринингом женщин в РК.

4) Процентное отношение РШМ, выявленных при ЦС от всех взятых на учет (по данным ЦЦЛ в РК), составил 47,1 % случаев. В 52,9% случаев показанием для углубленного обследования явилось либо наличие клинически выраженного РШМ у пациентки, либо выявление ВПЧ.

5) По результатам проведенного анализа решающим фактором, влияющим на эффективность ЦС РШМ, является широта охвата скринингом женского населения (не менее 70%) только при условии создания государственной программы организованного ЦС РШМ. При этом забор материала с экзо- и эндоцервикса необходимо проводить преимущественно цитощетками (cervex-brush), так как материал будет адекватный в 95,4±0,94% случаев, что в 3,2 раза выше, чем при стандартном взятии ($p<0,001$) и применение теста на ВПЧ.

Заключение

1. Уровень ранней диагностики РШМ определяется частотой выявления преинвазивного рака по отношению к инвазивным формам РШМ.

2. Проблема ранней диагностики РШМ у женщин состоит в отсутствии применения скрининговых программ у женщин старше 50 лет, что должно предусматривать диспансеризацию неработающего населения.

3. Целесообразно создание диагностических центров амбулаторной службы, где будут реализовываться программы организованного цитологического, маммографического и других скринингов опухолей репродуктивной системы.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Кокая И.Ю., Котомина Т.С., Томакян Р.Г., Романова А.В.

Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 ДЗМ»

Актуальность

Проблема внутриутробной инфекции является одной из ведущих в акушерской практике. В структуре перинатальных потерь внутриутробные инфекции составляют более 30%.

Цель

Провести анализ эффективности терапии урогенитальной инфекции во время беременности путем ретроспективной оценки течения беременности, родов, состояния новорожденных.

Материалы и методы

Обследованы 100 беременных с урогенитальной инфекцией различной этиологии, беременность которых закончилась рождением детей с внутриутробной инфекцией. Применялись следующие методы исследования: клинико-анамнестические, бактериоскопия мазка, посевы, исследование методом ПЦР, иммуноферментный анализ, эхография с допплерометрией.

Полученные результаты

Согласно данным микробиологических и серологических исследований, у всех обследуемых беременных, беременность которых закончилась рождением детей с внутриутробной инфекцией, выявлены следующие виды инфекций: анаэробные бактерии в диагностически значимых титрах в 74% от всех исследуемых, аэробные бактерии – в 30%, грибковая флора – в 87%, по ПЦР обнаружены ВПГ 1,2 типов в 40% от всех исследуемых, ЦМВ – в 10%, микоплазмы – в 65%, уреаплазмы – в 13%, хламидии – в 21%.

Специфическую комплексную терапию урогенитальной инфекции проводили в 1-й группе беременных во втором и третьем триместрах беременности. При необходимости в течение беременности назначались повторные курсы терапии.

Для оценки эффективности проводимой терапии были сопоставлены результаты клинического течения беременности и исходов родов, а также результаты лабораторного и инструментального обследования в III триместре.

У беременных второй группы, не получавших специфического лечения по поводу выявленной урогенитальной инфекции во втором триместре, в 8 случаях (16%) произошел поздний самопроизвольный выкидыш, в 2 случаях (4%) – самопроизвольные преждевременные роды в сроке 22 и 27 недель. У беременных первой группы, преждевременные роды произошли лишь в 2 случаях (4%). У 40 беременных (80%) второй группы третий триместр беременности осложнился развитием плацентарной недостаточности, причем субкомпенсированная форма имела место у 32 беременных из 40 (80%). В первой группе явления плацентарной недостаточности развились у 40 беременных (80%), однако в 95% плацентарная недостаточность имела компенсированную форму, и лишь в 5% – была диагностирована субкомпенсированная форма. 30 беременным из второй группы (60%) понадобилось стационарное лечение по поводу угрозы преждевременных родов на различных сроках гестации.

Своевременные роды произошли в первой группе в 96%, во второй – в 80%. Средняя масса при рождении среди доношенных детей значительно отличалась в обеих группах: в первой – 3200 г, во второй – 2800 г. Оценка по шкале Апгар в обеих группах была приблизительно одинакова. Однако частота морфофункциональной незрелости преобладала во второй группе (45% против 20%). Тяжелые клинические формы ВУИ были выявлены у ново-

рожденных от первой группы в 4 случаях (8%), у новорожденных от второй группы в 13 случаях (31%).

Заключение

Урогенитальная инфекция является фактором высокого риска возможности инфицирования плода. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что в первом триместре необходимо проводить полное обследование женщин для оценки характера микрофлоры и выявления патогенных микроорганизмов. Специфическую терапию следует начинать со второго триместра и продолжать при необходимости в третьем триместре. Это позволит снизить частоту осложнений течения беременности и тяжесть течения внутриутробной инфекции у новорожденных, и тем самым улучшить перинатальные исходы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Коробкова Е.А.

Луганск
ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Актуальность

В перименопаузе у женщин с ХВЗЖПО выявлен иммунодефицит из-за иммунодепрессии эстрогенов, характера инфекционного агента и длительности процесса воспаления.

Цель

Оценить эффективность микронизированного прогестерона для лечения и профилактики рецидивов хронических воспалительных заболеваний у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы

Проведено общеклиническое, гинекологическое обследование 50 женщин с ХВЗЖПО. Всем провели бактериоскопию, цитологию, трансвагинальное УЗИ ОМТ, определили уровень эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови. Кольпоскопию и патогистологическое исследование эндометрия проводили по показаниям.

Полученные результаты

Наиболее частыми жалобами были: дисменорея у 88%, болевой синдром – 84%, ациклические кровомазанья – 76%, патологические бели имели 78%

женщин, диспареуния – 54%, полименорея – 24%. Искусственные и самопроизвольные аборты имели 86% женщин. ВМС с целью контрацепции использовали 48%. При анализе гинекологической патологии выявлено: в 100% – хронический сальпингоофорит, у 64% – хронический эндометрит, вагиниты имели 98% женщин, заболевания шейки матки – 44%, генитальный эндометриоз – 24%, полипы эндометрия – 18%, ФКМ – 84%.

Изучение соматического анамнеза показало наличие 1 и более заболеваний у каждой обследуемой. Заболевания ЖКТ имели 74%, заболевания мочевыводящих путей – 36%, ГБ – 42%, заболевания ССС – 20%, эндокринная патология выявлена у 72% обследуемых, железодефицитная анемия – 36%, к невропатологу по поводу невроза обращались 28% женщин. Все имели относительную или абсолютную гиперэстрогенемию. Всем больным назначали комплексную противовоспалительную терапию и санацию влагалища. Микронизированный прогестерон женщины получали в циклическом режиме 6 менструальных циклов трансвагинально или перорально. После окончания лечения повторяли клинико-лабораторное обследование, УЗИ ОМТ и уровень прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови.

Все обследуемые имели положительную динамику от проведенного лечения. Болевой синдром, зарегистрированный до лечения, через 3 месяца значительно снизился, ациклические кровомазанья прекратились у большинства женщин на фоне лечения. Значительно снизилась менструальная кровопотеря после 6 месяцев использования микронизированного прогестерона. Изучение прогестерона и эстрадиола показало повышение прогестерона во 2 фазу цикла, это косвенно свидетельствует о нормализации обменных процессов в яичниках и уменьшении количества циклов с недостаточностью лютеиновой фазы.

Если во время лечения появлялись побочные эффекты со стороны экстрагенитальной патологии, то менялась форма введения микронизированного прогестерона с пероральной на трансвагинальную. В течение года после окончания лечения 92% женщин не имели рецидивов заболевания.

Заключение

Таким образом, использование натурального микронизированного прогестерона для лечения и профилактики рецидивов хронических воспалительных заболеваний половых органов у пациенток в перименопаузе позволяет улучшить как физическое, так и психическое здоровье женщин, повышая качество их жизни, не вызывая побочных реакций со стороны сопутствующей экстрагенитальной патологии.

ВЛИЯНИЕ ПАРИТЕТА РОДОВ НА АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Кулешова Д.А., Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Крюковский С.Б.

Смоленск
ФБОУ ВПО «Смоленский Государственный Медицинский Университет»

Актуальность

Беременность после 40 лет становится все более распространенным явлением, в том числе среди первородящих женщин.

Цель

Изучение особенностей анамнеза, течения гестации, родов, послеродового периода, перинатальных исходов у пациенток старше 40 лет в зависимости от паритета.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 80 историй родов, в I группу были включены 28 первородящих пациенток старше 40 лет, во II – 52 повторнородящие женщины, из них 43 родильницы с паритетом родов II–III,9 женщин с паритетом родов от IV до VIII. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета Statistica 10 for Windows.

Полученные результаты

Соматический анамнез был отягощен у 62 (84%) исследуемых, причем у всех наблюдалось сочетание двух и более нозологических форм. По распространенности экстрагенитальных заболеваний первородящие пациентки изучаемой возрастной группы достоверно не отличались от повторнородящих женщин.

При оценке менструальной функции и гинекологической заболеваемости было выявлено, что возраст менархе в основной группе варьировал от 12 до 17 лет и составил в среднем 13,79±0,26, у повторнородящих пациенток – от 9 до 17 лет и соответствовал 13,21±0,19 ($p>0,05$). Спектр гинекологической патологии среди пациенток старше 40 лет так же был довольно широк и существенно не отличался у беременных разных когорт. Однако, было выявлено, что эктопия шейки матки среди исследуемых I группы встречалась достоверно реже, чем у пациенток II группы. При оценке акушерско-гинекологического анамнеза отмечено, что медицинские аборты среди первородящих пациенток встречались достоверно реже по сравнению с повторнородящими – 8 (28,5%) и 31 (60%) соответственно ($p<0,05$).Частота случаев самопроизвольных выкидышей и замерших беременностей в обеих когортах достоверно не отличалась и составила 7 (25%) и 3 (11)% соответственно для исследуемых I группы и 11 (21%) и 5 (11%) для II группы ($p>0,05$).

Самым распространенным осложнением гестации у первородящих пациенток была угроза прерывания беременности. Процент преждевременных родов у первородящих старше 40 лет составил 17% (5 наблюдений), запоздалых родов отмечено не было. Среди пациенток II группы у 8 (15%) роды раньше срока, также было отмечено 2 случая запоздалых родов. Самым частым осложнением родового акта у родильниц I группы является преждевременное излитие околоплодных вод. Важно учесть, что в I группе оперативно были родоразрешены 23 (83%) женщины. Очевидно, это уменьшило возможный процент осложнений родов в данной группе. Среди операций у первородящих женщин 14 (60%) были плановыми. Показаниями к оперативному вмешательству в 10 (43%) служили сочетание возраста и наличие разнообразной экстрагенитальной патологии, возраст и длительное бесплодие в анамнезе – 5 (22%). Во II группе при равном проценте плановых операций (60%), частота оперативного родоразрешения была достоверно ниже – 22(42%) ($p<0,05$).

Заключение

Таким образом, более чем 80% первородящих пациенток в возрасте 40 лет и старше имеют неблагоприятный фон экстрагенитальной и гинекологической патологии. По распространенности заболеваний исследуемые пациентки достоверно не отличались от повторнородящих. Это свидетельствует о том, что паритет родов не оказывает существенного влияния на особенности течения беременности и родового акта у родильниц данной возрастной группы. Причиной осложнений гестации и родов у данной категории женщин является сам по себе возрастной фактор и отягощенный анамнез.

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НА РАННИХ СРОКАХ: НОВЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕЗУ И ПРИНЦИПАМ ДИАГНОСТИКИ

Ланщакова П.Е., Каграманова Ж.А., Шевченко С.Б., Выжлова Е.Н.

Москва
ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Актуальность

В структуре репродуктивных потерь доля неразвивающейся беременности (НБ) составляет 10–20 %, частота НБ в первом триместре среди самопроизвольных выкидышей 45–88 %.

Цель

Раннее патогенетическое прогнозирование НБ, с использованием УЗ диагностики различных типов НБ на ранних сроках, для профилактики осложнений репродуктивной функции.

Материалы и методы

Клинико-лабораторно обследовано 64 женщины, в возрасте от 18 до 40 лет, с диагнозом НБ до 12 недель. Определяли роль факторов риска при различных типах НБ; срок развития плодного яйца и длительность нахождения его в полости матки после гибели по соотношению размеров СВД и КТР эмбриона по УЗИ; значение уровня β-ХГЧ, проведен статистический анализ.

Полученные результаты

Нами было установлено, что первобеременных 56% женщин, повторнобеременных 44%, из них привычное невынашивание выявлено у 32% пациенток. Сроки обращения всех беременных в стационар с установлением диагноза НБ были в пределах от 5 до 11 недели. Неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона (ГЭ) установлена у 42%, анэмбриония I (АН I) у – 47%, анэмбриония II – у 11%. Остановка в развитии плодного яйца у основной доли пациенток с АН I и II была в пределах от 4 до 7 недель. Средний срок остановки развития плодного яйца составил 5,4 недели. Длительность нахождения плодного яйца в полости матки после «замирания» была от нескольких дней до 5 недель, в среднем 3 недели. При АН I и II обращение пациенток в стационар имело два пика: в сроке 6–7 недель или в 9–10 недель. В среднем диагноз НБ по типу АН устанавливали на сроке 8,4 недели беременности. Разброс уровня β-ХГЧ при АН I составил от 122 до 1825 МЕ/мл, в среднем в 3,8 раз ниже нижней границы нормы и не был связан ни с размером СВД, ни с отставанием размеров СВД от нормы. Средний размер СВД для пациенток с АН I и АН II равен 18,3 мм. При ГЭ средний срок обращения пациенток в стационар составил 8–9 недель. Нами установлено, что ГЭ происходила в среднем на сроке 6,5–7 недель гестации. Средний размер КТР составил 7,6 мм. Средний размер СВД был 25,5 мм. Длительность нахождения плодного яйца после гибели эмбриона составила в среднем около 2,5 недель. Уровень β-ХГЧ в крови у пациенток с гибелью эмбриона был ниже нижней границы нормы в среднем в 1,6 раз (разброс 3232–33603 МЕ/мл), но выше, чем при АН I. Из всех обследованных 33% пациенткам амбулаторно был назначен врачем женской консультации прогестерон с целью пролонгации беременности. Статистически значимых различий в распределении сроков постановки диагноза НБ, распределении размеров СВД и КТР у женщин, принимавших и не принимавших прогестерон обнаружено не было. У женщин принимавших прогестерон наблюдалось уменьшение по продолжительности нахождения плодного яйца в полости матки. После вакуумной аспирации плодного яйца, назначена противовоспалительная терапия фторхинолоном ципрофлоксацин и противовирусным иммуномодулятором виферон 1000000 МЕ. У всех пациенток диагноз был подтвержден морфологически.

Заключение

В патогенезе различных типов НБ (АН и ГЭ) определены два периода по средним срокам обращения в стационар, длительности развития плодного яйца и нахождения его в полости матки после «замирания», а также уровни отставания размеров СВД и КТР и их связь с β-ХГЧ. Назначение врачом прогестерона не оправдано при отсутствии УЗ визуализации эмбриона с сердце-

биением, ввиду высокой частоты анэмбрионий. Прогнозирование НБ в женской консультации способствует ранней госпитализации для малоинвазивной вакуум – аспирации плодного яйца, с целью профилактики дальнейших возможных осложнений.

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ: ПРИНЦИПЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Линева О.И., Романова Е.Ю., Стребкова Е.А., Кротова В.Ю.

Самара
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Группа компаний «Мать и дитя», ЗАО «МК ИДК»

Актуальность

Отсутствие мер профилактики холестатического гепатоза при последующих беременностях и связанных с ним гестационных осложнений определяет актуальность исследования.

Цель

Оптимизация прегравидарной подготовки при указании на ВХБ в анамнезе на основе изучения факторов риска и патогенетических механизмов развития осложнений гестации.

Материалы и методы

Проспективное изучение исходов беременности, родов, оценка плода и новорожденного у 290 женщин, из которых у 160 беременность осложнилась ВХБ, Произведена оценка маркеров холестаза, показателей белкового, липидного спектра, иммунологической аминочувствительности лимфоцитов, гистологических и гистохимических результатов.

Полученные результаты

Дискриминантным анализом рассчитаны прогностические факторы риска ВХБ. Диагностическая модель реализации ВХБ разработана на основе многофакторного регрессионного анализа. С учетом факторов риска разработана программа прегравидарной подготовки, подтвердившая эффективность у 50 женщин, планирующих беременность с анамнезом, отягощенным ВХБ.

Выделены факторы риска развития ВХБ: заболевания желчного пузыря у беременной (критерий Фишера=33,3), вредные условия труда (F=6,9), холестаз у родственников по материнской линии (F=5,0), проживание в экологически неблагоприятном регионе (F=4,2), прием гепатотоксичных препаратов (F=2,2). Проведенные исследования выявили перестройку метаболических адаптивных программ по катаболическому принципу, повреждение клеточных мембран, нарушение микроциркуляции, тромбоз сосудов плацентарного комплекса, дисфункцию иммунного гомеостаза. Это вызвало целый ряд

осложнений беременности: угроза невынашивания (71,7%, в группе сравнения – 33,7%), преэклампсия (69,6% против 16,2%), хроническая плацентарная недостаточность (88,3% против 22,5%), акушерские кровотечения (12,4% против 1,25%)

Заключение

Комплексная программа профилактики включала междисциплинарное взаимодействие специалистов, диету, рациональное трудоустройство, отказ от вредных привычек и гепатотоксичных препаратов, прием энтеросорбентов, гепатопротекторов, витаминно-минерального комплекса за 2–3 месяца до зачатия и в течение всей беременности. В результате ВХБ легкой степени развился лишь у 25% беременных в 3 триместре, статистически достоверно снизились невынашивание беременности, преэклампсия, хроническая плацентарная недостаточность и акушерские кровотечения в 2–6 раз.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ: ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Маланова Т.Б., Ипатова М.В.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Выбор физического фактора в лечении хронического эндометрита (ХЭ) определяется клиникой заболевания и наличием сопутствующих пролиферативных заболеваний.

Цель

Оценка воздействия высокоинтенсивного магнитного поля (ВИМП) на аппарате Авантрон на состояние эндометрия у пациенток с эндометриозом и миомой матки.

Материалы и методы

172 пациенткам 23–45 лет с верифицированным ХЭ за 2–3 месяца до планируемой попытки ЭКО проводили физиолечение с 5–7 дня цикла: воздействие ВИМП, бальнеолечение, электроимпульсная терапия на зону малого таза. Контроль: УЗИ, цветное допплеровское картирование, показателей кровотока в матке.

Полученные результаты

Лечение проведено 172 пациенткам репродуктивного возраста в связи с отсутствием адекватного «роста» эндометрия в попытках ЭКО. В анамнезе от 1 до 7 неудачных попыток ЭКО. Наружный генитальный эндометриоз и миома матки, не требующие оперативного лечения, были у 124 (72,1%) пациенток, что и определило выбор основного физического воздействия – ВИМП. Экстракорпоральная магнитная стимуляция ВИМП проводилась ежедневно по 20 мин по разработанной в отделении методике. Кроме ВИМП в комплекс лечения были включены общая индифферентная иодобромная ванна, терапия импульсными токами по абдоминально-сакральной методике. Все 172 пациентки планировали проведение попытки ЭКО в ближайшие 2 месяца после окончания физиолечения. 49 пациенткам с овуляторным циклом до и через 1 месяц после лечения проведена оценка состояния эндометрия и допплерометрических показателей сосудов матки.

По данным УЗИ на 22–23 день цикла до лечения М-эхо 3–8 мм (6,4+0,3 мм) было у 42 (85,7%) пациенток, оно было неоднородной структуры у 28 (57,1%), с неровными контурами 33 (67,3%). При цветном допплеровском картировании неравномерное распределение цветовых сигналов в матке и обедненный рисунок сосудов были у 45 (91,8%)женщин. По данным допплерометрии спиральные артерии не визуализировались, базальные же определялись лишь в 16,3% исследований, отмечено значительное снижение индекса резистентности (ИР) в аркуатных артериях и всех допплерометрических показателей в радиальных и базальных артериях.

Интенсивный курс физиотерапии продолжался в течение 10 дней. Реакции на проводимое лечение были адекватными. По данным обследования через 1 месяц после окончания физиолечения отмечена динамика параметров эндометрия. У 38 пациенток (77,6%) М-эхо составило 8–10 мм (8,4+ 0,4 мм, $P<0,01$), оно имело трехслойную структуру, характерную для секреторной фазы цикла, с равномерным распределением цветовых сигналов и нормализацией рисунка сосудов по данным допплеровского картирования. Визуализация базальных артерий отмечена в 27 (55,1%) исследованиях, спиральных – в 10 (20,4%); ИР маточных, аркуатных и радиальных артерий был в пределах нормативных показателей.

Заключение

В основе действия ВИМП лежит активация работы мышечного волокна, увеличение кровотока и энергетического потенциала мышц без теплового эффекта, что является принципиальным для использовании фактора у пациенток с пролиферативными заболеваниями. Использование ВИМП от аппарата АВАНТРОН в комплексе немедикаментозного лечения позволяет значительно улучшить микроциркуляцию в зоне малого таза за счет снижения сосудистого тонуса (на 64%), повышения пульсового кровенаполнения (на 41%).

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

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

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

Актуальность

Главной задачей репродуктивной медицины является сохранение человеческого капитала, в том числе за счет снижения репродуктивных потерь.

Цель

Внедрение инновационных подходов к управлению профилактикой репродуктивных потерь.

Материалы и методы

Результаты анализа отчетных форм медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля 16 субъектов Центрального федерального округа Российской Федерации (за исключением г. Москвы и Московской области) за 2015 год свидетельствуют о необходимости совершенствования профилактики репродуктивных потерь.

Полученные результаты

Величина репродуктивных потерь, включающих самопроизвольные, вынужденные аборты, мертворождения, случаи материнской и младенческой смертности, составила в России в 2015 году 15,1 на 100 живорожденных. Приоритетным направлением работы учреждений материнства и детства является снижение младенческой смертности, между тем, в структуре репродуктивных потерь её удельный вес составляет лишь 4,4%, мертворождения – 4,0%. а преобладают пренатальные потери в сроке до 28 недель гестации (91,6%).

Разработка и внедрение в субъектах ЦФО РФ комплекса программ «Мониторинг беременных и женщин, завершивших беременность», направлена на обеспечение управления профилактикой материнских и фетоинфантильных путем оперативного контроля за полнотой диагностики факторов риска перинатальной патологии, реализации лечебно-диагностических мероприятий, регионализации перинатальной помощи. Использование современных медико-организационных технологий позволило снизить частоту фетоинфантильных потерь в ЦФО РФ в 2015 году по сравнению с 2012 годом на 13,5%, число искусственных прерываний беременности по медицинским показаниям в 22–27 недель в 6 раз, повысить вклад ВРТ в общее число рождений с 0,6% до 0,9%.

Успех профилактики пренатальных потерь в сроке до 28 недель беременности определяется эффективностью их диагностики, качеством медицинской помощи женщинам с угрозой невынашивания беременности и при ее самопроизвольном прерывании. Высокая частота бесплодия и неэффективного завершения беременности определяют необходимость смещения акцента в профилактической работе акушеров-гинекологов, преимущественно амбулаторного звена, на проведение прегравидарной подготовки. Для обеспечения контроля за организацией профилактики пренатальных потерь на региональном уровне руководителям здравоохранения необходима информация о женщинах высокой степени риска самопроизвольного и искусственного прерывания беременности.

Заключение

Использование разработанной в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Минздрава России автоматизированной информационной системы «Региональный мониторинг репродуктивного поведения женского населения и управления профилактикой нежелательной беременности» позволяет обеспечить оперативность принятия мер управляющего воздействия, направленных на профилактику пренатальных потерь.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Марушкина О.И., Жаркин Н.А., Ван Нань

Волгоград
ФГБОУ ВО ВолГМУ

Актуальность

Бактериальный вагиноз (БВ) характеризуется высокой частотой рецидивирования, связанной, главным образом, с формированием, устойчивых к терапии микробных биоплёнок.

Цель

Оценена эффективность применения в комплексной терапии БВ пробиотика, содержащего лактобактерии caseir hamnosus spp., и бальнеотерапии (грязь и рапа).

Материалы и методы

Обследовано 107 небеременных женщин с БВ. Применены бактериологические методы и ПЦР в режиме «реального времени». Сформированы 2 клинические группы: I (сравнения) – 51 пациентка, и II (основная) – 56. На 1-м этапе проводилась антианаэробная терапия, на 2-м – восстановление микрофлоры влагалища: в I группе – пробиотиком, во II – бальнеотерапией.

Полученные результаты

Результаты лечения оценивали сразу после курса терапии, через 6 и 12 месяцев. Сразу после лечения клинические симптомы отсутствовали у пациенток обеих групп в 100% случаев. Однако, через 6 месяцев имело место рецидивирование клинических симптомов БВ (выделения, «рыбный» запах, диспареуния) у каждой 2-й пациентки I группы, пролеченной пробиотиком (55%). Через 12 месяцев частота встречаемости симптомов у них возросла до 80,4%. Во II группе, пролеченной бальнеологическими факторами, клинические признаки БВ возобновились через 6 месяцев лишь у 14,3%, а через 12 – у 23,2% пациенток соответственно, что реже, чем в I группе в 4 раза ($p<0,01$). В отдаленном периоде после лечения у пациенток I группы частота повышенных значений pH наблюдалось в каждом 2-м случае, в то время как во II-й группе, пролеченной бальнеологическими факторами, – в 4 раза реже (50,3% и 12,5%; $p<0,01$). Основные маркеры БВ, составляющие микробную биопленку (Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae) и другие БВ-ассоциированные микроорганизмы (Leptotrochia spp., Megasphera spp. и др.) через 6 месяцев после терапии отсутствовали лишь у 33,3% пациенток I группы, в то время, как во II-й – у 94,1% ($p<0,001$). Через 12 месяцев данные микроорганизмы не были выявлены у 26,8% и 86,3% обследованных соответственно ($p<0,01$). Через 12 месяцев после приема пробиотиков (I группа) количество лактобактерий сохранилось в пределах нормы лишь у 29,4% респонденток, в то же время у пациенток II группы, получавшей бальнеотерапию, в 2,5 раза чаще, что составило 73,2% ($p<0,01$). После завершения терапии снижение уровня лактобацилл имело место у каждой 2-й пациентки I-й группы (38,5%), при этом у половины из них отмечался стабильный дефицит последних. У пациенток II-й группы, прошедших бальнеотерапию, напротив, случаев снижения уровня лактобацилл отмечено не было ($p<0,01$).

Заключение

Создание специфических условий во влагалище способствует повышению колонизационной резистентности лактобактерий и предотвращению рецидивов заболевания. Различные клинические и микробиологические результаты в отдаленных периодах после лечения, по-видимому, объясняются особенностями локального воздействия грязи и рапы, возможно обладающими разрушающим действием на микробные биопленки.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ДИКЛОФЕНАК И ВИТАМИНЫ ГРУППЫ В ПРИ ДИСМЕНОРЕЕ

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

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Проблема эффективной терапии дисменореи актуальна, что связано с увеличением частоты встречаемости данной патологии у женщин репродуктивного возраста.

Цель

Изучить эффективность и приемлемость препарата, содержащего диклофенак и витамины группы В (Нейродикловит) при дисменорее.

Материалы и методы

Обследовано 50 женщин репродуктивного возраста (от 18–45 лет) с жалобами на болезненные менструации. Всем пациенткам проводился комплекс клинико - лабораторных исследований.

Полученные результаты

Степень тяжести болевого синдрома оценивалась по 4-х балльной системе ВАШ: 0 баллов – отсутствие боли, 1 балл – боль легкой степени, 2 балла – средней степени тяжести, 3 балла – тяжелая степень.

Средний возраст пациенток составил 29±2,4 года. Болезненные менструации с менархе отмечали все женщины включенные в исследование. По данным обследования органической патологии не было выявлено ни у одной пациентки.

В результате анкетирования первичная дисменорея легкой степени была установлена у 24 (48%) женщин (1 группа), средней степени тяжести у 19 (38%) – 2 группа, у 7 (14%) – дисменорея тяжелой степени (3 группа). Всем пациенткам был назначен препарат Нейродикловит по 1 т 3 раза в день на протяжении 5–6 дней (в зависимости от длительности менструального кровотечения).

Прием препарата был рекомендован на протяжении 12 циклов. Оценка болевого синдрома проводилась через 30 мин, 60 мин, 90 мин и 120 мин после приема препарата.

16 (32%) женщин из 1 группы, 8 (16%) – из 2-й группы и 3 (5%) пациентки из 3 группы отметили снижение интенсивности болевого синдрома через 120 мин после приема Нейродикловита. Также все пациентки отмечали нормализацию вегетативных проявлений и улучшение психо-эмоционального

состояния на фоне приема препарата, что предположительно связано с седативным и нейропротективным эффектом витаминов группы В. К концу наблюдения (к 12 мес.), только у 4 женщин из 3 группы сохранялись боли в 1 день менструального цикла, однако пациентки отмечали снижение ее интенсивности. Ни у одной из 50 (100%) женщин не были выявлены побочные явления.

Заключение

Нейродикловит является одним из высокоэффективных препаратов для лечения дисменореи, который обладает выраженным антипростагландиновым, противовоспалительным и обезболивающим эффектом. Благодаря витаминам группы В препарат оказывает положительное влияние на психосоматические и вегето – сосудистые нарушения, что наиболее актуально для женщин с дисменореей тяжелой степени.

РАЗРАБОТКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ В У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Мелкумян А.Р. [1,2,3], Припутневич Т.В. [1,2,5], Кочетов А.Г. [1], Любасовская Л.А. [1,2], Анкирская А.С. [2], Дубоделов Д.В. [2], Родченко Ю.В. [2], Муравьева В.В. [2], Тартаковский И.С. [1,4], Цибин А.Н. [1,3], Кафарская Л.И. [5], Ефимов Б.А. [5], Зубков В.В. [2,3], Рюмина И.И. [2], Шмаков Р.Г. [2], Павлович С.В. [2], Кан Н.Е. [2], Тютюнник В.Л. [2], Сухих Г.Т. [2]

Москва
1 Ассоциация специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины»
2 ФГБУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России
3 ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
4 ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России
5 ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность

Отсутствие клинико-лабораторных стандартов диагностики СГВ-инфекций у беременных и новорожденных не даёт представлений о реальной значимости этой проблемы в нашей стране.

Цель

Разработка и внедрение клинических рекомендаций диагностики инфекций беременных и новорожденных, вызванных Streptococcus agalactiae для медицинских организаций России.

Материалы и методы

Клинические рекомендации созданы на основе согласованного мнения членов ассоциации специалистов «Федерация лабораторной медицины», Российского общества акушеров-гинекологов, Российского общества неонатологов и апробированных рекомендаций, действующих в настоящее время в США, Канаде, Великобритании, Швеции.

Полученные результаты

В Клинических рекомендациях для выявления колонизации влагалища беременных стрептококком группы В предлагается взятие вагинально-ректального мазка, с последующим посевом на хромогенные питательные среды для выделения Streptococcus agalactiae (GBS) и определением чувствительности к антибиотикам. В родах (при любом сроке беременности) при выявлении хотя бы одного из клинических факторов риска СГВ – инфекции обследование с применением Point-of-care testing и назначение антибиотиков до рождения ребёнка. Обследование всех новорожденных групп риска инфекций (мазки из ротоглотки и прямой кишки, меконий, желудочный аспират, кровь и т.д.) на СГВ проводить как молекулярно-генетическим так и культуральным методом.

Заключение

В США, Канаде и странах Европы приняты регламентированные Национальные программы профилактики и лечения инфекций, вызванных стрептококком группы В (СГВ- инфекции), обязательные для выполнения всеми медицинскими организациями. В России отсутствует официальная регистрация СГВ-инфекций и нет клинических рекомендаций по их профилактике. Внедрение современных методов лабораторной диагностики и программы профилактики СГВ – инфекций позволит добиться стойкого снижения заболеваемости среди новорожденных детей, беременных и родильниц.

МОРФО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Михайлин Е.С.

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

Актуальность

Изучение особенностей фето – плацентарного комплекса может помочь выявить основные направления профилактики осложнений беременности и родов у несовершеннолетних.

Цель

Изучить особенности гистологического строения плацент и экспрессии маркеров HIF-1α и VEGF-A в плацентах несовершеннолетних женщин.

Материалы и методы

Проведено гистологическое исследование 74 последов от несовершеннолетних женщин и 25 последов от здоровых женщин 20–30 лет. Проведено иммуногистохимическое исследование 35 плацент несовершеннолетних: изучалась экспрессия HIF-1α и VEGF-A.

Полученные результаты

Выявлено, что плаценты несовершеннолетних женщин характеризуются достоверной гипертрофией (559,5±10,5 гр. и 478,7±12,9 гр.), большей частотой хронической плацентарной недостаточности (33,8% – 4,0%) и менее выраженными компенсаторно-приспособительными реакциями (86,5% – 100%). Выявлено повышение экспрессии гипоксия – индуцибельного фактора (HIF-1α) и сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF-A) в плацентах несовершеннолетних женщин с хронической плацентарной недостаточностью, по сравнению с плацентами без ХПН.

Заключение

Хроническая плацентарная недостаточность на момент рождения ребенка, выявляемая чаще у несовершеннолетних пациенток, может иметь значение в нарушении адаптационно-приспособительных механизмов и качестве жизни детей в постнатальном периоде. Повышение экспрессии HIF-1α и VEGF-A в плацентах несовершеннолетних женщин с хронической плацентарной недостаточностью служит отражением активации ангиогенеза в ответ на внутриутробную гипоксию плода в условиях хронической плацентарной недостаточности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Сычева Е.Г., Бурменская О.В., Прилепская В.Н., Мзарелуа Г.М., Довлетханова Э.Р., Шешко П.Л., Трофимов Д.Ю.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Внедрение в клиническую практику генотипирования ВПЧ у пациенток с предраковыми заболеваниями и раком шейки матки.

Цель

Изучить встречаемость типов ВПЧ у пациенток с CIN различной степени тяжести и РШМ.

Материалы и методы

В исследование включено 145 женщины в возрасте от 18 до 49 лет. Проведено: осмотр с взятием цитологического мазка, расширенная кольпоскопия, молекулярно-генетические методы исследования (ВПЧ 21 типов Real Time PCR) и гистологическое исследование биопсийного материала.

Полученные результаты

По результатам обследования было сформировано 5 групп, включающих 145 женщин: I группа – 31 (21,3%) женщин с NILM (здоровые), II группа – 30 (20,6%) пациенток с хроническим цервицитом (подтвержденным гистологическим методом), III группа – 37 (22,7%) с LSIL, IV группа – 31 (21,3%) с HSIL и V группа – 14 (9,6%) с РШМ (плоскоклеточный рак). Наиболее часто встречающимися типами ВПЧ явились 16, 31, 33, 52, 58 типы. ВПЧ 16 типа (30,7%) достоверно чаще выявлялся в группах HSIL и РШМ по сравнению с группой II (хронический цервицит) и группой III (LSIL). ВПЧ 31 (14%) и 33 (8,7%) типов чаще встречался в группе HSIL. LSIL, обусловленная ВПЧ 52 и 58 типов, встречалась в 10,8% случаев. ВПЧ 58 типа был выявлен у 6,2% пациенток с гистологическим диагнозом HSIL. При РШМ в 13,3% случаев выявлялся ВПЧ 52 типа. По результатам исследования, во II группе наиболее часто встречались 16 (16,7%) и 31 (13,3%) типы ВПЧ; при LSIL – ВПЧ 31 (18,9%), 16 (16,2%), 44 (13,5%), 52, 58 (10,8%), 39, 51 (8,1%) типов; при HSIL достоверно чаще выявлялся ВПЧ 16 (56,2 %), 33 (18,7%), 31 (15,6%) типов. У женщин с РШМ также достоверно чаще встречался 16 тип ВПЧ (40%) и ВПЧ 52 (13,3%). По нашим данным, наблюдается достоверное преобладание ВПЧ группы А9 у пациенток с LSIL, HSIL и РШМ по сравнению с группой II. При LSIL помимо ВПЧ группы А9 выявлена частая встречаемость ВПЧ групп А7, А10, А5.

Заключение

Результаты исследования демонстрируют преобладающую роль различных типов ВПЧ группы А9 в развитии плоскоклеточных интраэпителиальных поражений и рака шейки матки.

ЭКСПРЕССИЯ МИКРОРНК-29 В В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Кан Н.Е., Прозоровская К.Н., Щеголев А.И.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Одной из ключевых «плацентарных» микроРНК, регулирующей инвазию трофобласта в спиральные артерии матки является микроРНК-29b.

Цель

Цель исследования заключалась в оценке экспрессии микроРНК-29b в образцах ткани плаценты при ранней и поздней преэклампсии посредством метода гибридизации in situ (CISH).

Материалы и методы

В основу работы положен анализ плацент, полученных от 23 родильниц в возрасте 23–40 лет и разделенных на четыре группы:

Полученные результаты

У 5 пациенток отмечена ранняя преэклампсия (РПЭ), у 5 беременных – поздняя преэклампсия (ППЭ); группы сравнения составили 8 женщин: 4 женщины с физиологическим течением беременности доношенного срока гестации (поздняя норма – ПН) и 4 пациентки – с преждевременными оперативными родами на 30–32 неделях гестации (преждевременные роды – ПР). Кроме того, в качестве сравнения были взяты образцы плаценты от трех женщин на сроке гестации 10–14 недели (ранняя норма–РН). Для выявления микроРНК на парафиновых срезах использовали калориметрический метод гибридизации in situ (CISH) с дигоксигенином согласно инструкции производителя (Exicon, USA). Продукт реакции визуализировался в виде коричневого окрашивания. Оценка реакции была проведена в баллах: 1 балл – слабое окрашивание, 2 балла – умеренное окрашивание, 3 балла – выраженное окрашивание.

В результате исследования наиболее выраженное имуногистохимическое окрашивание, равное 3 баллам в группе РН, было отмечено в инвазивном трофобласте, синцитио-, цитотрофобласте, также экспрессия микроРНК-29b,

равная 2 баллам обнаружена в малых и больших децидуальных клетках, единичных клетках стромы ворсин плаценты. В образцах плаценты группы ПР и ПН присутствовало слабое окрашивание цитоплазмы синцитиотрофобласта и синцитиальных почек, равное 1–2 баллам. У женщин, страдающих как РПЭ, так и ППЭ экспрессия микроРНК-29b в структурах плаценты отсутствовала, за исключением единичных клеток цито- и синцитиотрофобласта (до 1 балла). Этот феномен можно объяснить повреждением, слущиванием трофобласта при развитии выраженных клинических проявлений преэклампсии, особенно тяжелого течения, что было показано нами при изучении образцов плаценты посредством электронной микроскопии. Это в свою очередь опосредует нарушение гемоплацентарного барьера, усиление гипоксии и развитие плацентарной недостаточности.

Заключение

Таким образом, при развитии клинических проявлений как при ранней, так и при поздней преэклампсии, экспрессия микроРНК-29b значительно снижается во всех гистологических структурах плаценты.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА: МОРФОЛОГИЯ ПОСЛЕДА, ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

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

Минск, Беларусь
БГМУ

Актуальность

За последние 50 лет в экономически развитых странах уровень антенатальной гибели плода снизился в 10 раз, но уровень антенатальной гибели плода остается стабильно высоким.

Цель

Проанализировать течение беременности и родов у женщин с антенатальной гибелью плода, установить причины и факторы риска развития данной патологии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 144 индивидуальных карт беременных и историй их родов на базе 6 ГКБ г. Минска за период 2009–2015 гг. Первую группу (основную) составили 84 пациентки с антенатальной гибелью плода в сроке 25–40 недель гестации, во вторую группу (сравнения) вошли 60 женщин с физиологическим течением беременности.

Полученные результаты

Антенатальная гибель плода произошла на сроках гестации 22–28 недель у 8 беременных (9,5%); на сроках 28–35 недель у 25 беременных (30%);

на сроке более 35 недель у 51 беременной (60,5%). Средний возраст беременных основной группы составил 28±4 год. В основной группе отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выше в 7 раз (преждевременные роды, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность), чем в контрольной. Профессиональный состав в группах был практически идентичен (50% и 45 % составили служащие). Курили во время беременности 21 женщина (25%) первой группы, в контрольной группе – 3 (5%). В основной группе структура гинекологических заболеваний выглядела следующим образом: хронический кольпит – 19% (в контроле 3%); хронический сальпингоофорит – 12% (в контроле 3%); миома матки – 5% (в контроле нет); дисфункция яичников – 5% (в контроле нет). Среди экстрагенитальных заболеваний чаще других встречались заболевания почек: хронический пиелонефрит у 10 (12%) пациенток первой группы, в контрольной группе данная патология не встретилась. Анализ обменных карт беременных, что острые респираторные вирусные инфекции во время беременности встречаются у 16 (19%) пациенток основной группы, контрольная группа – 3 (5%); хронический тонзиллит у 21 (25%) пациенток основной группы, контрольная группа – 4 (7%). Инфекции передающиеся половым путем распределились: уреамикоплазменная инфекция у женщин первой группы встречалась в 9,5% случаев (8 пациенток), контроль – 2% (1 пациентка); хламидийная инфекция выявлена только у женщин с антенатальной гибелью плода основной группы – 6% (5 пациенток).В нашем исследовании недоношенность плода наблюдалась в 48% случаев в основной группе, в контрольной группе – 5%. ВПР встречались в 14% (12 пациентов) случаев основной группы (пороки развития центральной нервной системы – 8 пациентов, пороки развития почек – 4 пациентки). В ходе исследований были выявлены следующие изменения последа основной группы: в 40% – диссеминированное созревание ворсин с преобладанием незрелых терминальных ворсин, 25% – тотальная облитерирующая ангиопатия стволовых ворсин, 9% – ускоренное созревание ворсин хориона, 30% – виллузит и интервиллузит, 5% – диссеминированное созревание ворсин с преобладанием незрелых промежуточных.

Заключение

1. Основной причиной антенатальной гибели плода(по данным патологоанатомического исследования) является хроническая фетоплацентарная недостаточность, развившаяся в результате необратимых дегенеративно-дистрофических изменений плаценты (диссеминированное созревание с преобладанием незрелых терминальных ворсин на фоне воспалительных изменений в плаценте).

2. Учитывая высокий риск гибели плода в сроках 35–40 недель, к трём декретированным срокам УЗИ необходимо добавить дополнительное УЗИ в сроке 35–37 недель беременности.

ЛАЗЕРНАЯ РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ И НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Осипова А.Д., Зуев В.М., Александров М.Т., Ищенко А.И.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность

Перименопауза сопряжена с высоким риском воспалительно-дистрофических, пограничных и опухолевых заболеваний, требующих ранней информативной диагностики.

Цель

Определить возможности и эффективность данного метода для экспресс-диагностики воспалительно-дистрофических и неопластических процессов в перименопаузе.

Материалы и методы

36 женщин с атрофическим вагинитом, дисплазией шейки матки, аномальными маточными кровотечениями, рубцовыми деформациями шейки матки и 18 условно здоровых в возрасте 47–55 лет были обследованы. Использовались традиционные общеклинические и лабораторные методы исследования и лазерная раман-флюоресцентная спектроскопия.

Полученные результаты

Определены спектральные характеристики тканей разных органов репродуктивной системы у здоровых женщин (база данных) с учетом возрастных изменений. В группе пациенток, страдающих вышеперечисленными патологическими состояниями, выявлены выраженные отличия и характерные изменения спектральных характеристик органов половой системы, присущие конкретной нозологической форме заболевания.

Заключение

Лазерная раман-флюоресцентная спектроскопия может быть успешно реализована в экспресс-диагностике воспалительно-дистрофических, пограничных и неопластических заболеваний в перименопаузе.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ НА ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Пархоменко А.А.[1], Долгушина Н.В.[2], Романов А.Ю.[2], Суханова Ю.А.[2]

Москва
1 ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»
2 ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Актуальность

Одной из причин негативного влияния ожирения на репродуктивные исходы у пациенток с избыточной массой тела может быть нарушение обмена адипокинов.

Цель

Изучить роль адипокинов (лептина и адипонектина) в эффективности лечения бесплодия с помощью методов ВРТ у пациенток с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы

147 пациенток с бесплодием, нормальным кариотипом, отсутствием противопоказаний к проведению ВРТ были разделены на две группы: 106 пациенток с ИМТ≥23 кг/м^2, 41 пациентка с ИМТ<23 кг/м^2. У всех пациенток однократно перед проведением программы ВРТ в плазме крови определяли уровень лептина и адипонектина на мультиплексном анализаторе Luminex 200.

Полученные результаты

У пациенток с ИМТ≥23 кг/м^2 отмечалось более высокое содержание в крови лептина (21,9±10,5 нг/мл vs. 7,1±5,6 нг/мл) и более низкое содержание адипонектина (9,7±5,3 мкг/мл vs. 14,3±6,6 мкг/мл) ($p<0,05$). У пациенток с отсутствием беременности уровень лептина был также значимо выше по сравнению с пациентками с наступившей беременностью. Пороговыми значениями эффективности программ ВРТ были 18 нг/мл для лептина и 7 мкг/мл для адипонектина. При ИМТ≥23 кг/м2, уровне лептина > 18 нг/мл и уровне адипонектина < 7 мкг/мл беременность наступала в 2,5 раза реже (ОШ=2,5; 95% ДИ = 1,0; 6,1), живорождение – в 2,3 раза реже (ОШ=2,3; 95% ДИ = 1,1; 5,5).

Заключение

Нарушение обмена лептина и адипонектина с избыточной массой тела и ожирением может быть причиной неэффективности лечения бесплодия с помощью методов ВРТ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ВАГИНИТАХ

Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В.

Хабаровск
Дальневосточный государственный медицинский университет

Актуальность

Среди воспалительных заболеваний женской половой системы вагиниты (60–65%) занимают одно из лидирующих мест, и их число неуклонно увеличивается.

Цель

Оптимизация подхода к тактике лечения пациенток с неспецифическим вагинитом.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 80 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, которым на основании клинических данных и диагностических методов обследования (фемофлор 16) был поставлен диагноз неспецифический вагинит (аэробно-анаэробный вагинит).

Полученные результаты

По результатам исследования данной группы пациенток методом PCR-real-time (фемофлор 16) выявлено, что контроль взятия материала составил 105. Общая бактериальная масса – 106. Титр Lactobacillus spp. был снижен (0,1–0,2 %).

Концентрация факультативно анаэробных условно патогенных микроорганизмов была следующей: Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp. составило 20–22%; Megasphaera spp.+Veillonella spp.+Dialister spp. – (23–31%).

Условно патогенные аэробные микроорганизмы Enterobacterium spp. (10–20%), Streptococcus spp. (107), Staphylococcus spp. (109) были выявлены в повышенном титре.

После верификации диагноза, всем 80 пациенткам, мы назначили локальную терапию Тержинаном (по 1 вагинальной таблетке per vaginum – 10 дней).

Таким образом, воздействия Тержинана охватывало весь спектр выявленной у пациенток патогенной и условно-патогенной микрофлоры.

В процессе лечения нами не было выявлено каких-либо побочных эффектов при использовании данного препарата у пациенток. Жалобы на наличие зуда, жжения, дискомфорта, были ликвидированы в первые 2 суток использования локальной терапии у 87,5% пациенток. Клинические симптомы вагинита (гиперемия, отек, патологический характер белей) были ликвидированы в течение 3-х суток у 93,8% пациенток.

Контрольное обследование проводилось через 4–6 недель, после окончания лечебной терапии. По данным клинического исследования – патологических аспектов не отмечено. Жалоб пациентки не предъявляли. Полученные результаты лабораторного исследования фемофлор 16 свидетельствуют

о том, что средний показатель контроля взятия материала составил 105,5. Средний показатель общей бактериальной массы был 107,2. Количество Lactobacillus spp. составил 107 (70–90%). Факультативно – аэробной и анаэробной флоры не было выявлено. Количество Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp. составило <0,1%.

Заключение

Таким образом, полученные результаты эффективности лечения аэробно-анаэробного вагинита препаратом Тержинан было статистически значимым (p<0,001), и свидетельствует об эффективности его применения при вагинитах данной этиологии.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Погосян Ш.М., Муравьева В.В., Родченко Ю.В., Любасовская Л.А., Мелкумян А.Р., Дубоделов Д.В., Николаева Н.В., Межевитинова Е.А., Припутневич Т.В.

Москва
ФГБУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия.
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Актуальность

Слежение за изменением структуры возбудителей вульвовагинального кандидоза (ВВК), резистентностью их к антимикотикам (АМ) не теряет своей актуальности.

Цель

Оценить особенности этиологии ВВК и чувствительность дрожжевых грибов к АМ у пациенток с острым и рецидивирующим течением заболевания.

Материалы и методы

Обследовано 94 женщины с ВВК: I группа – женщины с рецидивирующим ВВК (РВВК) (n=59), II – с острым ВВК (ОВВК) (n=35). Грибы идентифицировали методом MALDI TOF MS (AutoFlex III, Bruker Daltoniks, Германия). Чувствительность к АМ тестировали с помощью «Fungitest» (Biorad, США).

Полученные результаты

Определение видовой принадлежности 95 изолятов дрожжевых грибов показало, что у женщин с РВВК ведущим возбудителем был вид Candida albicans (C. albicans): в монокультуре у 46 (77,9%) женщин и у одной (1,7%) – в ассоциации с Candida glabrata (C.glabrata). Дрожжевые грибы non-albicans

в монокультуре выявлены в 20,4% случаев (12 женщин) и в одном случае (1,7%) – в ассоциации с C. albicans. Среди изолятов non-albicans наиболее часто выделяли Candida krusei (C. krusei) и C. glabrata (38,4% и 23,1% соответственно). Остальные виды обнаруживали реже: C.kefyr (15,4%), C. guilliermondii (15,4%), Saccharomyces cerevisiae (S. cervisiae) (7,7%). У пациенток с ОВВК в 100% случаев выделен только вид C. albicans. В ходе микробиологического исследования у всех штаммов дрожжевых грибов изучена чувствительность к антимикотикам: амфотерицину (полиены), флуцитозину (фторированный пиримидин), итраконазолу и флуконазолу (триазолы), кетоконазолу и миконазолу (имидазолы). На основании определения минимальной ингибирующей концентрации установлено, что все штаммы C. albicans (100%), выделенные у пациенток I и II групп, были чувствительны ко всем 6 антимикотикам. Изоляты C.kefyr и S. cervisiae были чувствительны ко всем исследованным препаратам. У двух штамов C. glabrata выявлена дозозависимая чувствительность (ДЗЧ) к итраконазолу, к остальным антимикотикам C. glabrata была чувствительна. Все штаммы C. krusei имели 2–4 маркера резистентности (к итраконазолу, кетотоназолу, миконазолу, флуконазолу). У одного штама C. guilliermondii выявлена резистентность к итраконазолу и ДЗЧ к миконазолу и флуконазолу. Суммарно среди non-albicans видов выявлено 46,1% штаммов, имеющих множественную резистентность к АМ.

Заключение

Таким образом, у женщин с РВВК дрожжевые грибы non-albicans встречались достоверно чаще (p=0,037) в сравнении с пациентами с ОВВК. При тестировании чувствительности грибов к АМ, в том числе в динамике при РВВК, не установлено нарастания резистентности штаммов C.albicans. Среди non-albicans видов выявлено 46,1% штаммов, имеющих множественную резистентность к 2–4 антимикотикам. Это изоляты C. krusei и C. guilliermondii, резистентные к флуконазолу, миконазолу, итраконазолу и кетоконазолу.

РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Понизовкина А.И., Сыркашева А.Г., Долгушина Н.В.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Оксидативный стресс негативно влияет на качество гамет и эмбрионов и исход программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Цель

Оценить влияние оксидативного стресса (ОС) на эффективность программ ВРТ на основании оценки маркеров ОС в крови и фолликулярной жидкости (ФЖ) пациенток.

Материалы и методы

108 пациенток были разделены на 2 группы в зависимости от исхода цикла ВРТ: группа 1 – пациентки с наступившей беременностью (n=38) и группа 2 – пациентки с отсутствием клинической беременности (n=70). Стимуляцию яичников проводили по протоколу с антГнРГ. Были изучены: малоновый диальдегид (МДА) и ферментативная активность каталазы в крови и ФЖ.

Полученные результаты

В группе 1 концентрация МДА в крови пациенток была значимо ниже, чем в группе 2 (4,5±0,7 и 4,9±0,7 в группах 1 и 2 соответственно, p=0,0473). В группе 2 была выявлена значимая положительная корреляционная связь между показателями МДА в крови и в ФЖ (r=0,703, p<0,0001), а также отрицательная корреляционная связь с ферментативной активностью каталазы в ФЖ (r=-0,319, p=0,0455). Среднее количество полученных ооцитов и зрелых ооцитов было значимо выше в группе 1 пациенток.

Заключение

Оксидативный стресс может приводить к снижению качества ооцитов и эмбрионов и неэффективности программ ВРТ.

ИННОВАЦИИ В КОНТРАЦЕПЦИИ

Прилепская В.Н.

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

Актуальность

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) являются наиболее популярным методом гормональной контрацепции.

Цель

В настоящее время установлена медицинская необходимость в создании дополнительных стратегий, которые обеспечат достаточный уровень потребления фолатов.

Материалы и методы

Разработаны два новых комбинированных оральных контрацептива с добавлением фолатов: в состав которых входит этинилэстрадиол 20 мкг, дроспиренон 3 мг, метафолин (левомефолат кальция) 451 мкг (Джес Плюс)

и препарат с составом: этинилэстрадиол 30 мкг, дроспиренон 3 мг, Метафолин 451 мкг (Ярина Плюс).

Полученные результаты

В начале 2000х гг FDA одобрило применение нового КОК с пролонгированным режимом приема, специально разработанного для уменьшения общего числа менструаций. В связи с этим было решено создать КОК с гибким режимом дозирования, где женщина может сделать 4-х дневный гормональный интервал в любое удобное для нее время с 25-го по 120-й день цикла. Кроме того был разработан специальный гаджет Клик (Clyk), который напоминает женщине принимать препарат в одно и то же время, информирует в случае пропуска таблетки. При анализе результатов проведенных многоцентровых исследований препарата Джес® пролонгированного режима (ЭЭ 20 мкг + дроспиренона 3 мг) в Европе и Америке по эффективности и безопасности дали положительные результаты. Таким образом, Джес® в гибком режиме дает женщинам возможность планировать время и число менструаций, не причиняя вред ее здоровью и не ставя под сомнение репродуктивные планы.

Заключение

Таким образом, инновации в контрацепции способны не только сохранять репродуктивное здоровье женщины, снижать число абортов и их осложнений, но и позволяет найти индивидуальный подход, заметно улучшая качество жизни женщин.

ЭСТРИОЛ В ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Прилепская В.Н., Назаренко Е.Г.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.акад.В.И.Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Эстриол является эффективным и безопасным препаратом в лечении климактерического синдрома, генитоуринарного синдрома, атрофических процессов, цервикального бесплодия.

Цель

В Центре проведено клиническое исследование по изучению эффективности препарата Овестин в таблетированой форме при климактерическом синдроме.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 50 женщин.

Полученные результаты

В ходе исследования было выявлено, что при лечении 2 мг препарата Овестин перорально положительный эффект был достигнут у всех пациенток. Причем максимальный эффект отмечался со 2-й недели приема препарата. При этом уменьшалась частота и интенсивность симптомов климактерического синдрома (приливов, повышения потливости, возбудимости, нарушения сна и т. д.), индекс Купермана снижался с 43,4 до лечения до 14,6 через 12 недель после начала лечения. Неблагоприятные явления при лечении Овестином возникли у 5,4% пациенток и проявлялись в виде тошноты и кожного зуда. Ни одна пациентка не прекратила лечение досрочно и большинство из них продолжили прием препарата после завершения исследования.

Заключение

Таким образом, эстриол (оригинальный препарат Овестин) ввиду его специфических особенностей действия на таргентные органы и отсутствия пролиферативного влияния на эндометрий и молочные железы является одним из эффективных, приемлемых и относительно безопасных методов терапии при различных гинекологических заболеваниях.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ЭКО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ТФ ОМС

Рудакова Е.Б., Федорова Е.А., Сергеева И.В.

Балашиха
ГБУЗ МО МОПЦ

Актуальность

Эффективность программ ЭКО определяют возраст и овариальный резерв. Возможное решение эффективности ЭКО по ОМС – комплексные программы с ДО и ДЭ.

Цель

Оценить результативность программ ЭКО по ОМС у пациенток с низким и сниженным овариальным резервом в комплексных программах.

Материалы и методы

Проанализированы 312 программ ЭКО по ОМС у пациенток со снижением овариального резерва за 2015–2016 г. Пациентки разделены на 2 группы: 1-я с базовыми программами в 2015 г., 2-я с внедрением комплексных про-

грамм в 2016. Каждая группа поделена на две подгруппы: а – до 38 лет, б – после 38 лет.

Полученные результаты

В 2015 г проанализированы исходы 148 программ: 1а – 79, 1б – 69. В 2016 году проведен анализ 164 программ: 2а – 104, 2б – 60. Оценка овариального резерва в сравниваемых группах достоверной разницы не показала. Количество получаемых ооцитов в 1а группе составила 4.7±1.1, в 1б группе – 4.4±0.6, во 2а группе – 4.9±2.1, в 2б группе – 3.6±0.4. Количество полученных эмбрионов на одну пациентку в 1а группе – 4.1±3.8, в 1б группе – 3.7±1.1; во 2а группе – 7.4±4.4, во 2б группе – 6.6±1.2. У всех пациенток перенос эмбрионов проводился на 5-е сутки культивирования. Количество эмбрионов высокого качества в 1а группе на одну пациентку составил 1.4±03, в1б группе – 1.1±0.3; во 2а группе – 2.4±2.4; во 2б группе – 2.2±1.9. При проведении комплексных программ осуществлялся перенос двух эмбрионов. Один эмбрион, полученный путем оплодотворения ооцитов пациентки спермой мужа (среднего или низкого качества), второй – донорский, полученный путем оплодотворения ДО спермой мужа (высокого качества). В программах с использованием ДЭ переносились эмбрионы высокого качества. При отсутствии «собственных» эмбрионов, проводился перенос двух ДЭ, либо эмбрионов, полученных путем оплодотворения ДО спермой мужа. Результативность программ в 1а группе составила 16.5%, в 1б группе – 11.6%. Исходы программ в гр. 2а – 28.8% , 21.4% в 2б гр. Таким образом, результативность программ в возрастной группе до 38 лет в 2016 году увеличилась на12.3%, а группе старше 38 лет – на 9.8 %. Нужно отметить, что результативность только комплексных программ в возрастной группе до 38 лет составила 42.9%, а возрастной группе старше 38 лет – 41.2%. Нужно отметить 5 комплексных программ, где исходом явилась многоплодная беременность: четыре случая двоен и одна тройня. При этом произошла имплантация как ДО (либо эмбриона, полученного путем оплодотворения ДО спермой мужа), так и собственного эмбриона невысокого качества. Исход 4-х программ – рождение здоровых детей. Одна пациентка продолжает вынашивать беременность.

Заключение

Т.о., исследование показало, что результативность всех программ, выполненных в 2016 г., составила 38,2% на цикл, 39.2% на перенос, т.е. увеличилась на 10% по сравнению с 2015 г. В возрастной группе до 38 лет увеличилась на 12.3%, в группе старше 38 лет – на 9.8%. Результативность только комплексных программ составила 42.9% в группе до 38 лет, а в возрастной группе старше 38 лет – 41,2%, что на 26.4% и 29.6% соответственно выше результативности традиционных программ, выполненных в 2015 г.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИДРОГЕСТЕРОНОМ И МИКРОНИЗИРОВАННЫМ ПРОГЕСТЕРОНОМ ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

В терапии аномальных маточных кровотечений пубертатного периода используют разные препараты, в том числе прогестины. Проведена сравнительная оценка их эффективности.

Цель

Изучить гемостатическую эффективность дидрогестерона и микронизированного прогестерона у пациенток с аномальным маточным кровотечением пубертатного периода.

Материалы и методы

Группа исследования составила 55 человек. 25 человек получали препарат дидрогестерона перорально в суточной дозе 30 мг (группа 1), еще 30 пациенток получали препарат микронизированного прогестерона в суточной дозе 200 мкг (группа 2). Пероральный путь введения препарата имел место у 20 пациенток 2-й группы, интравагинальный – у 10 человек.

Полученные результаты

Клинико-лабораторные и анамнестические параметры пациенток с АМК ПП, а также данные инструментального обследования не отличались значимо между группами, и соответствовали описанным в литературе данным больных АМК ПП.

На фоне лечения гестаген-содержащими препаратами значимых изменений параметров клинического анализа крови и гемостазиограммы выявлено не было.

По данным УЗИ органов малого таза на фоне лечения в обеих группах не происходило клинически значимого изменения толщины эндометрия (перед началом лечения M±δ=12,81±4,39 (4,50–22,00) мм; после гемостатической терапии M±δ=12,23±4,32 (5,00-23,00) мм; Δ=0,58±2,18), а также размера и строения яичников в случае их изначально нормального строения и размеров. УЗ-картина мультифолликулярного или поликистозного типа строения яичников в процессе гемостатической терапии не изменилась. Функциональные кисты яичников, выявленные у 1/5 части пациенток,

к моменту окончания лечения уменьшались в размере на 5-6 мм и претерпевали процесс обратного развития.

На фоне проводимого лечения выраженное уменьшение обильности кровяных выделений произошло на 1 сутки у всех пациенток 1 группы, полноценный гемостатический эффект был получен, в среднем, к 4 дню лечения (M±δ=4,12±1,27, 2–6 суток). Во 2 группе на фоне применения 200 мкг микронизированного прогестерона перорально выраженное уменьшение обильности кровяных выделений из влагалища происходило на 1–2 сутки лечения, полноценный гемостаз был получен также в среднем на 4 сутки терапии (M±δ=4,00±1,30 (2,00–6,00)). Интравагинальное использование препарата привело к выраженному уменьшению обильности кровотечения на 1–3 сутки лечения, а полноценный гемостатический эффект был получен на 3–4 сутки терапии (M±δ=3,50±1,78, 1–6). Среди пациенток 2 группы, принимавших микронизированный прогестерон перорально, нами была выявлена высокая частота нежелательных реакций: у 6 человек (30%) возникли тошнота и рвота, что потребовало прекращения данного лечения. При интравагинальном введении препарата у пациенток 2 группы выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с больными, принимавшими препарат перорально. При любом пути введения микронизированного прогестерона 40% пациенток 2-й группы отмечали выраженную сонливость, что не было выявлено ни в одном случае у пациенток 1 группы.

Заключение

Гемостатическая терапия препаратом дидрогестерона, применяемого в суточной дозе 30 мкг, высокоэффективна и позволяет достичь полноценного гемостатического эффекта в течение 6 дней терапии. Применение микронизированного прогестерона при АМК ПП также имеет высокую эффективность, сопоставимые сроки достижения полноценного гемостатического эффекта, но высокую частоту нежелательных реакций при пероральном применении и негативное восприятие интравагинального пути введения препарата пациентками с ненарушенной девственной плевой.

СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК В АКТИВНОЙ СТАДИИ АКРОМЕГАЛИИ

Станоевич И.В.[1], Воротникова С.Ю.[1], Луценко А.С.[1], Деркач Д.А.[1], Дзеранова Л.К.[1], Григорьев А.Ю.[1], Кудрина Е.А.[2]

Москва
1. ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России;
2. ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность

Пациентки с акромегалией являются уникальной моделью для изучения доброкачественных заболеваний матки: миомы матки (ММ), аденомиоза (АМ) и гиперплазии эндометрия (ГЭ).

Цель

Уточнить структуру доброкачественных гиперпластических заболеваний матки (ДГЗМ) у больных, страдающих акромегалией (в активной стадии).

Материалы и методы

В исследование включено 33 пациентки 20–65 лет с акромегалией в активной стадии. Проведено полное клинико-лабораторное исследование, эхография органов малого таза, по показаниям (отклонения М-эхо / аномальные маточные кровотечения) – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, морфологическое исследование соскобов.

Полученные результаты

Возрастная структура больных характеризовалась преобладанием пациенток позднего репродуктивного и постменопаузального возраста: 3 (6,1%) – ранний репродуктивный (18–24 года), 3 (9,1%) – средний репродуктивный (25–34 года), 9 (27,3%) – поздний репродуктивный (35–44 года), 3 (9,1%) – перименопауза (45 лет – до 1 года после менопаузы), 15 (45,6%) – постменопауза.

В возрастных группах 18–34 лет не выявлено ММ, АМ и ГЭ.

В позднем репродуктивном возрасте АМ, ММ и ГЭ не выявлены у 2 (6,1%) женщин; у 1 (3,0%) – матка удалена ранее в связи с быстрым отмеченным ростом ММ; у 1 (3,0%) – выявлена очаговая простая ГЭ без атипии, у 3 (9,1%) – «активный» АМ, в том числе у одной – в сочетании с эндометриодной кистой яичников; у 2 (6,1%) – сочетание ММ и АМ, у 1 (3,0%) – сочетание ММ, АМ и очаговой простой ГЭ без атипии.

У 1 (3,0%) больной перименопаузального возраста не обнаружено ДГЗМ; у 2 (6,1%) выявлен «активный» АМ.

В постменопаузальной группе пациенток у 7 (21,2%) не выявлено ДГЗМ; у 3 (9,1%) – матка удалена ранее в связи с симптомной миомой матки; у 4 (12,1%) диагностирована миома матки малых размеров, в том числе у 2 (6,1%) – в сочетании с полипом эндометрия; у 1 (3,0%) – АМ, сочетавшийся с эндометриозом яичников.

Заключение

Структура доброкачественных гиперпластических заболеваний матки при акромегалии в активной фазе отличается от пациенток без хронически повышенного уровня инсулиноподобного фактора роста 1, что требует дальнейшего изучения. Данных за повышенную частоту миомы матки при акромегалии по сравнению с общепопуляционной не получено.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Сухарева Е.А.

Сызрань
ГБУЗ СО «Ставропольская ЦРБ»

Актуальность

Главные пути раннего выявления РМЖ – это скрининговые программы и диспансеризация больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями молочных желез (МЖ).

Цель

Разработка организационных решений, направленных на улучшение медицинской помощи женщинам с заболеваниями МЖ.

Материалы и методы

Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения (форма № 12); результаты клинического динамического наблюдения за больными по данным медицинских карт амбулаторного больного (форма 025/У), данные контрольных карт диспансерного наблюдения (форма 030/у).

Полученные результаты

В смотровом кабинете поликлиники по результатам онкоосмотра формировались 4 группы женщин (Приказ от 15.03.2006 г. № 154): 1 – здоровые лица, не имеющие факторов риска по заболеваниям МЖ. Акушерка смотрового кабинета при собеседовании с данной группой рекомендовала им

пройти очередной осмотр через 2 года. 2 группа – лица, имеющие анамнестические факторы риска. Таким женщинам рекомендовали провести дополнительное обследование и давали направление на консультацию специалиста, предлагали обучение в школе женского здоровья. 3 группа – лица, имеющие анамнестические факторы риска и изменения в МЖ. 4 – женщины с изменениями в МЖ без анамнестических факторов риска. Женщин 3 и 4 групп медработник смотрового кабинета направлял на обследование и лечение у специалиста. В свою очередь, у специалиста по результатам медицинских осмотров формируются следующие группы состояния здоровья (Приказ от 03.12.2012 г. № 1006н): 1 – практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении; 2 – женщины с риском патологии репродуктивной системы; 3 – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях; 4 – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационаре; 5 – женщины, с заболеваниями, имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. На основании групп состояния здоровья врач формирует группы диспансерного наблюдения: 1 – здоровые женщины; 2 – здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы; 3 – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и МЖ; 4 – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий; 5 – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

Женщины с выявленными заболеваниями МЖ направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями МЖ находятся под диспансерным наблюдением врача акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике и лечению доброкачественной патологии МЖ.

Заключение

Организационные мероприятия по раннему выявлению РМЖ складываются из внедрения в амбулаторно-поликлиническую сеть ежегодной профилактической маммографии для женщин 35–40 лет, ежегодного онкологического скрининга в смотровом кабинете для женщин с 18 лет, постановки на диспансерный учет больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями МЖ.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ «МАЛЫХ» ФОРМАХ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ АССОЦИИРОВАННЫХ С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Некрасова М.Е.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Следует отметить особую важность оценки качества жизни (КЖ) женщин с «малыми» формами ВПЧ – ассоциированных заболеваний шейки матки.

Цель

Изучить КЖ женщин репродуктивного возраста при «малых» формах ВПЧ – ассоциированных заболеваниях шейки матки.

Материалы и методы

Изучено КЖ 189 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 45 лет), из которых 124 – были ВПЧ-положительными. Были сформированы 3 группы: ASCUS (1 группа – 70); LSIL (2 группа – 54); контрольная группа (NILM, здоровые)(3 группа – 65). Оценка КЖ проводилась с помощью опросника EuroQol EQ-5D.

Полученные результаты

Анкетирование пациенток проводилось 1 раз. Средние показатели КЖ по общему состоянию здоровья у пациенток 1 группы составил 0,83 балла (0,24), 2 группы – 0,81 балла (0,27), что достоверно ниже по сравнению с контрольной группой – 0,94 (0,14) ($p<0,001$). У пациенток с ВПЧ-ассоциированной патологией (1 и 2 группы) были выявлены изменения КЖ – снижение психологического компонента, обусловленного эмоциональным состоянием пациентов, чувством тревоги и беспокойством о негативном влиянии ВПЧ на будущую фертильность сексуальную функцию, в том числе и снижение либидо.

Заключение

При «малых» формах ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки достоверно снижен психологический компонент качества жизни по сравнению с группой контроля.

ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ АУТОИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

Волгоград
Волгоградский Государственный медицинский университет

Актуальность

Наличие естественных аутоантител в организме человека впервые было обнаружено более 100 лет назад. Однако реальным объектом исследований они стали в последние десятилетия.

Цель

Целью настоящего исследования явилось обоснование изучения состояния аутоиммунитета у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузе.

Материалы и методы

Нами проведен анализ исследований, посвященных изучению клинико-прогностического прогностического значения содержания аутоантител при осложненном течении беременности и родов, а также ряде гинекологических заболеваний.

Полученные результаты

В акушерской практике изучение сывороточных аутоантител позволило расширить возможности диагностики и обосновать дифференцированный подход к лечению таких осложнений беременности, как невынашивание, преэклампсия и эклампсия, послеродовые кровотечения. По данным Серовой О.Ф. (2000), аномальные изменения в продукции эмбриотропных антител являются частыми причинами возникновения врожденных пороков развития плода или неразвивающейся беременности. Исследования Замалеевой Р.С. (2009) позволили выявить прогностическую значимость определения аутоантител к NO-синтетазе, двуспиральной ДНК, аутоантител к белку MP-65 и NF-200 в генезе возникновения преэклампсии. По данным Черепановой Н.А. (2007), такие осложнения беременности, как внутриутробная гибель плода, отслойка плаценты, преэклампсия, эклампсия выявлены в 87% случаев у пациенток с дисбалансом аутоиммунитета, характеризующегося патологическим повышением сывороточного содержания аутоантител к ДНК и бета-2-гликопротеину. В исследовании Замалеевой Р.С. (2010) было убедительно доказано, что для беременных с акушерскими кровотечениями на фоне нарушений коагуляции характерно снижение уровней аутоантител

к TrM в сочетании с понижением содержания аутоантител к белкам тромбоцитов – маркерами тромбоцитопатий (TrM-001-15, TrM-008-10, TrM-015-12).

Клиническое применение определения аутоиммунного статуса в гинекологии является предметом научного поиска. Немногочисленны данные по изучению иммунореактивности женщин, страдающих хроническими ВЗОМТ, трубно-перитонеальным бесплодием, генитальным эндометриозом и миомой матки.

В настоящее время в доступной нам мировой научной литературе отсутствуют исследования параметров аутоиммунитета у пациенток с гиперплазией эндометрия. Несмотря на то, что гиперплазия эндометрия рассматривается в качестве фактора риска или предшественника рака тела матки, данной проблеме уделяется достаточно скромное внимание. В первую очередь, это касается исследований, посвященных поиску информативных предикторов формирования и рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия.

Заключение

Это диктует необходимость изучения состояния аутоиммунитета у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия с целью выявления особенностей изменения уровней регуляторных аутоантител и применения их в качестве биомолекулярных маркеров прогнозирования развития гиперплазии эндометрия, риска ее рецидивирования, а также дифференцированного подхода к лечению.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЭНДОМЕТРИОЗ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ И НЕКОТОРЫМИ МУЛЬТИФАКТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Токаева Э.С., Оразов М.Р., Барсегян Л.К.

Москва
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Актуальность

За последние десятилетия в эпидемиологических исследованиях была выявлено взаимосвязь между эндометриозом и различными соматическими заболеваниями.

Цель

Целью исследования стало изучение факторов риска, обусловливающих развитие эндометриоз-ассоциированной тазовой боли у женщин с эндометриозом в репродуктивном возрасте.

Материалы и методы

Исследование включало ретроспективный анализ первичной медицинской документации 100 женщин репродуктивного возраста с тазовой болью, обусловленной эндометриозом, как основную изучаемую группу. В контрольную группу было включено 50 условно здоровых женщин аналогичного возраста.

Полученные результаты

Средний возраст обследуемых женщин составил 39±4 лет.

Изучение соматического анамнеза продемонстрировало, что количество заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, аутоиммунных заболеваний, было достоверно больше в основной группе, чем в группе контроля ($p<0,05\%$).

Анализ частоты экстрагенитальных заболеваний выявил среди исследованных: гипертоническая болезнь (14,8% и 2.3%, $p<0,05\%$); атопический дерматит (2,5% и 1.2%, $p<0,05\%$), ревматизм (9,1% и 2,1% $p<0,05\%$), сахарный диабет (11,6 % и 3,0 % $p<0,05\%$), хронические заболевания печени и желчевыводящих путей (29,0% и 9,0 $p<0,05\%$).

Заключение

Полученные результаты позволяют заключить о том, что у пациенток с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью выявлен отягощающий соматический анамнез, проявляющийся различными заболеваниями сердечно-сосудистой, желчных путей и эндокринной системы.

СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Ферамузова Э.Э., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Иванян А.Н.

Смоленск

ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность

Частота оперативных вмешательств на яичниках составляет 7–26%, что негативно сказывается на процессах костного метаболизма.

Цель

Целью исследования явилась оценка изменения метаболизма костной ткани у женщин после резекции яичников с гормональной терапией и без гормональной терапии.

Материалы и методы

Прооперировано 25 женщин с эндометриоидными кистами (1 группа) и 10 (2 группа) – с дермоидными кистами и цистаденомами. До операции и через

6 месяцев, всем пациентам определены остеокальцин и ßcrossLaps. 1 группа получала в послеоперационном периоде гестаген (диеногест) в течение 6 месяцев, 2 – без гормональной терапии.

Полученные результаты

До операции средний уровень ß-CrossLaps в 1 группе был достоверно выше в 1,5 раза, по сравнению с аналогичным показателем во 2 группе ($p<0,05$). Остеокальцин в 1,1 раза выше во 2 группе, чем в 1 группе ($p<0,05$). Результаты исследования биохимических маркеров метаболизма костной ткани указывают на изменение направления костного обмена у женщин с эндометриоидными кистами (1 группа) в сторону остеорезорбции в сравнении с женщинами с дермоидными кистами и цистаденомами (2 группа). В послеоперационном периоде в 1 группе уровень ß-CrossLaps снизился на 1,2 раза по сравнению с исходными данными, остеокальцин – увеличился в 1,4 раза ($p<0,005$). Во второй группе – ß-CrossLaps увеличился в 1,2 раза, остеокальцин – снизился на 1,1 раза. Повышение остеокальцина и снижение ß-CrossLaps в 1 группе говорит о восстановлении процессов образования новой костной ткани и замедлении остеоразрушения. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем остеокальцина и ß-CrossLaps в 1 группе ($r=0,68$; $p=0,0002$), и во 2 ($r= 0,76$; $p=0,000001$).

Заключение

У женщин с эндометриоидными кистами процессы остеорезорбции превалируют над остеосинтезом.

Оперативное лечение и гормональная поддержка (1 группа) в послеоперационном периоде способствуют нормализации соотношения новообразования и разрушения костной ткани, повышая остеосинтез.

Оперативное лечение без гормональной поддержки в послеоперационном периоде у пациенток 2 группы приводит к ускорению процессов остеорезорбции.

Остеокальцин и ß-CrossLaps – высокоинформативные маркеры, которые могут использоваться для диагностики нарушений метаболизма костной ткани.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО МОЛЕКУЛЯРНОМУ ПРОФИЛЮ ТКАНЕЙ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Франкевич В.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., Борисова А.В., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Назарова Н.М.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Разработка и внедрение в клиническую практику быстрого и неинвазивного метода клинической диагностики с помощью масс-спектрометрии.

Цель

Изучить молекулярный состав тканей и биологических жидкостей для поиска диагностических и прогностических биомаркеров гинекологических патологий.

Материалы и методы

Прямая масс-спектрометрия, неинвазивная диагностика, цитологическое исследование, метаболомное и протеомное исследование тканей, цервиковагинальной жидкости, перитонеальной жидкости, плазмы.

Полученные результаты

Метод прямой масс-спектрометрии (масс-спектрометр Maxis Impact, Bruker, Германия) был использован для быстрого молекулярного профилирования (в том числе в режиме реального времени) тканей и биологических жидкостей.

Анализ материалов от 130 пациенток с эндометриозом, неоплазиями шейки матки различной степени тяжести, вызванные вирусом папилломы человека, или раком молочной железы позволил выявить различия в липидном составе нормальных и патологических тканей. Найденные масс-спектрометрические отличия были проанализированы в сочетании с морфологическими особенностями и в сравнении с группой контроля. На втором этапе проводился поиск предварительно идентифицированных биомаркеров в плазме крови, перитонеальной жидкости или ЦВЖ с целью создания неинвазивного метода диагностики больных. Также, по полуколичественному анализу протеомного состава цервиковагинальной жидкости выявлено достоверное разделение контрольных образцов (NILM) и групп ASCUS, LSIL, HSIL пациенток с неоплазиями шейки матки.

Работа выполнена при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации (соглашение №14.613.21.0059 от 28 июля 2016, RFMEFI61316X0059).

Заключение

Впервые подход прямой масс-спектрометрии был применен для поиска биомаркеров и разработки методов диагностики патологий у пациенток с эндометриозом, неоплазиями шейки матки различной степени тяжести, раком молочной железы. Результаты данных исследований могут приблизить нас к пониманию патобиологии заболеваний и дают возможность разработать новые способы ранней диагностики и лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Хлебкова Ю.С., Вишнякова П.А., Высоких М.Ю., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Погосян Ш.М.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (ЦИН) является многофакторным заболеванием и поиск факторов риска развития данной патологии является актуальным.

Цель

Поиск факторов риска развития и прогрессии ЦИН.

Материалы и методы

По результатам цитологии 122 женщины разделены на 4 группы (Бетесда): NILM–30,ASCUS–32; LSIL–30; HSIL–30 пациенток. Для выявления клинико-анамнестических факторов риска развития ЦИН проведен многофакторный анализ(возраст, начало половой жизни, количество половых партнеров, роды, аборты, курение, КОК, ВПЧ, ИППП, наследственность, ИМТ).

Полученные результаты

При оценки факторов риска развития ЦИН выявлены следующие закономерности: количество родов и абортов в анамнезе в группах женщин LSIL и HSIL было значительно больше по сравнению с группой контроля. 23% пациенток группы HSIL отмечали курение, что достоверно выше по сравнению с контрольной группой (10%) ($p<0,05$). Следует отметить, что наличие ВПЧ-инфекции также явилось достоверным фактором риска развития ЦИН,

так как в 2 раза чаще встречался у пациенток с HSIL, чем в контрольной группе (p<0,05). По данным нашего исследования, основными факторами являются количество родов и абортов в анамнезе, ВПЧ-инфекции, а также курение. При проведении корреляционного анализа основных выявленных нами факторов риска развития ЦИН была выявлена достоверная положительная корреляция. Между курением, количеством родов и абортов в анамнезе выявлена значимая корреляционная связь (значимость коэффициента Спирмена p=0,449), а так же между наличием ВПЧ и курением (p=0,540), в то время как между наличием ВПЧ и количеством родов и абортов – низкая корреляция (p=0,165). Следовательно, пациентки с наличием одного из этих факторов являются группой риска по развитию ЦИН. Таким образом, с учетом клинико-анамнестических данных нами выявлены наиболее значимые факторы риска развития ЦИН: количество родов и абортов в анамнезе, наличие ВПЧ-инфекции, а также курение.

Заключение

Пациенткам с выявленным фактором риска показано более тщательное наблюдение с целью раннего выявления и прогрессии ЦИН, а также определения дальнейшей тактики ведения пациентки с уже имеющейся ЦИН.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Хлебкова Ю.С., Межевитинова Е.А., Бурменская О.В., Донников А.Е., Высоких М.Ю., Прилепская В.Н., Вишнякова П.А., Погосян Ш.М.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Высокая заболеваемость ЦИН женщин молодого возраста и спорные вопросы тактики ведения, обусловливает актуальность поиска маркеров для ранней диагностики и течения ЦИН.

Цель

Изучить мРНК генов, регулирующих пролиферацию и клеточный цикл (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16)), апоптоз (BCL2) и рецепторный аппарат клеток (PGR)у пациенток с ЦИН.

Материалы и методы

По результатам цитологического исследования 97 пациенток разделены на 4 группы (Бетесда): NILM–28,ASCUS–28;LSIL–22;HSIL–19 женщин, всем

проводилось определение уровня экспрессии мРНК исследуемых генов методом ПЦР, пороговое значение функции в точке cut-off составило 57%.

Полученные результаты

По результатам исследования было выявлено, что в группе контроля индекс риска неопластической трансформации (ИР) составил 11,6 [5,1–3,2], в группе ASCUS 10,1 [2,3–35,5], в LSIL 28,8 [7,3–63,8] и в группе HSIL данный показатель был равен 68 [12,5–93,4]. Следует отметить, что ИР увеличивался с прогрессией ЦИН, однако статистически достоверные различия были выявлены только в группе HSIL (p=0,005).

Заключение

Исходя из полученных данных, определение уровня ИР мРНК генов MKI 67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR и BCL2 может быть использовано в ранней диагностике и прогнозирования течения ЦИН, а также данные маркеры помогут усовершенствовать алгоритм и правильно определить тактику ведения пациенток с ЦИН.

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ЭПИЛЕПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.., Казакова Ю.В., Орехов А.Б., Шетикова О.В.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Учащение эпилептических приступов во время беременности является серьезным осложнением, рассматривающимся как медицинское показание к ее прерыванию.

Цель

Разработать патогенетические способы купирования рецидивов эпилепсии, индуцированных беременностью и резистентных к противосудорожной терапии.

Материалы и методы

25 женщин с фокальной эпилепсией, находившихся в ремиссии до наступления беременности и имевших рецидив эпилептических приступов в 1 и 2 триместре беременности. Критерий включения: отсутствие значимых изменений концентраций противосудорожных препаратов в крови во время беременности в сравнении с исходными до беременности показателями.

Полученные результаты

Всем женщинам было проведено исследование уровня прогестерона в крови сразу после рецидива или учащения приступов. У 15 из 25 пациенток отмечено снижение концентрации прогестерона до 17,4 + 0,4 нмоль/л. С учетом предположения, что декомпенсация эпилепсии была индуцирована изменением гормонального фона во время беременности, женщинам со сниженным уровнем прогестерона в крови была назначена терапия дидрогестероном. Доза препарата подбиралась индивидуально, под лабораторным контролем с целевой концентрацией более 100 нмоль/л. Применение дидрогестерона привело к полному прекращению эпилептических приступов в течение всей беременности у 8 из 15 пациенток, у 3 из 15 отмечалось уменьшение приступов более чем на 50%, у 4 пациенток приступы сохранялись во время всей беременности, но их частота и продолжительность позволила пролонгировать беременность. В целом клинически значимых эффект терапии дидрогестероном отмечен у 11 из 15 пациенток. У 5 пациенток эффект отмечался при достижении концентрации прогестерона от 80 до 100 нмоль/л, у 3 по достижении 100–110 нмоль/л, у 3 – 110–123 нмоль/л.

Заключение

В случае рецидива приступов во время беременности, не сопровождавшегося снижением концентрации противоэпилептических препаратов в крови, дальнейшее наращивание дозы антиконвульсантов представляется малоперспективным. В этом случае целесообразно использование гормональных препаратов в виде назначения дидрогестерона в дозах от 40 до 120 мг/сут, соответствующих концентрации прогестерона в крови от 80 до 123 нмоль/л, что в нашем исследовании позволило стабилизировать течение эпилепсии у 73,3% пациенток.

ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ И РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Чернова В.Ф., Карнаухов В.Н., Файзуллин Л.З., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Задачей современной медицины является разработка современных маркеров диагностики плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (SIL) и рака шейки матки (РШМ).

Цель

Оценить экспрессию микроРНК генов у пациенток с SIL различной степени тяжести и РШМ.

Материалы и методы

В исследовании включены 95 женщин в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст 32,7 ± 0,5 лет). Проводился клинический осмотр, расширенная кольпоскопия, определение уровня микроРНК (miR-22, 25, 92a).

Выделены 4 группы:

1 группа – 31 пациентки LSIL; 2 группа – 26 пациенток с HSIL; 3 группа – 6 пациенток с РШМ; 4 группа (контрольная) – 32 здоровых пациенток.

Полученные результаты

У пациенток с SIL шейки матки отмечалось снижение, более чем в 2 раза уровня экспрессии генаmiR-22 по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). Однако, при проведении сравнительного анализа среди пациенток с LSIL и HSIL достоверных отличий экспрессии гена miR-22 выявлено не было ($p>0,05$). Изучение уровня экспрессии гена miR-92a установило, трехкратное и более повышение уровня экспрессии miR-92a при HSIL и раке шейки матки, по сравнению с группой контроля. При LSIL экспрессия miR-92a практически не отличалась от нормы ($p>0,05$). Изучение экспрессии генамикроРНК-25 выявило незначительное его увеличение при SIL, однако достоверных статистических различий по сравнению с нормой выявлено не было ($p>0,05$).

Оценка показателя суммарной экспрессии геновmiR-22+miR-25 была почти в 3 раза ниже у пациенток cSILи РШМ, по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). Показатель суммарной экспрессии miR-22 + miR-92a достоверно информативней, по сравнению с показателями уровня экспрессии каждого микроРНК по отдельности. Так снижение суммарного показателя уровня экспрессии miR-22+ miR-92a отмечался в 2,6 раз у пациенток с LSIL и в 6 и более раз у пациенток с HSIL и РШМ ($p<0,001$).

Заключение

Таким образом, изменение профиля экспрессии микроРНК, может рассматриваться как потенциальный диагностический маркер SIL и РШМ.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Чистякова И.А., Козырева О.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Эффективному лечению хронических воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин должна способствовать комплексная терапия, включающая лечебную гимнастику.

Цель

Совершенствование модели комплекса лечебной гимнастики (ЛГ) в лечении женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки (ХВЗПМ).

Материалы и методы

Обследованы 51 пациентка в возрасте от 22 до 46 лет с верифицированным диагнозом ХВЗПМ. Общеукрепляющую ЛГ получили 25 пациенток (II группа), а у остальных 26 человек (I группа) ее сочетали с комплексом дыхательной гимнастики, упражнениями для мышц тазового дна и сложно-координационными для мелкой моторики. Курс составил 6 занятий с инструктором.

Полученные результаты

Критериями объективизации эффективности, проведенной ЛГ являлись ряд функциональных показателей: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), экскурсия грудной клетки (ЭГК), показатели динамометрии правой и левой рук (ДПр и ДЛ), а также интегральный показатель биологического возраста по Л.М. Белозеровой.

Занятия в обеих группах проводили мало-групповым методом, 3 раза в неделю, в течение 2 недель. Реакция на занятия была адекватной, все физическую нагрузку переносили хорошо. Следует отметить, что только 3 (5,9%) женщин регулярно занимались физическими упражнениями, 7 (13,7%) – нерегулярно, а остальные 41 (80,4%) – т.е. подавляющее большинство, физкультурой не занимались.

Исходные показатели в обеих сравниваемых группах были статистически однородны ($p \geq 0,05$) и отличны от нормативных.

По окончании занятий ЛГ в I и II группах пациенток выявлено достоверное увеличение ($p \leq 0,05$) показателя ЖЕЛ с 3,085±0,069 до 3,319±0,076 и с 3,032±0,070 до 3,136±0,070 мл; ЭГК с 8,412±0, 205 до 9,227±0,252 и с

8,520±0,208 до 8,928±0,234 см; ДПр с 20,977±0,223 до 22,231±0,237 и с 20,836±0,236 до 21,456 до 0,247 кг; ДЛ с 19,169±0,194 до 20,462±0,210 и с 19,216±0,179 до 19,820±0,250 кг соответственно. Важно отметить, что конечные результаты между I и II группами пациенток также были статистически отличны ($p \leq 0,05$).

Динамика интегрального показателя биологического возраста (БВ) у пациенток I группы составила: 71,0±0,6 от должного 44,5±0,5, до 64,2±0,6 у.е. А у пациенток II группы – 70,8±0,5 от должного 44,5±0,4, до 69,7±0,6 у.е. Т.е. показатель БВ в I группе пациенток увеличился с 62,0 до 69,5%, а во II группе лишь с 62,9 до 63,9% от должного, что не было значимым.

Исходя из полученных данных и после их математической обработки выявлено повышение общей эффективности занятий на 15%, показателей дыхательной функции на 5%, а силы – на 3% только у пациенток I группы, получавших модифицированный курс общеукрепляющей и специальной ЛГ.

Заключение

Несмотря на широкий перечень лечебных мероприятий у женщин с ХВЗПМ ЛГ нет в стандартах лечения этого заболевания. Поэтому необходим поиск и совершенствование модели комплекса ЛГ с целью активации функциональных адаптационных резервов организма женщины с хронической гинекологической патологией. Полученные нами данные свидетельствуют об эффективности применения с этой целью модифицированного курса общеукрепляющих и специальных лечебных упражнений.

НОВЫЙ МЕТОД ИНДУКЦИИ РОСТА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Бурдули А.Г., Абубакиров А.Н., Куземин А.А.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Эндометрий недостаточной толщины и рецептивности является одной из причин снижения возможности наступления беременности в программе ЭКО.

Цель

Целью исследования являлась оценка эффективности применения газовой смеси (CO_2+N_2) в лечении тонкого эндометрия при подготовке пациентки к программе ЭКО.

Материалы и методы

Локальное воздействие CO2 на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, усилением метаболизма в тканях, восстановлением рецепторной чувствительности, усилением репаративных процессов и активацией фибробластов.

Полученные результаты

При проведении первого УЗИ, до начала проведения газового орошения эндометрия, толщина последнего варьировалась от 3,1 мм до 5,9 мм. В ходе последующих УЗИ выявилось следующее: через 2 дня после первого орошения эндометрия (CO2+N2) толщина последнего увеличилась на 2,7–3,3 мм, через два дня после второго орошения – еще на 1.8–3.4 мм, а после третьего орошения толщина эндометрия соответствовала 8,3–12,8 мм. Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами и физиотерапевтическими процедурами, прослеживается четкая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси (CO2+N2)

Заключение

Орошение эндометрия смесью (CO2+N2) является высокоэффективным средством лечения тонкого эндометрия при подготовке пациентки к программе ЭКО.

СОХРАНИТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ!!! НОВАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА

Шнейдерман М.Г., Кан Н.Е., Тетруашвили Н.К., Тютюник В.Л., Ходжаева З.С., Тимошина И.В., Нурутдинова Р.А., Муминова К.Т., Некрасова М.Е., Куземин А.А., Дегтярева Е.И.

Москва
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность

Механизм действия пессария при беременности заключается в профилактике процесса раскрытия шейки матки за счет сдавления стенок шейки матки внутренней окружностью кольца.

Цель

Новая модель имеет несколько конструктивных отличий от существующих устройств и надежно препятствует раскрытию шейки матки у беременных женщин.

Материалы и методы

Акушерский пессарий выполнен из высококачественного силикона, определенной упругости и плотности. Внутренняя часть пессария изготовлена из силиконовой резины с твердостью по Шору А-60 ед.

Полученные результаты

Первые предварительные испытания модифицированной модели пессария доктора Шнейдермана на 64 беременных женщинах показали их высокую надежность и эффективность. У всех женщин беременность была сохранена.

Преимущество новой модели акушерского пессария доктора Шнейдермана перед существующими образцами состоит в следующем:

1. За счет наружных вырезов и вертикальных «лепестков» происходит дополнительная надежная фиксация кольца во влагалище.

2.Благодаря четырем выпуклостям, расположенным по внутренней поверхности кольца, предотвращается нежелательное раскрытие цервикального канала у беременных женщин при истмико-цервикальной недостаточности.

3. За счет четырех полукруглых вырезов на наружной поверхности кольца уменьшается площадь соприкосновения и давления пессария на слизистую влагалища, понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.

4. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого через четыре наружных выреза.

5. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.

Оптимальное время использования акушерского пессария – от 17 до 37 недель беременности после чего пессарий удаляется.

Заключение

Использование нового вида акушерского пессария доктора Шнейдермана позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ, В КАЛИНИНГРАДЕ И ОБЛАСТИ

Шостак Д.П., Пашов А.И., Стуров В.Г.

Калининград, Новосибирск
Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия.
Новосибирский национальный исследовательский государственный университет

Актуальность

К отдельной группе тромбофилий относятся наследственно обусловленные состояния, связанные с мутациями генов.

Цель

Анализ данных тестирования полиморфизма генов, ассоциированных с тромбофилией у женщин региона для оптимизации профилактики тромбогенных осложнений.

Материалы и методы

Обследовано 115 женщин, планирующих беременность, а также пациентки перед назначением МГТ или гормональной контрацепции. Исследованию подверглись гены свертывания крови, гены системы фибринолиза, гены фолатного обмена, гены гликопротеинов тромбоцитарных рецепторов. Методы – ПЦР-масс-спектрометрия.

Полученные результаты

По результатам исследований за 2015–2016 гг., наиболее часто наследственные тромбофилии обусловлены полиморфизмом генов – ингибитора активатора плазминогена (PAI-1) и тканевого активатора плазминогена – PLAT, а также снижением активности фолатного обмена. Последнее предполагалось при выявлении носительства мультигенных гомозиготных полиморфизмов в генах фолатного статуса (MTHFR, MTRR, MTHFD). Данные варианты полиморфизмов, предрасполагающих к развитию гипергомоцистеинемии, в исследуемых группах выявлено 32% пациенток. Так, по нашим данным, полиморфизм PAI-1 в 4 раза повышает риск возникновения осложнений беременности. Полиморфизм гена протромбина G20210A в гетерозиготном состоянии встречается редко (1,9%), но сочетание с мутацией FV-Leiden G1691A неблагоприятно и является противопоказанием для назначения комбинированной оральной контрацепции, так как риск возникновения тромбоза возрастает почти в 100 раз.

Заключение

Согласно полученным данным, генетическое обследование показано всем женщинам, имеющим в анамнезе повторные перинатальные потери, синдром привычной потери плода, тромботические и тромбоэмболические

осложнения у себя или близких родственников, а также перед назначением комбинированной оральной контрацепции или менопаузальной гормонотерапии женщинам высокой группы риска.

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕВОЧКАМ-ПОДРОСТКАМ

Яковлева Э.Б., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.

Донецк
Донецкий Республиканский центр охраны материнства и детства

Актуальность

Охрана здоровья подростков, молодежи и их лечение является серьезной проблемой для врачей всех специальностей.

Цель

Повысить эффективность сохранения репродуктивного здоровья подростков и молодежи в современных условиях.

Материалы и методы

Исследование проведено в отделе репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи ДРЦОМД. Использовались данные анализа годового отчета работы отделения «Молодежная клиника» за 2015–2016 гг. Статистическая обработка всех данных проведена методами вариационной статистики с использованием стандартного пакета программы Excel 2010.

Полученные результаты

В Донецком Республиканском центре охраны материнства и детства функционирует сеть комплексной помощи детям, подросткам и молодежи по сохранению репродуктивного здоровья. Основное звено – отделение детской и подростковой гинекологии («ОДПГ»). Целевая группа от 0 до 18 лет. Отделение функционирует с 1992 года, где и по сей день царит творческая атмосфера, оказывается лечебная и диагностическая помощь высокого уровня. Служба курируется профессорами кафедры ФИПО акушерства, гинекологии и перинатологии. На базе отделения проходят специализацию, стажировку на рабочем месте акушеры гинекологи городов и районов, интерны-педиатры, составившие в будущем основу гинекологической помощи девочкам и девочкам-подросткам в Республике. По данным годового отчета за период работы в 2016 г. было 7104 обращений: в возрасте с 14 до 17 лет составило 3694 человек (52%), причем, из них юноши 259 чел. (7%), а в возрасте от 18 до 24 лет 3409 человек (48%), из них молодые люди 920 чел. (27%). Количество посетителей, которые направлялись специалистами педа-

гогами и специалистами социальной службы выше уровня 2015 года в 1,3 раза, что говорит об эффективной профилактической работе, проводимой сотрудниками среди учащихся и студентов учебных учреждений (на основании договора и плана мероприятий). Сотрудниками отделений и подготовленными волонтерами, из числа учащейся молодежи, проводится активная профилактическая деятельность: за 2016 г. проведено 43 выездных мероприятия (тренинги, лекции, круглые столы, форумы, акции, радио и телепередачи) и охвачено групповыми видами профилактики 1530 человек целевой аудитории. В центре постоянно функционирует учебный центр.

Заключение

Грозным последствием сложившейся обстановки на Донбассе является снижение потенциала здоровья каждого последующего поколения по отношению к предыдущему. Становится очевидным, что функционирующая сеть «ОДПГ» может быть лучшим практическим примером в повышении эффективности сохранения репродуктивного здоровья подростков и молодежи в современных условиях.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ НИЗКОГО УРОВНЯ ВИТАМИНА D

Ячинская Т.В., Пестрикова Т.Ю.

Хабаровск
ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность

В условиях возрастного снижения половых гормонов, дефицит D – гормона лежит в основе ряда патологических состояний и заболеваний у женщин постменопаузального периода.

Цель

Оценка эффективности применения МГТ и колекальциферола у женщин с климактерическим синдромом и низким уровнем витамина D в крови в период ранней постменопаузы.

Материалы и методы

Исследован модифицированный менопаузальный индекс Куппермана (ММИ) у 90 женщин 46–58 лет, с вазомоторными симптомами на фоне низкого уровня витамина D в крови – исходно, через 3 и 12 месяцев.

Критерии обеспеченность витамином D по содержанию в крови 25(OH)D: дефицит <20 нг/мл, недостаточность <30 нг/мл, норма >30 нг/мл.

Полученные результаты

В группе всех обследованных средний исходный уровень 25(OH)D – 23,01 нг/мл. При этом дефицит витамина D отмечен у 48,6% (n=71); 48 женщин (32,9%) имели недостаточность и только у 27 пациенток (18,5%) имели достаточный уровень 25(OH)D.

Группы наблюдения:

1-я группа – n=30 с дефицитом витамина D – принимали МГТ и колекальциферол

2-я группа – n=30 с недостаточностью витамина D – получали МГТ и колекальциферол

3-я группа – n=30 с дефицитом витамина D – получали только МГТ

1 и 2 группы принимали ежедневно колекальциферол по 5000 МЕ в день первые два месяца, далее по 2000 МЕ ежедневно.

При оценке ММИ средний балл интенсивности судорог и онемения составил 1,40±0,15. Судороги наблюдались у 66,67±6,09% респондентов преимущественно средней интенсивности – 33,33±6,09%.

При оценке частоты и интенсивности судорог у респондентов с дефицитом и недостаточностью витамина D с использованием критериев Стьюдента, Фишера и Манна-Уитни было выявлено, что, чем выше концентрация витамина в крови, тем реже проявляются судороги ($p<0,001$) и тем ниже их интенсивность ($p<0,05$). При оценке характера и степени тесноты связи уровня витамина D и судорог по методу квадратов Пирсона также получена обратная средняя связь ($r_{xy}=-0,5$).

У респондентов 1 и 2 групп в результате лечения, на фоне достоверного увеличения концентрация витамина D в крови в 1,80–2,65 раза ($p<0,01$), имело место достоверное снижение частоты и интенсивности судорог ($p<0,001$). Пациенты 3 группы частоту и интенсивность судорог имели достоверно выше ($p<0,001$) даже на фоне проводимой МГТ. При оценке психоэмоциональных нарушений, во всех группах преобладали утомляемость ($p<0,05$), снижение памяти ($p<0,05$), угнетение/отсутствие либидо ($p<0,01$) и сонливость($p<0,01$) . В группе 1, помимо этого, на фоне дефицита витамина D, у половины респондентов отмечалось снижение аппетита. В процессе терапии в группах 1 и 2 на фоне комбинации МГТ и витамина D достоверно снизилась утомляемость и сонливость ($p<0,05$) и улучшилось либидо ($p<0,05$), у пациентов всех групп значительно улучшились память и внимание ($p<0,01$), однако в 1 и 2 группах данные изменения были более значимы. Депрессия, наблюдаемая в группе 1 (86,67±6,91%), на фоне проводимой терапии практически исчезла ($p<0,001$).

Заключение

Таким образом, учитывая всем известное положительное влияние витамина D на здоровье костной системы для женщины в период менопаузы, и всё большее количество новых фактов, указывающих на снижение ряда хронических заболеваний и состояний, необходимо своевременное выявление и коррекция низких показателей витамина D в крови. Назначение коле-

кальциферола может значительно снизить психоэмоциональные и нейровегетативные проявления климактерического синдрома у женщин в постменопаузе, значительно улучшив её качество жизни.

РОЛЬ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)» (ПРИКАЗ № 572-Н) В ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Адамян Л.В.[1,2], Смольнова Т.Ю.[2,1], Конышева О.В.[3,2], Михсин С.В.[3], Вечорко В.И.[3]

Москва
1 ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России
2 Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России
3 ГКБ №15 им. Филатова О.М.

Прошло 5 лет с момента начала действия Порядка, который был дан практическому здравоохранению с целью выбора оптимальных стратегий ведения беременных, рожениц, родильниц, а также больных с гинекологической патологией, унификации и стандартизации медицинской помощи для улучшения перинатальных исходов, снижения материнской и гинекологической заболеваемости и смертности.

Проведен анализ изменений в организации специализированной акушерско-гинекологической помощи беременным с сердечно-сосудистой пато-

логией на поликлиническом этапе на базе многопрофильной ГКБ №15 им Филатова О.М.

В 2016 году в амбулаторном отделении специализированной помощи беременным (ОСПБ) на базе ГКБ №15 было проконсультировано 9015 беременных, из них 5925 (65,7%) – беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ведущей патологией, выявленной на амбулаторном этапе, были: малые аномалии сердца (МАС) (пролапс митрального клапана, открытое овальное окно, дополнительные хорды левого желудочка, аневризма межпредсердной перегородки) – 36%, нарушения сердечного ритма – 18%, артериальная гипертензия – 17,5% и др. Из них 4300 (47%) беременным было рекомендовано родоразрешение в специализированном по сердечно-сосудистым заболеваниям родильном стационаре.

В 2016 г. на базе акушерского отделения было родоразрешено 8097 женщин, из них с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 3222 (39,8%). Ведущими заболеваниями на стационарном этапе были: структурные аномалии сердца – 70,6% (МАС – 49,7%), артериальная гипертензия – 16,1%, нарушения сердечного ритма – 10% и т.д. Таким образом, основная патология, выявляемая на амбулаторном этапе, идентична основной патологии стационара.

В 2016 году было отмечено снижение доли малых аномалий сердца в структуре заболеваемости стационара до 49,7% по сравнению с 85,3% и 97,9% в 2015 и 2014 гг соответственно, что объясняется адекватным распределением больных в другие стационары г. Москвы и регионов. Так, до 25% в 2016 году по сравнению с 16% в 2015 году увеличилось направление для родоразрешения в стационары при многопрофильных больницах при одновременном снижении направлений в роддома общего профиля (28% в 2016 году и 52% в 2015 г). Вместе с тем отмечена положительная динамика концентрации пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией для родоразрешения на базе ГКБ№15 до 47% по сравнению с 32% в 2015 году. Налицо реализация «Порядка».

Возрастание роли адресного ВМП подтверждает тенденция уменьшения доли иногородних пациенток с 40% в 2014 году, до 33 и 27% в 2015 и 2016 гг.

Расширением использования метода ЭХОКГ – как обязательного метода обследования беременных с сердечно-сосудистой патологией, прописанном в Порядке, обусловлено увеличение частоты амбулаторного проведения ЭХОКГ на базе ОСПБ: с 493 до 938 случаев в 2015 и 2016 гг соответственно.

В результате правильной маршрутизации и пренатального скрининга отмечено снижение частоты врожденных пороков у новорожденных с 6,3 и 7,8% в 2014 и 2015 году до 3,4% в 2016 г, что подтверждает роль своевременной пренатальной диагностикой. Одновременно у плодов отмечено увеличение пороков сердечно-сосудистой системы до 66,7% в 2016 году (60,7 и 52,4% в 2015 и 2014 гг.), что обусловлено сочетанной патологией сердечно-сосудистой системы одновременно у матери и плода.

Выполнение Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи у беременных с сердечно-сосудистой патологией на уровне амбулаторного

звена является концептуальным аспектом в профилактике ряда осложнений, как у матери, так и плода. У плода – это прежде всего пренатальная диагностика с целью обнаружения врожденных аномалий и возможность своевременного получения ВМП как в пренатальный так и постнатальный периоды, что стало возможным благодаря Прядку. У матери – это профилактика кардиоэмболических осложнений, что становится крайне актуальным при отдельных вариантах внутрисердечных аномалий и их сочетаний. Именно кардиоваскулярная патология определяет течение беременности и особенности родоразрешения, а в последствии – трудоспособность и жизненный прогноз.

СОДЕРЖАНИЕ

3 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕИНВАЗИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Аминодова И.П., Посисеева Л.В.

4 РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К БЫСТРОМУ КУПИРОВАНИЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕНИТАЛИЙ
Андреева М.В., Смолова Н.В.

5 ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ
Андреева М.В., Фетисова Е.С.

7 ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Беглова А.Ю., Елгина С.И.

8 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ
Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Некрасова М.Е., Бестаева Н.В., Зардиашвили М.Д., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю.

9 ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ: ОПТИМАЛЬНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА
Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Рубахова Н.Н., Лобачевская О.С., Акулич Н.С.

11 ПРОБЛЕМА КВАЛИФИКАЦИИ ДЕЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА
Габай П.Г.

12 КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.

13 НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А.

14 ОЦЕНКА УРОВНЯ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

Гасымова Д.М., Рухляда Н.Н.

15 ИСХОДЫ ПРОГРАММАМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ТОНКИМ ЭНДОМЕТРИЕМ

Гвоздева А.Д.[1], Долгушина Н.В.[2], Афян А.И.[2], Абдурахманова Н.Ф.[2], Романов А.Ю.[2]

16 ДИСТАНЦИОННАЯ ИНФИТАТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ

Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Александрова Л.А.

18 МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛЛЕКЦИИ ШТАММОВ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Григорян И.Э.[1], Припутневич Т.В.[2], Царев В.Н.[1]

19 ЛАКТОФЕРРИН И РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Гуленкова Д.Г., Зуев В.М.

20 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

Гунченко М.М., Батышева Т.Т., Садовникова Е.А., Хрусталева Е.В., Саржина М.Н., Бурд С.Г.[1]

21 НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ: РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА

Густоварова Т.А., Игнатьева Р.Е.

23 АМБУЛАТОРНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

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

24 ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СКРИНИНГА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

*Елгина С.И., Кылын-оол Ай-Суу. Л., Золоторевская О.С.***

25 ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИСФУНКЦИЕЙ ГИПОТАЛАМУСА В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ

Жуковец И.В., Лещенко О.Я., Аталян А.В.

27 ПРОТЕОМНЫЙ СКРИНИНГ ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Стародубцева Н.Л., Некрасова М.Е., Бурменская О.В., Бугрова А.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.

28 КОМБИНИРОВАННАЯ КОМПРЕССИОННОВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Чураков А.А.

30 ВОЛОСАТАЯ ШЕЙКА ИЛИ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОПУХОЛЕПОДОБНОГО СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ – ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ МЕТАПЛАЗИИ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ – ЛЕЙОМИОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Качалина О.В., Вахабова Г.А.

31 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ И МИКРОИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Киселева Р.А., Волкова Т.О.

33 СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: СТАНДАРТЫ И ОЖИДАЕМЫЕ ЭФФЕКТЫ(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ)

Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Киселева Р.А., Волкова Т.О.

34 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Кокая И.Ю., Котомина Т.С., Томакян Р.Г., Романова А.В.

36 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Коробкова Е.А.

38 ВЛИЯНИЕ ПАРИТЕТА РОДОВ НА АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Кулешова Д.А., Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Крюковский С.Б.

39 НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НА РАННИХ СРОКАХ: НОВЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕЗУ И ПРИНЦИПАМ ДИАГНОСТИКИ

Ланщакова П.Е., Каграманова Ж.А., Шевченко С.Б., Выжлова Е.Н.

41 ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ: ПРИНЦИПЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Линева О.И., Романова Е.Ю., Стребкова Е.А., Кротова В.Ю.

42 ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ: ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Маланова Т.Б., Ипатова М.В.

44 ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

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

45 БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Марушкина О.И., Жаркин Н.А., Ван Нань

47 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ДИКЛОФЕНАК И ВИТАМИНЫ ГРУППЫ В ПРИ ДИСМЕНОРЕЕ

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

48 РАЗРАБОТКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ В У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Мелкумян А.Р. [1,2,3], Припутневич Т.В. [1,2,5], Кочетов А.Г. [1], Любасовская Л.А. [1,2], Анкирская А.С. [2], Дуболелов Д.В. [2], Родченко Ю.В. [2], Муравьева В.В. [2], Тартаковский И.С. [1,4], Цибин А.Н. [1,3], Кафарская Л.И. [5], Ефимов Б.А. [5], Зубков В.В. [2,3], Рюмина И.И. [2], Шмаков Р.Г. [2], Павлович С.В. [2], Кан Н.Е. [2], Тютюнник В.Л. [2], Сухих Г.Т. [2]

50 МОРФО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Михайлин Е.С.

51 РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Сычева Е.Г., Бурменская О.В., Прилепская В.Н., Мзарелуа Г.М., Довлетханова Э.Р., Шешко П.Л., Трофимов Д.Ю.

52 ЭКСПРЕССИЯ МИКРОРНК-29 В В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Кан Н.Е., Прозоровская К.Н., Щеголев А.И.

53 АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА: МОРФОЛОГИЯ ПОСЛЕДА, ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

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

55 ЛАЗЕРНАЯ РАМАН-ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ И НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Осипова А.Д., Зуев В.М., Александров М.Т., Ищенко А.И.

56 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ НА ИСХОДЫ ПРОГРАММ ВРТ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Пархоменко А.А.[1], Долгушина Н.В.[2], Романов А.Ю.[2], Суханова Ю.А.[2]

57 ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ВАГИНИТАХ

Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В.

58 ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Погосян Ш.М., Муравьева В.В., Родченко Ю.В., Любасовская Л.А., Мелкумян А.Р., Дубоделов Д.В., Николаева Н.В., Межевитинова Е.А., Припутневич Т.В.

59 РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Понизовкина А.И., Сыркашева А.Г., Долгушина Н.В.

60 ИННОВАЦИИ В КОНТРАЦЕПЦИИ
Прилепская В.Н.

61 ЭСТРИОЛ В ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Прилепская В.Н., Назаренко Е.Г.

62 ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ЭКО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ТФ ОМС
Рудакова Е.Б., Федорова Е.А., Сергеева И.В.

64 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИДРОГЕСТЕРОНОМ И МИКРОНИЗИРОВАННЫМ ПРОГЕСТЕРОНОМ ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА
Сальникова И.А., Уварова Е.В.

66 СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК В АКТИВНОЙ СТАДИИ АКРОМЕГАЛИИ
Станоевич И.В.[1], Воротникова С.Ю.[1], Луценко А.С.[1], Деркач Д.А.[1], Дзеранова Л.К.[1], Григорьев А.Ю.[1], Кудрина Е.А.[2]

67 ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Сухарева Е.А.

69 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ «МАЛЫХ» ФОРМАХ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ АССОЦИИРОВАННЫХ С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Некрасова М.Е.

70 ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ АУТОИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

71 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЭНДОМЕТРИОЗ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ И НЕКОТОРЫМИ МУЛЬТИФАКТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Токаева Э.С., Оразов М.Р., Барсегян Л.К.

72 СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Ферамузова Э.Э., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Иванян А.Н.

74 ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО МОЛЕКУЛЯРНОМУ ПРОФИЛЮ ТКАНЕЙ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Франкевич В.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., Борисова А.В., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Назарова Н.М.

75 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Хлебкова Ю.С., Вишнякова П.А., Высоких М.Ю., Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Погосян Ш.М.

76 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Хлебкова Ю.С., Межевитинова Е.А., Бурменская О.В., Донников А.Е., Высоких М.Ю., Прилепская В.Н., Вишнякова П.А., Погосян Ш.М.

77 ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ЭПИЛЕПСИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р., Казакова Ю.В., Орехов А.Б., Шетикова О.В.

78 ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ И РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Чернова В.Ф., Карнаухов В.Н., Файзуллин Л.З., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р.

80 ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Чистякова И.А., Козырева О.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б.

81 НОВЫЙ МЕТОД ИНДУКЦИИ РОСТА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ЭКО

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Бурдули А.Г., Абубакиров А.Н., Куземин А.А.

82 СОХРАНИТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ!!! НОВАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА

Шнейдерман М.Г., Кан Н.Е., Тетруашвили Н.К., Тютюник В.Л., Ходжаева З.С., Тимошина И.В., Нурутдинова Р.А., Муминова К.Т., Некрасова М.Е., Куземин А.А., Дегтярева Е.И.

84 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ, В КАЛИНИНГРАДЕ И ОБЛАСТИ

Шостак Д.П., Пашов А.И., Стуров В.Г.

85 АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕВОЧКАМ-ПОДРОСТКАМ

Яковлева Э.Б., Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л.В., Золото Е.В.

86 К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ НИЗКОГО УРОВНЯ ВИТАМИНА D

Ячинская Т.В., Пестрикова Т.Ю.

88 РОЛЬ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)» (ПРИКАЗ № 572-Н) В ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Адамян Л.В.[1,2], Смольнова Т.Ю.[2,1], Конышева О.В.[3,2], Михсин С.В.[3], Вечорко В.И.[3]

СПИСОК АВТОРОВ

Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р. **47**

Абдурахманова Н.Ф.[2], Романов А.Ю.[2] **15**

Адамян Л.В.[1,2], Смольнова Т.Ю.[2,1], Конышева О.В.[3,2], **88**

Аминодова И.П., Посисеева Л.В. **3**

Андреева М.В., Смолова Н.В. **4**

Андреева М.В., Фетисова Е.С. **5**

Беглова А.Ю., Елгина С.И. **7**

Бестаева Н.В., Зардиашвили М.Д., Оводенко Д.Л., Трофимов Д.Ю. **8**

Борисова А.В., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., **74**

Бурдули А.Г., Абубакиров А.Н., Куземин А.А. **81**

Бурменская О.В., Назарова Н.М., Сычева Е.Г., Некрасова М.Е., **8**

Васильева Л.Н., Никитина Е.В., Рубахова Н.Н., **9**

Вишнякова П.А., Погосян Ш.М. **76**

Выжлова Е.Н. **39**

Габай П.Г. **11**

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А. **12**

Гасанова Г.Ф., Аполихина И.А. **13**

Гасымова Д.М., Рухляда Н.Н. **14**

Гвоздева А.Д.[1], Долгушина Н.В.[2], Афян А.И.[2], **15**

Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Александрова Л.А. **16**

Григорян И.Э.[1], Припутневич Т.В.[2], Царев В.Н.[1] **18**

Гуленкова Д.Г., Зуев В.М. **19**

Гунченко М.М., Батышева Т.Т., Садовникова Е.А., **20**

Густоварова Т.А., Игнатьева Р.Е. **21**

Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Ищенко А.И., Хохлова И.Д., **23**

Донников А.Е., Высоких М.Ю., Прилепская В.Н., **76**

*Елгина С.И., Кылын-оол Ай-Суу. Л., Золоторевская О.С.*** **24**

Желтоноженко Л.В., Золото Е.В. **85**

Жуковец И.В., Лещенко О.Я., Аталян А.В. **25**

Зардиашвили М.Д., Назарова Н.М., Стародубцева Н.Л., **27**

Зубков В.В. [2,3], Рюмина И.И. [2], Шмаков Р.Г. [2], Павлович С.В. [2], **48**

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Чураков А.А. **28**

Кан Н.Е. [2], Тютюнник В.Л. [2], Сухих Г.Т. [2] **48**

Кан Н.Е., Прозоровская К.Н., Щеголев А.И. **52**

Качалина О.В., Вахабова Г.А. **30**

Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Киселева Р.А., Волкова Т.О. **31**

Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Киселева Р.А., Волкова Т.О. **33**

Кокая И.Ю., Котомина Т.С., Томакян Р.Г., Романова А.В. **34**

Кононихин А.С., Франкевич В.Е. **27**

Коробкова Е.А. **36**

Кулешова Д.А., Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Крюковский С.Б. **38**

Ланщакова П.Е., Каграманова Ж.А., Шевченко С.Б., **39**

Линева О.И., Романова Е.Ю., Стребкова Е.А., Кротова В.Ю. **41**

Лобачевская О.С., Акулич Н.С. **9**

Любасовская Л.А. [1,2], Анкирская А.С. [2], Дубоделов Д.В. [2], **48**

Максимова Т.А., Черкасова А.Л., Борцвадзе Ш.Н. **23**

Маланова Т.Б., Ипатова М.В. **42**

Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В. **44**

Марушкина О.И., Жаркин Н.А., Ван Нань **45**

Межевитинова Е.А., Мгерян А.Н., **47**

Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н., Погосян Ш.М. **75**

Межевитинова Е.А., Припутневич Т.В. **58**

Мелкумян А.Р. [1,2,3], Припутневич Т.В. [1,2,5], Кочетов А.Г. [1], **48**

Мелкумян А.Р., Дубоделов Д.В., Николаева Н.В., **58**

Михайлин Е.С. **50**

Михсин С.В.[3], Вечорко В.И.[3] **88**

Назарова Н.М. **74**

Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Сычева Е.Г., Бурменская О.В., **51**

Некрасова М.Е., Бурменская О.В., Бугрова А.Е., Чаговец В.В., **27**

Некрасова М.Е., Куземин А.А., Дегтярева Е.И. **82**

Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., **52**

Никитина Е.В., Васильева Л.Н., Лобачевская О.С., Машарова В.С., **53**

Орехов А.Б., Шетикова О.В. **77**

Осипова А.Д., Зуев В.М., Александров М.Т., Ищенко А.И. **55**

Пархоменко А.А.[1], Долгушина Н.В.[2], **56**

Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Котельникова А.В. **57**

Погосян Ш.М., Муравьева В.В., Родченко Ю.В., Любасовская Л.А., **58**

Понизовкина А.И., Сыркашева А.Г., Долгушина Н.В. **59**

Прилепская В.Н. **60**

Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. **78**

Прилепская В.Н., Мзарелуа Г.М., Довлетханова Э.Р., **51**

Прилепская В.Н., Назаренко Е.Г. **61**

Родченко Ю.В.[2], Муравьева В.В.[2], Тартаковский И.С.[1,4], **48**

Романов А.Ю.[2], Суханова Ю.А.[2] **56**

Рудакова Е.Б., Федорова Е.А., Сергеева И.В. **62**

Сальникова И.А., Уварова Е.В. **64**

Станоевич И.В.[1], Воротникова С.Ю.[1], Луценко А.С.[1], Деркач Д.А.[1], Дзеранова Л.К.[1], Григорьев А.Ю.[1], Кудрина Е.А.[2] **66**

Сухарева Е.А. **67**

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Некрасова М.Е. **69**

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. **70**

Токаева Э.С., Оразов М.Р., Барсегян Л.К. **71**

Ферамузова Э.Э., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Иванян А.Н. **72**

Франкевич В.Е., Чаговец В.В., Кононихин А.С., Бугрова А.Е., **74**

Хлебкова Ю.С., Вишнякова П.А., Высоких М.Ю., **75**

Хлебкова Ю.С., Межевитинова Е.А., Бурменская О.В., **76**

Ходжаева З.С., Тимошина И.В., Нурутдинова Р.А., Муминова К.Т., **82**

Хрусталева Е.В., Саржина М.Н., Бурд С.Г.[1] **20**

Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.., Казакова Ю.В., **77**

Цибин А.Н. [1,3], Кафарская Л.И. [5], Ефимов Б.А. [5], **48**

Чернова В.Ф., Карнаухов В.Н., Файзуллин Л.З., **78**

Чистякова И.А., Козырева О.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б. **80**

Шешко П.Л., Трофимов Д.Ю. **51**

Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., **81**

Шнейдерман М.Г., Кан Н.Е., Тетруашвили Н.К., Тютюник В.Л., **82**

Шостак Д.П., Пашов А.И., Стуров В.Г. **84**

Яковлева Э.Б., Бабенко-Сорокопуд И.В., **85**

Ячинская Т.В., Пестрикова Т.Ю. **86**